

Inhalt

1 Einleitung	2
1.1 Problemstellung und Motivation	2
1.2 Aufbau der Arbeit	3
1.3 Material und Methodik	4
2 Der Begriff „Autonomie“	5
2.1 Die Entstehung des Autonomiebegriffs und sein Bedeutungswandel	5
2.2 Autonomie bei Kant	6
2.3 Autonomie in der Ethik	8
2.4 Autonomie in Abgrenzung zu Selbständigkeit und Unabhängigkeit	9
3 Die Institution Pflegeheim	10
3.1 Das Pflegeheim als totale Institution	10
3.2 Institutionalisierungseffekte	14
4 Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit	17
4.1 Theoretischer Hintergrund	17
4.2 Erlernte Hilflosigkeit im Zusammenhang mit stationärer Versorgung	21
4.3 Erlernte Abhängigkeit im Alter	23
5 Der Einfluss von Autonomie auf die Lebensqualität von Heimbewohnern	25
5.1 Die Bedeutung von Autonomie aus Sicht des Bewohners	25
5.2 Die Bedeutung von Autonomie aus Sicht der Pflegekräfte	33
6 Lösungsansätze und Perspektiven für autonomiefördernde Pflege	36
6.1. Die Relevanz von Biografiearbeit	36
6.3 Selbstständigkeitsförderung mit Hilfe eines Trainingsprogramms für Pflegenden	44
7 Schlussbetrachtung	49
Literaturverzeichnis	54

1 Einleitung

1.1 Problemstellung und Motivation

Trifft der alte Mensch die Entscheidung in ein Pflegeheim überzusiedeln, so geschieht dies meist vor dem Hintergrund von Beeinträchtigungen in seiner selbständigen Lebensführung und daraus resultierender zunehmender Hilfebedürftigkeit. Der Terminus Pflegeheim ist immer noch negativ besetzt und wird mit Anonymität, Fremdbestimmung oder Einsamkeit assoziiert. Der Eintritt in eine Einrichtung der stationären Altenpflege kann sehr wohl als eine besonders einschneidende Veränderung im Leben der Betagten bewertet werden. Der Verlust der gewohnten Umgebung sowie die Vorstellung, seinen Lebensabend in gewisser Weise in Abhängigkeit zu verbringen, kann eine psychische Belastung für den alten Menschen bedeuten. Vor allem aber die institutionsbedingte, eingeschränkte Entscheidungs- und Handlungsfreiheit spielt meiner Meinung nach eine zentrale Rolle in Bezug auf das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Heimbewohner. Die Freiwilligkeit des Handelns sowie die Möglichkeit gemäß seiner Ziel- und Wertvorstellung Entscheidungen zu treffen, sind grundlegende Voraussetzungen für das Vorhandensein von menschlicher Autonomie.

Nach meinen persönlichen Erfahrungen spielt diese jedoch im Pflegealltag eine untergeordnete Rolle und wenn sie in der Konzeption oder dem Pflegeleitbild des Pflegeheims Erwähnung findet besteht eine Diskrepanz zwischen diesen und dem Pflegealltag. In Kontakt mit dieser Thematik bin ich zum einen durch die Arbeit in einem Pflegeheim während meines Praxissemester gekommen, zum anderen durch meine Tätigkeit als Pflegehilfskraft vor Beginn meines Studiums. Der dort vorherrschende therapeutische Nihilismus innerhalb der Pflege, erweckte bei mir den Anschein, dass der Wunsch nach einem Altern in Würde und Selbstbestimmung innerhalb der Institution Pflegeheim, nicht realisierbar ist. Diese subjektive Wahrnehmung also, war für mich die Motivation zur Wahl des Themas meiner Bachelor Arbeit. Mit dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, welchen Stellenwert die Autonomie im Leben der Heimbewohner einnimmt und inwieweit deren Förderung sich auf die Lebensqualität der Betagten auswirkt. Demnach formulierte ich den Titel meiner Bachelor Thesis wie folgt:

„Die Bedeutung autonomiefördernder Pflege für die Lebensqualität in stationären
Altenpflegeeinrichtungen“

Die vorliegende Arbeit macht es sich nicht zum Ziel, den gegebenenfalls vorherrschenden Autonomieverlust vor dem Hintergrund der so häufig diskutierten Missstände in der Pflege zu

erörtern. Vielmehr soll eine Sensibilisierung für die Bedeutung der Autonomie für die Pflegeheimbewohner Zielsetzung sein.

1.2 Aufbau der Arbeit

Es handelt sich bei der vorliegenden Darstellung um eine reine Theoriearbeit, wodurch folglich der Versuch vorgenommen werden soll, die Fragestellung mit Hilfe relevanter Fachliteratur zu beantworten.

Zu Beginn dieser Arbeit wird der Terminus Autonomie näher beleuchtet und dessen Bedeutungswandel beschrieben. Dabei soll vor allem auf Immanuel Kant und seine Definition von Autonomie eingegangen werden, da Kant diesen Begriff neu bewertet und ihn in einen komplexen Bezugsrahmen gestellt, und demnach das Bewusstsein für die Bedeutung menschlicher Autonomie verändert hat. Ich sehe die Notwendigkeit zu diesem philosophischen Exkurs darin, dass sich meiner Meinung nach, die heutigen Ansprüche an pflegerisches Denken und Handeln in Bezug auf Autonomie, letztendlich in Kants Neubewertung dieses Begriffs, begründen.

Zudem erfolgt in diesem Kapitel eine Begriffserklärung von Autonomie aus ethischer Sicht, wobei im Anschluss eine Abgrenzung zu den Begriffen „Selbständigkeit“ und „Unabhängigkeit“ notwendig ist.

Im dritten Kapitel erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem Konzept der „totalen Institution“ nach Erving Goffman, wobei empirische Studien vorgestellt werden, die sich auf den Goffmanschen Bezugsrahmen beziehen. Auf dieser Grundlage sollen Schlussfolgerungen für die soziale Situation im Pflegeheim gezogen werden. Da in dieser Arbeit die Autonomie in der Institution Pflegeheim betrachtet wird, erachte ich es für sinnvoll und notwendig, sich mit diesem Konzept auseinanderzusetzen. Darauf aufbauend wird auf mögliche Institutionalisierungseffekte eingegangen, die wiederum anhand von empirischen Untersuchungen untermauert werden.

Das Kapitel 4 der vorliegenden Arbeit beschäftigt sich mit dem Modell der erlernten Hilflosigkeit nach Martin E. P. Seligman. Durch die im Pflegeheim vorherrschenden Abhängigkeitsverhältnisse der Bewohner zum Pflegepersonal und dem damit eventuell verbundenen Kontrollverlust, ist es erforderlich, sich mit Seligmans Modell auseinanderzusetzen. Da ein Verlust von Kontrolle ein selbstbestimmtes Leben schwer möglich macht und somit ein Autonomieverlust droht, ist für meine Arbeit, die Einbeziehung dieser Problematik relevant. Zunächst wird der theoretische Hintergrund dieses Modells

dargestellt, und auf Reformulierungen hingewiesen, um sodann die anschließende spezifische Betrachtung dieses Modells, vor dem Hintergrund der stationären Versorgung zu ermöglichen. Der Abschluss dieses Kapitels bildet die Darstellung des Modells der erlernten Abhängigkeit von Margret Baltes.

Die im Kapitel 5 gezielte Auseinandersetzung mit der Bedeutung von Autonomie für den Heimbewohner bildet den eigentlichen Schwerpunkt meiner Bachelorarbeit. Dabei soll die Relevanz einer selbstbestimmten Lebensführung, gestützt durch empirische Befunde, verdeutlicht werden.

Da zudem die Arbeit der Pflegekräfte von vorrangiger Bedeutung für das Autonomieempfinden der Bewohner ist, erachte ich es für sinnvoll, die Perspektive der professionell Tätigen zu beleuchten.

Im Kapitel 6 werden Lösungsansätze aufgezeigt, welche meiner Meinung nach zu einer autonomiefördernden Pflege beitragen können. Konkret stehen dabei die Biografiearbeit sowie das von Neumann und Baltes entwickelte Trainingsprogramm für Pflegende zur Selbstständigkeitsförderung älterer Menschen im Mittelpunkt.

In der Schlussbetrachtung werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst und kritisch betrachtet.

1.3 Material und Methodik

Den Einstiegspunkt für meine Literaturrecherche bildete die Schlagwortsuche im Bibliothekskatalog der Westsächsischen Hochschule. Der Suchbegriff „Autonomie im Alter“ ermöglichte mir, nach vorangegangener Selektion, vorerst das Auffinden relevanter Tertiärliteratur. Die zu Beginn meiner Arbeit stattfindende Begriffsbestimmung, geschah anhand von Handwörterbüchern sowie Fachlexika aus dem Bestand der Hochschulbibliothek.

Nach der Sichtung der bereits gefundenen, relevanten Literatur, basierte meine weitere Literatúrauswahl, auf dem Schneeballsystem. Anhand des Literaturverzeichnisses der zur Verfügung stehenden Tertiärliteratur, war es mir möglich meine Suche auf Primärliteratur sowie auf weitere themenspezifische Quellen zu erweitern. Nach diesem System erfolgte mein weiteres Vorgehen. Bei der Methode des Schneeballsystems ist allerdings zu beachten, dass sich die Suche stets auf ältere Literatur bezieht und somit rezente Literatur ausgeklammert wird (Ebster, Stalzer 2008, S.46). Um die Aktualität meiner Ausführungen zu

gewährleisten war daraufhin eine Datenbankrecherche erforderlich. Diesbezüglich stand mir die Datenbank „Psyndex“ zur Verfügung, in der abermals die Schlagwortsuche mit dem Suchbegriff „Autonomie*Alter*Pflegeheim“ erfolgte. Des Weiteren nutze ich den Online-Informationssdienst *SpringerLink* um nach geeigneten, themenspezifischen Zeitschriftenartikeln zu recherchieren.

2 Der Begriff „Autonomie“

2.1 Die Entstehung des Autonomiebegriffs und sein Bedeutungswandel

Aus etymologischer Sicht liegen die Wurzeln des Begriffs „Autonomie“ im Griechischen und setzen sich zusammen aus *autos* (selbst) und *nomos* (Gesetz). Somit ist darunter eine Selbstgesetzlichkeit bzw. Selbstgesetzgebung zu verstehen, welche auf die Fähigkeit des Menschen, sich selbst Grenzen zu setzen, verweist (Meyers 2003, S.450).

Für das antike Griechenland hatte der Begriff Autonomie eine politische Bedeutung, da er im Zusammenhang mit der Unabhängigkeit der griechischen Stadtstaaten in Verbindung gebracht wurde. Konnten die Bürger ihre eigenen Gesetze verfassen, ohne unter der Autorität einer übergeordneten Gewalt zu stehen, so besaß die Stadt *autonomia*.

Herodot verstand unter Autonomie die innere und äußere Freiheit eines Gemeinwesens (Sichler 2006, S.136). Der Gegensatz dazu war, im antiken Griechenland, die Herrschaftsform der Tyrannis, die durch Fremdbestimmtheit, Heteronomie, gekennzeichnet war (Sichler 2006, S.136).

Im Laufe der Geschichte bezog man den Begriff der Autonomie zunehmend auf die Selbstbestimmung einer Person.

Für Dworkin ist Autonomie ein „künstlich erzeugter Begriff, der dazu dient, ein komplexes Netz von Institutionen, begrifflichen und empirischen Gesichtspunkten sowie normativen Forderungen zu umschreiben“ (Hildt 2006, S. 50).

Autonomie stellt das moralische, politische und gesellschaftliche Ideal dar, wobei zu bemerken ist, dass Autonomie erstrebenswert ist, aber eine vollständige Erreichbarkeit niemals gegeben sein wird. Diesem maximalen Anspruch stehen externe Zwänge und Rahmenbedingungen entgegen.

Nach Wolff (1979) ist die Willensfreiheit der zentrale Kern der Autonomie. Der autonome Mensch ist nicht dem Willen eines anderen unterworfen. Er mag das tun, was ein anderer ihm sagt, aber nicht deswegen, weil ihm dies zu tun aufgetragen worden ist (Wolff 1979, in Hildt 2006 S.52).

Vor dem Hintergrund gesellschaftlichen Zusammenleben, kann unter Autonomie auch Eigenverantwortung verstanden werden, was nicht immer Akzeptanz findet. Dem Gemeinwohl wird meist ein höherer Stellenwert zugeschrieben als dem Eigensinn (Waller 2002, S.16). Für Faden und Beauchamp ist neben der Autonomie des Einzelnen, zudem die Verpflichtung anderer bedeutend, wenn es darum geht, die Autonomie des Einzelnen zu respektieren und sie nicht durch bestimmte Handlungen zu beeinflussen (Hildt 2006, S.53).

In Nachschlagewerken wird die Autonomie außerdem mit Unabhängigkeit, Recht zur Selbstverwaltung oder Selbstbestimmung beschrieben (Wahrig 2003, S.208).

Um den Charakter der Autonomie in seinen Dimensionen zu bestimmen ist es notwendig, die Sichtweise der Philosophie ein zu beziehen.

2.2 Autonomie bei Kant

Der Autonomiebegriff in der Philosophie wurde maßgebend von Immanuel Kant geprägt.

In der Philosophie ist die Vereinigung von Selbstbewusstsein, Aktivität, Freiheit und Lebenswelt eine grundlegende Voraussetzung für Autonomie. Das Selbstbewusstsein wurde von Immanuel Kant als maßgebend für die menschliche Autonomie betrachtet. Laut Kant, wird ein Mensch, der sich seiner selbst bewusst ist, Handlungen vornehmen, welche als Konsequenz dieses Selbstbewusstseins zu verstehen sind. Diese Tatsache ist bei Kant ausschlaggebend für Autonomie. Autonomie im Kantschen Sinne, ist als der Wille, aus Überzeugung, die Notwendigkeit anzuerkennen, dem Anderen ein würdevolles Dasein zu garantieren, ihm mit dem erforderlichen Respekt zu begegnen, um eine menschliche Gesellschaft zu gestalten (Höffe 2000, 274). Somit ist Autonomie das Sinnbild für das Handeln des Menschen und zugleich Basis seiner unantastbaren Menschenwürde (Lob-Hüdepohl 2007, S.127). So war Kant der Auffassung dass das Handeln eines Individuums durch Vernunft bestimmt sein sollte (Huber 2005, S.22). Das bedeutet, dass bei Kant der Autonomiebegriff auf der individuellen Überzeugung jedes einzelnen beruht ausgehend von

vernünftig begründeten Handlungen, den Anderen in seiner Individualität anzuerkennen und wert zu schätzen.

Kants Lehre richtet sich gegen den Eudämonismus, dem Streben nach Glückseligkeit, und ebenso gegen die Morallehre der katholischen Kirche. Jene Morallehre der katholischen Kirche war charakterisiert durch Heteronomie und folglich wurde dem eigenen Willen keinerlei Bedeutung zugemessen (Meyer 2003, S.1092).

Kant forderte den Menschen auf, sich zu einem vernünftigen Wesen zu entwickeln, wodurch ein selbstbestimmtes Leben erst möglich ist. In Kants Theorie steht der Mensch als autonomes Wesen im Zentrum. Er sieht die menschliche Subjektivität als Basis aller Realität, und Autonomie wird durch Kant erstmalig mit Unabhängigkeit und Freiheit assoziiert.

„Die Autonomie des Willens ist das alleinige Prinzip aller moralischen Gesetze und der ihnen gemäßen Pflichten; alle Heteronomie der Willkür gründet dagegen nicht allein gar keine Verbindlichkeit, sondern ist vielmehr dem Prinzip derselben und der Sittlichkeit des Willens entgegen.“ (Kant 1991 ,1. Teil,1.Buch Hauptstück §8).

Die Autonomie beinhaltet sowohl einen aktiven als auch einen passiven Teil. Die aktive Handlungsweise der Autonomie des Menschen ist die Selbstbestimmung, in Form von „ Entscheidung– und Handlungsfreiheit. Der passive Teil der Autonomie ist der Selbstzweck, welcher beim gemeinsamen Handeln zu akzeptieren ist(Lob-Hüdepohl 2007,S. 127). Die Autonomie ist Selbstzweck, da sie die Möglichkeit zur Erfüllung von Bedürfnissen bereits in sich trägt.

„Handle so, dass du die Menschheit, sowohl in deiner Person, als in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchest.“(Kant GMS BA 67, in Lob –Hüdepohl 2007, S.127)

Die Freiheit sowie die Selbstbestimmung des Menschen aus der Vernunft heraus, ist für Kant die Verkörperung von Autonomie und somit die Grundlage für die Würde des Menschen. Aus dem neu entstandenen Menschenbild der Aufklärung ergab sich zum einen die Ansicht, dass der Mensch überhaupt selbstbestimmt handeln kann zum anderen aber auch die moralische und ethische Verpflichtung autonom zu handeln. Daraus entstanden neue Sichtweisen der Ethik in Bezug auf Autonomie, die bis in unsere heutige Zeit nichts an Gültigkeit verloren haben.

2.3 Autonomie in der Ethik

In der heutigen Ethik kann man zwischen drei Autonomiebegriffen unterscheiden: Autonomie als Handlungsfreiheit, Autonomie als Entscheidungsfreiheit und Autonomie als zielgerichtete Überlegung vor einer Handlung. Man ist davon abgekommen, dass die Autonomie in der jetzigen Gesellschaft vollständig, wie bei Kant, aus der Vernunft heraus entsteht. Vielmehr sind individuelle Wünsche, Ziele maßgebend für die Autonomie des Individuums

Bei der Handlungsfreiheit steht die Freiwilligkeit des Handelns im Mittelpunkt, ohne das externe Zwänge vorhanden sind. Die Handlungsfreiheit eines Individuums wird, bedingt durch körperliche und geistige Fähigkeiten, angeboren oder erworben (Ricken 1989, S.76). So sind beispielsweise Kinder, Alte und Kranke, in ihrer Handlungsfreiheit stärker eingeschränkt als Erwachsene und Gesunde.

Handlungsfreiheit ist gegeben, wenn dem Menschen ein großer Spielraum von alternativen Verhaltensmöglichkeiten gegeben wird, und er entscheiden kann welche Möglichkeit er nutzen möchte. Je mehr Handlungsalternativen man zur Auswahl hat und umso weniger externe Zwänge ausgeübt werden, desto größer wird die Freiheit im Handeln des Individuums (Höffe 1986, S.63).

Die Handlungsfreiheit bezieht sich folglich auf die Freiheit das Eine oder das Andere tun zu können (*libertas specificationis*) und die Freiheit ob man handelt oder ob man nicht handelt (*libertas exercitii*) (Höffe 1986, S.63).

Unter Entscheidungsfreiheit, wird die Fähigkeit des Menschen verstanden, basierend auf rationalen Überlegungen, geeignete Mittel für die Umsetzung seiner Ziele zu wählen. Der Mensch muss die Fähigkeit einer angemessenen Zielformulierung besitzen und innerhalb der Ziele Prioritäten setzen. Zudem muss er, um die gesteckten Ziele zu erreichen, die bestmöglichen Mittel auswählen und dabei effektiv handeln können. Kommt es dabei zu negativen Konsequenzen, müssen Ziele gegeben falls aufgegeben oder verändert werden. In der Ethik wird daher, der Begriff Autonomie mit einer vernünftigen Freiheit assoziiert (Honecker 1990, S.179). Damit der Mensch autonom handeln kann müssen bestimmte Voraussetzungen vorliegen. Er muss sein Handeln bewusst und mit Absicht durchführen und die Bedeutung der Handlung mit allen Konsequenzen, Wagnissen und Möglichkeiten erfassen. Weiterhin muss das Handeln zu einem gewissen Teil ohne extern kontrollierte

Einwirkungen vollzogen werden. Liegt eine „subtile Manipulation“ vor, so kann man nicht von Handlungsfreiheit sprechen (Bartmann2002, S.162).

In der Ethik, so wird deutlich, ist Autonomie ein Äquivalent zu Freiheit, und Freiheit meint Selbstbestimmung.

Aufgrund der vielfältigen Bedeutung des Autonomiebegriffs, müssen bestimmte Abgrenzungen zu Begriffen vorgenommen werden, welche inhaltlich ähnlich gelagert sind.

2.4 Autonomie in Abgrenzung zu Selbständigkeit und Unabhängigkeit

Es ist notwendig eine Abgrenzung von dem Begriff der Selbständigkeit vorzunehmen. Unter Selbständigkeit ist zu verstehen, dass der Mensch die Fähigkeit besitzt, aus eigener Kraft heraus sein Leben zu führen, ohne dabei auf kontinuierliche Hilfe angewiesen zu sein (Huber 2005, S.33). Weiterhin ist das Vorhandensein bestimmter Fähigkeiten in gewissen Lebensbereichen charakteristisch für den Begriff der Selbständigkeit. Dabei ist bedeutend, inwieweit Fähigkeiten vollständig erhalten bzw. welche Beeinträchtigungen dabei festzustellen sind und auf welche Weise Hilfe und Hilfsmittel (Ressourcen) organisiert werden können (Heinemann Knoch et al.1999, S.20). Auch wenn diese Fähigkeiten, aufgrund von Krankheit oder Behinderung, nicht mehr vollständig vorhanden sind, bedeutet dies dennoch nicht, dass ein Mensch nicht mehr autonom über sein Leben bestimmen kann.

In der Literatur wird Autonomie häufig mit dem Begriff der Unabhängigkeit gleichgesetzt. Unabhängig zu sein bedeutet selbstgenügsam sein und somit in keinem abhängigen Verhältnis zu stehen. Im konkreten Fall der stationären Altenpflege, ist jedoch das Vorhandensein von bestimmten Abhängigkeiten unumgänglich. Der alte Mensch wird immer ein Stück Unabhängigkeit verlieren, sobald er sich in die Institution Pflegeheim begibt.

Autonomie bedeutet demnach nicht, dass man keine Hilfe benötigen darf, sie beinhaltet vielmehr eine gewisse Akzeptanz der eigenen Abhängigkeit (Allwicher 2000, S.118). Trotz bestehender Abhängigkeiten, kann Autonomie für den Menschen bestehen bleiben, auch wenn dies konträr zum Pflegeheim als totaler Institution erscheint. Dabei stellt sich die Frage nach den Grenzen und Möglichkeiten der Autonomie in der scheinbar totalen Institution Pflegeheim. Darauf wird im folgenden Kapitel Bezug genommen.

3 Die Institution Pflegeheim

3.1 Das Pflegeheim als totale Institution

Mit seiner 1961 veröffentlichten Untersuchung, mit dem Titel „Asyle - Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ präsentierte der amerikanische Soziologe Erving Goffman, Ergebnisse zu seinen Beobachtungen über das Binnenleben in psychiatrischen Einrichtungen. Im Zuge dessen prägte er den Begriff der „totalen Institution“, die er wie folgt definiert:

„Eine totale Institution lässt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“ (Goffman 2006, S.11).

Die Gültigkeit seines Konzeptes der „totalen Institution“ überträgt Goffman auch auf andere soziale Institutionen, wie Waisenhäuser, Sanatorien, Gefängnisse, Zuchthäuser, Klöster, Internate, Psychiatrien und die Altenheime. Nach Goffman (2006, S.17) „schläft, spielt, arbeitet der Mensch in der modernen Gesellschaft[...]nach einer grundlegenden sozialen Ordnung[...]an verschiedenen Orten [...] mit wechselnden Partnern unter verschiedenen Autoritäten und ohne einen umfassenden rationalen Plan.“

Im Folgenden wird anhand von ausgewählten Studien analysiert, inwieweit das Konzept der totalen Institution auf gegenwärtige Pflegeheime übertragen werden kann.

Mit Hilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse untersuchte Anthes, 526 Hausordnungen von Altenheimen in Nordrhein- Westfalen und Bayern. Die Formulierungen der untersuchten Hausordnungen, waren gekennzeichnet durch eine realitätsfremde Vorstellung von Harmonie und Konfliktfreiheit (Schroeter, Rosenthal 2005, S.408). Anthes stellte außerdem fest, das Verhaltensge- und verbote mehr der reibungslosen Verwaltung dienten, und nicht dem Wohlbefinden der Bewohner. Die Entscheidungs- und Kontrollrechte der Heimleitung jedoch waren kaum eingeschränkt, was folglich zu einer starken Disziplinierung der Heimbewohner führte (Schroeter, Rosenthal 2005, S 409). Er beschreibt, dass die darin enthaltenen Normen und Sanktionsandrohungen, Merkmale der „totalen Institution“ aufweisen.

Knoblings Studie „Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal“ aus dem Jahr 1982, bewertete das Pflegeheim ebenfalls als totale Institution

(Heinzelmann 2004, S.58). Knobling stellte fest, dass die vorherrschenden zeitlichen und räumlichen Einschränkungen der Institution, die sozialen Beziehungen der Heimbewohner stark einengen. Durch unterschwellige Verbote, so Knobling, wird der Kontakt unter den Bewohnern erschwert. Der tägliche Ablauf innerhalb der Einrichtung ist nicht an Bewohnerbedürfnissen ausgerichtet, vielmehr spielen arbeitsorganisatorische Gesichtspunkte eine Rolle. Zudem wurden die Besuche der Bewohner in einem Drittel der Fälle reglementiert.

Die Autorin kommt zu dem Schluss, dass das „Bild eines infantilen, unmündigen, defizitären alten Menschen bereits mit Eintritt in die Institution impliziert wird“ (Knobling 1982 in Schneider 2005, S.29).

Eine ähnliche Meinung vertreten auch Schroeter und Prahl.

Sie sind der Ansicht, dass die Organisationsziele durch den Einsatz von Kontroll- und Sanktionsmechanismen verwirklicht werden. Durch den institutionell vorgegeben Tagesablauf, ist der Bewohner kaum in der Lage sein Leben nach eigenen Bedürfnissen heraus zu führen und auszurichten. Somit bleiben die Aktivitäten weitestgehend fremdbestimmt und das Verhalten unterliegt der Kontrolle und Überwachung. Schick (1988 in Schroeter 2006, S. 159) meint, dass „die Kontroll- und Reglementierungsmaßnahmen [...], zwar unter dem Etikett des Schutzes der Bewohner durchgesetzt [werden], [sie] dienen aber eher dem reibungslosen Funktionieren der Institution“.

Zudem ist in manchen Heimen ein Missverhältnis zwischen Ziel und Funktion zu finden. Diese Einrichtungen versprechen in ihren Leitbildern, aktivierende Pflege und Betreuung, die Heimrealität vermittelt jedoch ein gegensätzliches Bild (Schroeter 2006, S.159).

Die ethnologische Studie von Koch – Straube (1997) über die „Fremde Welt Pflegeheim“, belegt ebenfalls, dass zentrale Aussagen des Konzepts der „totalen Institution“ auf gegenwärtige Altenheime zutreffen.

Goffman (2006) beschreibt, dass „totale Institutionen“ durch eine Beschränkung des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt und eingeschränkte Freizügigkeit gekennzeichnet sind (Goffman 2006, S15). Koch- Straube (1997, S.344) stellte in ihren Beobachtungen fest, dass die Bewohner das Heim nur selten verließen und das dies nur „nach Maßgabe und Begleitung von

MitarbeiterInnen oder anderen Personen möglich [...]“ war. Zudem unterlagen die Besuche der Bewohner einer Registrierung, Bewertung oder Beschränkung von Seiten der Institution.

Des Weiteren, so Koch – Straube (1997), werden Wach- Schlaf- und Essenzeiten sowie Zeiten für Behandlungen und Freizeitbeschäftigungen anhand von Plänen vorgegeben, welche von den Mitarbeitern erstellt wurden (Koch- Straube 1997, S.344). Dieser Fakt offenbart für die Autorin einen zusätzlichen Aspekt, welcher auf das Goffmansche Konzept übertragen werden kann, da dieser angibt, dass alle Phasen des Arbeitstages exakt geplant und von oben durch ein System expliziter Regeln vorgeschrieben sind (Goffman 2006, S.344). In Koch- Straubes Arbeit wird festgehalten, dass die Bewohner über ein geringes Maß an Privatsphäre verfügen und unter ständiger Aufsicht und Beobachtung des Personals stehen. Durch diese Feststellung, kommt die Autorin zu dem Ergebnis, dass wie bei Goffman (2006) „[...] alle Angelegenheiten des Lebens an ein und derselben Stelle unter derselben Autorität [...] stattfinden (Goffman 2006, S 17)

Zur Überprüfung der Gültigkeit des Konzepts der „totalen Institution“ führte Heinzelmann (2004) eine Feldstudie in zwei Einrichtungen der Altenpflege durch. Unter Zuhilfenahme eines offenen Fragebogens sowie einer teilnehmenden Beobachtung ging Heinzelmann der Fragestellung nach, inwieweit sich Elemente des Konzeptes der „totalen Institution“ auch 30 Jahre nach dessen Erscheinen, in gegenwärtigen Heimen auffinden lassen (Heinzelmann 2004; S.68).

Der folgende Überblick der Ergebnisse von Heinzelmanns Studie soll ein Vergleich zum Goffmanschen Bezugsrahmen herstellen

Goffman (2006, S.17) bekundet, dass alle Angelegenheiten des Lebens, „[...] an ein und derselben Stelle stattfinden und unter ein und derselben Autorität [...]“. Laut Heinzelmann (2004) trifft diese Eigenschaft weitestgehend auf die untersuchten Heime zu. Die Bewohner schlafen und essen in der Einrichtung und halten sich auch die meiste Zeit dort auf (Heinzelmann 2004, S.228).

In der Regelung des Zugangs, so Heinzelmann (2004) liegt ein entscheidender Unterschied zwischen dem Altenheim und übrigen „totalen Institutionen“. Nach Goffman unterliegt der Zugang zu der „totalen Institution“ allein der Aufsicht und der Maßgabe des Personals (Heinzelmann 2004, S.228). Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass zwar im Eingangsbereich

der Einrichtung, eine gewisse Aufsicht durch das Personal erfolgt, jedoch kann den Bewohnern der freie Zugang nicht verwehrt werden, was folglich nicht zu direkter Kontrolle führen kann. Heinzelmann weist darauf hin, dass eine Kontrolle in subtiler Form aber möglich ist, wobei die Handhabe im Ermessen des Personals liegt (Heinzelmann 2004, S.228). Ein weiteres Charakteristikum der „totalen Institution“ ist, dass die Mitglieder ihren Tag gemäß den Zielen der Organisation und unter Kontrolle des Personals verbringen. Heinzelmann (2004) gibt dazu an, dass die Bewohner über relativ viel Zeit zur individuellen Tagesgestaltung verfügen, und sie weder arbeiten, ausgebildet oder therapiert werden müssen (Heinzelmann 2004, S.228ff). Folglich sieht der Autor auch in diesem Aspekt keine Übereinstimmung zu dem Konzept von Goffman.

In Übereinstimmung mit dem Bezugsrahmen, so der Autor, findet man in Pflegeheimen eine hierarchische Gliederung des Personals vor und im Gegensatz dazu besitzen die Bewohner einen identischen Status. Heinzelmann (2004) fügt hinzu, dass diese Trennung, im Vergleich zu totalen Institutionen, in Altenheimen wesentlich unschärfer ist (Heinzelmann 2004, S.231).

In den untersuchten Heimen führten die Bewohner ihre Tätigkeiten stets zu bestimmten Zeiten durch und vor allem die Vormittage waren mit Aktivitäten ausgefüllt, die eher einen Pflichtcharakter anstelle von Freiwilligkeit aufwiesen (Heinzelmann 2004, S.224).

In der Schlussbetrachtung der Studie gelangt Heinzelmann zu der Einschätzung, dass die untersuchten Heime als „Pseudo. Totale Institutionen“ zu bezeichnen sind, da sie ihrem Anschein nach wie „totale Institutionen“ wirken, ihren Auswirkungen auf den Lebensalltag nach sind sie es im Wesentlichen nicht (Heinzelmann 2004, S.246). Diese Studien zeigen, dass wesentliche Merkmale des Goffmanschen Konzepts durchaus auf Pflegeheime übertragbar sind, jedoch liegt eine geringere Ausprägung dieser Merkmale vor. Eine Gleichsetzung mit Gefängnissen, psychiatrischen Anstalten oder Zuchthäusern ist nicht vertretbar.

Pflegemodelle der Gegenwart orientieren sich immer mehr an den Ressourcen und Bedürfnissen der Bewohner.

Die Umsetzung einer bewohnerorientierten Pflege gestaltet sich jedoch in der Praxis oftmals schwierig. Gleichwohl sich die Mitarbeiter der Institution sich zum Ziel gesetzt haben, dem Bewohner eine stabile Lebensqualität zu bieten und ihn als ganzheitliches Wesen zu sehen, so scheitert ihr Bemühen meist durch institutionsbedingte Reglementierungen. Die Institution Pflegeheim ist gekennzeichnet durch feste Regeln und Abläufe, welche der Planbarkeit des

Pflegealltags, Sicherheit der Bewohner und der Kalkulierbarkeit von Kosten dienen und somit auch wirtschaftlichen Zwängen unterliegen. Diese Regelungen und Normen zwingen den Bewohner zu großer Anpassung und erzeugen Druck auf den älteren Menschen, was folglich zu einer Verschlechterung der Lebensqualität führen kann. Ein Abweichen von den exakten Plänen ist, aufgrund organisatorischer Gegebenheiten oder des bestehenden Personalmangels in der Pflege, jedoch kaum möglich. Die vorhandenen Defizite in der Pflege sollen jedoch die Verletzung der Würde und das außer Acht lassen der individuellen Präferenzen der Bewohner nicht rechtfertigen. Dessen ungeachtet muss man sich damit auseinandersetzen, welche Auswirkungen der Aufenthalt in der Institution Pflegeheim auf das Leben der Bewohner hat. Dabei wird dem Institutionalisierungseffekt erhöhte Bedeutung zugeschrieben, welcher nachfolgend betrachtet werden soll.

3.2 Institutionalisierungseffekte

Der Übertritt in ein Pflegeheim ist zweifellos für den älteren Menschen ein starker Einschnitt in seinem Leben und gilt meist als endgültig letzte Station in seiner Biografie. Im Zuge dessen, kann es zu negativen Effekten kommen, welche als Institutionalisierungseffekte bezeichnet werden. Um diesen nachzugehen, muss man vorab Belastungsfaktoren berücksichtigen, mit denen der ältere Mensch, bei der Übersiedlung ins Pflegeheim, konfrontiert wird.

Laut Baumann (2002) sind folgende Belastungsfaktoren im Rahmen eines Heimübertritts von Bedeutung:

- Unabhängigkeitsverlust durch Aufgabe der eigenen Wohnung
- Einschränkung von Selbstbestimmung und Autonomie aufgrund der Regeln im Heim
- Neuorientierung auf räumlicher und emotionaler Ebene
- Veränderte Rollenfunktion
- Reduktion des persönlichen Umfelds auf eine geringe Quadratmeterzahl

(Altmann 2006,S.64)

Durch diese erschwerten Bedingungen, kann es folglich zur Ausprägung von negativen Effekten kommen. In der Literatur findet man eine Vielzahl von Untersuchungen die sich mit dieser Problematik beschäftigen.

Mit Hilfe einer schriftlichen Befragung, setzte sich Lorenz Fischer (1976) mit den Auswirkungen der Institutionalisierung auf das Selbstbild von Heimbewohnern auseinander. Er kommt zu dem Ergebnis, dass sich teilweise Merkmale einer totalen Institution in den untersuchten Pflegeheimen wiederfinden lassen. Diese Merkmale beeinflussen das Selbstbild der Bewohner signifikant (Fischer 1976 in Heinzemann 2004, S.58).

Als weitere negative Institutionalisierungseffekte nennt Lehr (2003) die Verringerung des Selbstwertgefühls, Verlust von Verantwortung und Verlust von sozialen Kontakten (Lehr 2003 S.312). Lehr (2003) spricht von einem „Endgültigkeitscharakter“ des Heimes, wodurch sich die Orientierung an der Zukunft begrenzt und sich daraus zwangsläufig eine veränderte Sicht auf die eigene Vergangenheit ergibt. Folglich beziehen sich konkrete Wünsche und Erwartungen auf einen sehr knappen zeitlichen Rahmen - zukunftsorientierte Vorhaben oder Wünsche werden nur selten zum Ausdruck gebracht (Lehr 2003 S.321).

Strauch (1978) stellte unter Benutzung von Leitfadeninterviews die Wechselwirkung zwischen gesellschaftlicher „Altersrolle“ und „institutioneller“ Bewohnerrolle dar und kam zu dem Resultat, dass das Vorhandensein von negativen Altersstereotypen dazu führt, dass die Pflegekräfte störendes Bewohnerverhalten als „pathologisch und infantil“ stigmatisierten. Auf Hilflosigkeit und passive Anpassung folgen jedoch positive Sanktionen, was zur Folge hatte, dass sich die Heimbewohner mit dieser negativen Rolle identifizierten. Weiterhin, so Strauch (1978), werde die Bevormundung der Bewohner, durch „pragmatische Alltagstheorien“ gerechtfertigt, welche sich aus unwissenschaftlichen Defizitmodellen ergeben. Dadurch ergibt sich für das Personal nicht mehr die Notwendigkeit von Selbstreflexion und Handlungsunterbrechung (Schroeter et al. 2005, S.409).

In der Auseinandersetzung mit der Heimübersiedlung und deren Folgen, machen Kruse und Wahl (1994) deutlich, dass dazu durchgeführte empirische Studien keine eindeutigen Beweise für negative Effekte aufbringen und durchaus einer kritischen Betrachtung bedürfen. Die Autoren weisen auf methodische Probleme der Studien hin, die erschwerend auf Interpretation und Ergebnisse wirken. Außerdem sind die vorherrschenden Qualitätsunterschiede zwischen den Heimen zu beachten, die folglich eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht zu lassen (Kruse & Wahl 1994, S.31). Die beiden Autoren bestätigen allerdings in ihrer Betrachtung, dass das Kontrollerleben über den Umzug in das Heim für den Bewohner von immenser Bedeutung ist (Kruse & Wahl 2003, S.32).

Koch- Straube (1997) ist der Meinung, dass die Risiken denen der Bewohner mit dem Eintritt in die Institution Pflegeheim ausgesetzt ist, weitestgehend unbeachtet bleiben und unterschätzt werden (Koch- Straube 1997,S.342).In ihren Beobachtungen stellte Koch-Straube (1997) fest, dass die Bewohner auf die an sie gestellten Anforderungen und die komplexe Lebenssituation in der sie sich befinden, mit Rückzug und Regression reagieren (Koch Straube 1997, S, 82). „Das Verstummen der Bewohner[...]“ erscheint für Koch Straube (1997, S.71) als eine „[...] Flucht in einen inneren Raum, in dem die BewohnerInnen (sic!) sich vor den Zugriffen, Einblicken und Manipulationen der anderen, der MitarbeiterInnen (sic!) und der BewohnerInnen (sic!) schützen können.“

Die ständige Konfrontation mit Alter und zunehmender Gebrechlichkeit greift das Selbstwertgefühl an und es können narzisstische Kränkungen hervorgerufen werden (Koch Straube 1997, S83). Koch-Straube (1997) gibt an, dass das Lebensgefühl der Bewohner von großer Perspektivlosigkeit und ziellosem Warten geprägt ist. Dinge die sich außerhalb des Speise-und Aufenthaltsraumes abspielen bleiben von Seiten der Bewohner unbeachtet (Koch-Straube 1997; S.54).Die Autorin geht davon aus, dass die Heimbewohner einer Diskulturation unterworfen sind(Koch – Straube 1997, S.344). Unter Diskulturation ist ein Verlernen - Prozess zu verstehen, der den Betroffenen zeitweilig unfähig macht, mit bestimmten Gegebenheiten der Außenwelt fertig zu werden, wenn er sich in diese begeben würde (Goffman 2006, S24).

Laut Saup (1994) beklagt ein Großteil der Heimbewohner, die geringe Wohnfläche ihrer Zimmer sowie die dauernde Beobachtung und Kontrolle der Mitbewohner, was zu einem erheblichen Verlust von Privatsphäre führt (Altmann 2006, S.64).In einer Studie von Saupt (1994) stellte sich heraus, dass in nur 31 % der untersuchten Fälle, die Pflegekraft vor dem Betreten des Zimmers anklopft. Das Anklopfen des Mitarbeiters, vor dem Betreten des Zimmers ist ein wichtiger Aspekt in Hinblick auf Achtung der Privatsphäre und sollte eigentlich für die Pflegekräfte eine Selbstverständlichkeit sein.

Die 2007 veröffentlichte Studie „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV)“ zeigt auf, dass sich in diesem Bereich ein Wandel vollzogen hat. Die Befunde heben hervor, dass in den letzten Jahren eine positive Entwicklung in Bezug auf die Förderung der Privatsphäre zu verzeichnen ist. Die wohnlichen Gegebenheiten werden für die Mehrheit der Bewohner immer individueller und privater ausgestaltet und „[...]der relativhohe Anteil von Einbettzimmern bietet Rückzugsräume und

ermöglicht es, das Leben im Heim stärker im Sinne der eigenen Bedürfnisse zu führen“.
(Schneekloth 2007, S.13)

Die Erhebungen der Untersuchung machen deutlich, dass der Anteil der Bewohnerinnen und Bewohner, die über ein Einbettzimmer verfügen, in 34% aller Einrichtungen unter 50% liegen. „ In 31% aller Einrichtungen nutzen 50 bis unter 85% und in 35% inzwischen sogar 85% und mehr der Bewohnerinnen und Bewohnerinnen Einbettzimmer“ . (Schneekloth 2007, S.72)

Im Zuge der Diskussion über mögliche Auswirkungen des Aufenthaltes im Heim, ist zu beachten, dass bestimmte Verhaltensweisen, welche bei Heimbewohnern stärker ausgeprägt sind als bei Privatwohnenden, nicht zwangsläufig als Institutionalisierungseffekte bewertet werden. Diese Verhaltensweisen begründen sich zum Teil aus den Ursachen und Beweggründen, welche zum Heimübertritt geführt haben und sind nicht ausschließlich auf den Heimaufenthalt zurückzuführen (Lehr 2003, S.312).

Durch die Fülle der vielfältigen Anforderungen und sich daraus ergebenden Schwierigkeiten können der Übertritt, sowie das Leben im Pflegeheim, mit Kontrollverlust und dem Gefühl der Hilflosigkeit einhergehen. Die folgenden Ausführungen sollen verdeutlichen, inwieweit Hilflosigkeit in stationärer Versorgung besteht und welche Auswirkungen aus dieser Problematik resultieren können.

4 Das Konzept der erlernten Hilflosigkeit

4.1 Theoretischer Hintergrund

Die Entstehung des Konzepts der erlernten Hilflosigkeit geht auf den Psychologen Martin E.P. Seligman zurück. In Kern seiner Untersuchungen stand der Zusammenhang zwischen Angstkonditionierung und Vermeidungslernen (Seligman 1995,S210).Im Zuge dieser experimentellen Untersuchungen an Hunden beobachtete Seligman, dass die Tiere, welche in bestimmten Situationen Elektroschocks ausgesetzt waren, das entwickelte Gefühl der Hilflosigkeit auch auf andere Situationen übertrugen, in denen die Schocks eigentlich vermeidbar gewesen wären.

Basis für seine Untersuchungen bildete der triadische Versuchsplan, bei dem drei Gruppen von Versuchstieren bezüglich ihres Verhaltens auf Unkontrollierbarkeit und Kontrollierbarkeit von Situationen erforscht wurden.

Die erste Gruppe der Versuchstiere, die sogenannte „Flucht“ – Gruppe, waren Elektroschocks ausgesetzt, konnten diesen aber durch eine bestimmte Reaktion entfliehen. Die zweite Gruppe, war ebenfalls den Schocks ausgesetzt, jedoch konnten sie den aversiven Reiz nicht beeinflussen und die dritte Gruppe stellte die naive Kontrollgruppe dar und erhielt keine Elektroschocks (Seligman 1995, S. 23).

In der darauffolgenden Versuchsreihe setzte man alle drei Gruppen einem Flucht-Vermeidungstraining aus. Dabei wurde deutlich, dass die Tiere der Flucht- Gruppe und die Tiere, die keinem aversiven Reiz ausgesetzt wurden, in der Lage waren, dem Reiz zu entkommen. Die zweite Gruppe, die bereits in der ersten Versuchsreihe erfahren hatte, dass die Situation nicht zu kontrollieren war, versagte und führte keine Fluchtreaktion aus (Seligman 1995, S.24). Seligman (1995, S.24) kam zu dem Resultat, dass „nicht der Schock selbst, sondern die Unmöglichkeit, den Schock zu kontrollieren [...] zu diesem Versagen führte.“

In weiteren Untersuchungen ließ sich das Phänomen der erlernten Hilflosigkeit auch bei Menschen nachweisen. Dies verdeutlicht eine Untersuchung an Collegestudenten von Hiroto (1975). Die Studenten wurden in zwei Experimentalgruppen und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Die erste Gruppe hörte einen unangenehmen Lärm, lernte diesen aber durch Knopfdruck abzustellen. Die zweite Gruppe war ebenfalls dem Lärm ausgesetzt, war aber nicht in der Lage ihm zu entgehen und die Kontrollgruppe hörte keinen Lärm. Im Anschluss wurden die Studenten mit Hilfe einer Finger - Shuttle - Box untersucht, bei der sie den Lärm stoppen konnten, indem man die Hand von einer Seite zur anderen bewegte. Die erste Experimentalgruppe sowie die Kontrollgruppe lernten, wie erwartet, schnell den Lärm durch die Handbewegung abzustellen. Die „hilflose“ Kontrollgruppe hingegen, war nicht in der Lage den Lärm abzustellen oder zu vermeiden (Seligman 1995, S.26).

Laut Seligman (1995), lassen sich als Folge auf die ausgeprägte Erwartungshaltung, dass man der Situation hilflos ausgeliefert ist, motivationale, kognitive und emotionale Defizite bei dem Individuum feststellen. Motivationale Defizite äußern sich bei dem Individuum dahingehend,

dass die Motivation zum Reagieren verloren geht, und es passiv Dinge über sich ergehen lässt (Seligman 1995, S.46).

Bei den kognitiven Störungen spricht Seligman (1995) von proaktiver Hemmung. Lernt das Individuum, dass die Konsequenz unabhängig vom eigenen Reagieren ist, so fällt es ihm auch künftig schwer, zu erkennen, dass eine Reaktion die Konsequenz herbeiführt (Seligman 1995, S.47). Erlernte Hilflosigkeit kann somit zu Folge haben, dass die Fähigkeit des Individuums, aus Erfahrungen zu lernen, gemindert wird.

In Bezug auf emotionale Defizite, beschreibt Seligman (1995), dass ein einmaliges unkontrolliertes, traumatisches Ereignis zu gesteigerter, emotionaler Erregung führt und als Furcht bezeichnet werden kann. Diese Furcht kann abgebaut werden, indem das Individuum lernt Kontrolle über die belastenden Bedingungen zu erlangen. Lernt es aber auf Dauer, dass die traumatischen Bedingungen nicht zu kontrollieren sind, wird die Furcht abnehmen und durch Depression ersetzt (Seligman 1995, S.50).

Abramson et al. (1978). erweiterten die ursprüngliche Theorie von Seligman und bezogen in ihren Überlegungen einen Attributionsprozess ein. Ergänzend zu der Annahme, dass Kontrollverlust zu Hilflosigkeit führt, ging Abraham et al. davon aus, dass bestimmte Kausalattributionen dazu führen, dass Hilflosigkeit beim Menschen entsteht (Seligman 1995, S.214).

Abramson et al. unterscheiden folgende Attributionsdimensionen:

1. Internal vs. External
2. Global vs. Spezifisch
3. Stabil vs. Variabel (Seligman 1995, S.214)

Bei der internalen Attribution, geht das Individuum davon aus, dass die Ursachen für Hilflosigkeit in ihm selbst begründet sind (persönliche Hilflosigkeit). Bei der externalen Attribution ist das Individuum der Annahme, dass es selbst sowie alle anderen in seiner Umgebung, der Situation hilflos gegenüberstehen (universelle Hilflosigkeit) (Seligman 1995, S.214).

Die Ursachen von Hilflosigkeit werden bei der globalen Attribution sehr weit und allgemein gefasst, und können folglich für sehr viele Lebensbereiche zutreffen. Die spezifische

Attribution beschränkt sich hingegen auf spezielle Reize der Situation (Seligman 1995, S.215).

Die Attributionsdimension stabil vs. variabel umfasst die Zeitdimensionen, in denen sich Nichtkontrollbedingungen erstrecken. Stabile Ursachen beinhalten langlebige, wiederkehrende Nichtkontrollbedingungen. Variable Ursachen sind folglich kurzlebig und vorübergehend(Seligman 1995, S.215).

In der Reformulierung von Miller und Norman, wird davon ausgegangen, dass mit Hilfe von Situationsfaktoren(Instruktion bei der Versuchsdurchführung, Dauer der Hilflosigkeit oder soziale Normen), das Hilflosigkeitsmodell von Seligman präziser gefasst werden kann (Seligman 1995, S.220).

Persönlichkeitsfaktoren, wie Geschlecht, Vorerfahrungen oder Stimmung, sind dabei von Bedeutung, da diese die Bewertung und Verarbeitung von Ereignissen beeinflussen können. Ergänzend zu den Attributionsprozessen von Abramson et al. führten die Autoren die Dimension „unwichtig. wichtig“ ein, wonach ein Ereignis bewertet werden kann (Seligman 1995, S.221).

In den Überlegungen von Wortman und Brehm (1975), werden verschiedene Phasen der Hilflosigkeitsentstehung unterschieden, wobei die Autoren davon sprechen, dass vor dem Eintreten der Hilflosigkeit , sich die Phase der Reaktanz vollzieht (Seligman 1995, S.223). Reaktanz meint, „den unmittelbar nach einer Unkontrollierbarkeitsbedingung eintretenden Zustand, der mit einer Einschränkung von Entscheidungsmöglichkeiten einhergeht und eine Art ‘Widerstand’ bzw. Ärger, Wut und vermehrte Anstrengung zur Folge hat.“(Seligman 1995, S.223)

Das Wortman – Brehm –Modell bringt zum Ausdruck, dass erst nach dem Durchlaufen der Widerstandsphase und dem Bestehenbleiben der Unkontrollierbarkeitsbedingungen, Hilflosigkeit auftritt (Seligman 1995, S.223).

Wortman und Dintzer (1978) nehmen an, dass sich nach der Phase der Hilflosigkeit, ein Problembewältigungsprozess anschließt, der das Individuum dazu befähigt, unkontrollierbare Situationen zu bewältigen. Positive Bewältigungsstrategien führen zu einem Anstieg der Motivation zur Kontrolle(Seligman 1995, S.224).

Petermann (Seligman 1995, S.211) bringt zum Ausdruck, dass das Konzept der erlernten Hilflosigkeit „ein allgemeines, überall anwendbares Modell zur Beschreibung der Herausbildung psychischer Fehlentwicklung und des Bewältigungsprozesses in kritischen Lebensphasen (Lebenssituationen)“ ist.

Die Übersiedlung in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung kann als solch kritisches Lebensereignis bewertet werden. Betrachten man erlernte Hilflosigkeit vor dem Hintergrund der Situation alter Menschen in stationären Einrichtungen, so lässt sich vermuten, dass besonders in dieser Lebenslage das Risiko für Kontrollverlust steigt.

4.2 Erlernte Hilflosigkeit im Zusammenhang mit stationärer Versorgung

Betagte Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen erleben vermehrt, dass sie Situationen nicht mehr kontrollieren können und folglich die Kontrolle über ihr Leben schwindet.

Seligman (1995) hält fest, dass das Problem der erlernten Hilflosigkeit, besonders in Heimen und Kliniken vorherrschend ist. In Institutionen, so Seligman (1995), wird das Bedürfnis der Bewohner nach Kontrolle, viel zu wenig berücksichtigt (Seligman 1995, S.172). Gerade durch die vorherrschende Asymmetrie in Pflegebeziehungen oder Arzt- Patienten –Beziehungen, kommt es zu einem Kontrollverlust und ist keineswegs förderlich für die Genesung des Betroffenen. Seligman (1995, S.172) spricht sogar davon, dass der „[...]Verlust an Kontrolle [...]...darüber hinaus einen organisch kranken Menschen weiter schwächen und seinen Tod verursachen [...]“ kann. Er postuliert, dass den Insassen von Anstalten ein Höchstmaß an Kontrolle in ihren Lebensbereichen gewährt werden soll (Seligman 1995, S.173).

Auch Hornung et al.(2006) geben an, dass vor allen Patienten und Bewohner von Krankenhäuser und Pflegeheimen für das Erlernen von Hilflosigkeit prädestiniert sind, da sie dort Situationen von geringer Umweltkontrolle und Überbetreuung ausgesetzt sind (Hornung et al. 2006, S.133).

Laut einer Studie von Rodin (1986), waren 93% der untersuchten Heimbewohner glücklicher, lebhafter und aktiver, als diese dazu ermutigt wurden mehr Kontrolle auszuüben (Myers 2005, S.597).

In der bereits mehrfach erwähnten Arbeit von Koch – Straube (1997), kommt zum Ausdruck, dass das Pflegeheim für die Bewohner ein Ort von großer Unkontrollierbarkeit ist. Mit

sinkender Entscheidungsfreiheit, wächst die Ohnmacht und die Hilflosigkeit der Bewohner. Der Glaube daran, keine Kontrolle mehr über eigene Belange zu haben, kann den Bewohner dazu veranlassen sich zurückzuziehen und sich passiv den Erwartungen anderer anzupassen. Diese Anpassung, birgt das Risiko in sich, ein „falsches Selbst“ zu entwickeln (Koch-Straube 1997, S.201).

Beeken (2001) weist darauf hin, dass erlernte Hilflosigkeit in der Praxis auf unterschiedliche Weise zum Ausdruck kommen kann. Psychosomatische Erkrankungen, aggressives und auflehndes Verhalten sowie Gleichgültigkeit, können auf erlernte Hilflosigkeit hindeuten (Beeken 2001, S.69). Der Autor beschreibt, dass erlernte Hilflosigkeit von der Diskrepanz verschiedener Handlungsebenen beeinflusst wird. Zu diesen Handlungsebenen zählen der Handlungsspielraum, der Wunschraum und die Kontrollüberzeugung (Beeken 2001, S.70).

Der Wunschraum beinhaltet den Bereich der individuellen Handlungswünsche des Bewohners, und der Handlungsspielraum den tatsächlichen Rahmen der Handlungsmöglichkeiten des alten Menschen. Unter Kontrollüberzeugung ist die Selbsteinschätzung des Bewohners zu verstehen (Beeken 2001, S.70). Beeken weist auf Interventionsmöglichkeiten hin, mit denen der erlernten Hilflosigkeit entgegengewirkt werden kann. Demnach soll die Pflegekraft den Bewohner immer wieder motivieren, seine Wünsche zu äußern, um somit seinen Wunschraum zu vergrößern. Damit der Handlungsspielraum des Bewohners erweitert werden kann, muss die Pflegekraft den Bewohnern Möglichkeiten aufzeigen, wie sie aktiv im Heimleben mitwirken können. So kann dem Bewohner durch Tätigkeiten, wie Tisch decken, Pflege der Pflanzen oder Mitarbeit im Heimbeirat, die Nutzung seines Handlungsspielraumes bewusst gemacht werden.

Bei der Beeinflussung der Kontrollüberzeugung wird eine Orientierung an den realistischen Fähigkeiten des Bewohners vorausgesetzt. Einer geringen Kontrollüberzeugung des älteren Menschen ist mit Lob und Anerkennung entgegenzuwirken und bei überhöhter Selbsteinschätzung muss der Bewohner unterstützt werden, diese unrealistischen Vorstellungen abzulegen (Beeken 2001, S.70).

Eine Kongruenz dieser drei Handlungsebenen, ist somit anzustreben, da dadurch ein Höchstmaß an psychischen Wohlbefinden für die Bewohner gewährleistet werden kann.

Sind Heimbewohner in ihrem neuen Umfeld sozial eingebunden, so leiden diese seltener unter erlernter Hilflosigkeit, als diejenigen Bewohner die einer sozialen Isolierung ausgesetzt sind. Diesbezüglich sind nicht nur die Sozialkontakte innerhalb der Einrichtung für die Bewohner von Bedeutung, sondern auch Kontakte zu Angehörigen, Freunden oder Bekannten (Beeken 2001, S.70).

Es ist also nicht zu übersehen, dass das Pflegeheim sicherlich zu einem gewissen Teil durch Unkontrollierbarkeit gekennzeichnet ist. Bereits der Eintritt in ein Pflegeheim kann mit Kontrollverlust einhergehen, wenn der ältere Mensch sein gewohntes Umfeld aufgrund von Krankheit etc. verlassen muss. Es ist wichtig, den Bewohner eine größtmögliche Partizipation am Heimleben zukommen zu lassen, damit dieser Kontrollerleben erfährt und erlernte Hilflosigkeit nicht auftreten kann. Verliert man, wenn auch nur zu einem geringen Maß, Kontrolle über sein Leben, so geht zwangsläufig auch ein Stück Selbstbestimmung verloren.

Betrachten man Verhaltensabhängigkeiten bei älteren Menschen, so ist es notwendig sich mit der erlernten Abhängigkeit auseinander zusetzen. Im Folgenden soll darauf näher eingegangen werden.

4.3 Erlernte Abhängigkeit im Alter

Mit dem Übertritt in ein Pflegeheim begibt sich der Bewohner zwangsläufig zu einem gewissen Maße in ein Verhältnis der Abhängigkeit. Baltes ist davon ausgegangen, dass es sich bei passivem und unselbständigem Verhalten von alten Menschen nicht um die Symptomatik der erlernten Hilflosigkeit handelt, sondern interpretiert dieses als gelernte Abhängigkeit. Baltes geht davon aus, dass der alte Mensch in der Interaktion mit seiner Umwelt lernt, dass ein abhängiges Verhalten „[...] zu komplementären Reaktionen der Umwelt führt, während eigenständige Handlungen oft genug keine Aufmerksamkeit zuteilwird (Lukas 2007 S.46).

Baltes betont, dass Abhängigkeit multikausal bedingt ist, somit können biologische, psychologische oder soziale Ursachen im Hintergrund stehen. Die Autorin schlussfolgert, dass Unselbständigkeit nicht zwangsläufig als Folge des Alters zu sehen ist, sondern häufig durch Umweltbedingungen hervorgerufen wird (Kruse 1998, S.66).

Die Studien von Baltes zeigten das Unselbständigkeit im Alter, nicht ausschließlich auf das Erleben von Nichtkontrollierbarkeit, zurück zu führen ist, sondern eher auf das Vorherrschen

von unterschiedlichen Verstärkermustern in den Institutionen der Altenversorgung (Kruse 2007, S.97).

Baltes geht bei dem Modell der gelernten Abhängigkeit davon aus, dass Passivität im Handeln entsteht, wenn das soziale Umfeld des Betroffenen dies bekräftigt und unterstützt. Die Untersuchungen von Baltes in der ambulanten und stationären Pflege ergaben, dass bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, (Waschen, Ankleiden etc.) das unselbständige Verhalten kontingent verstärkt wird (Neumann et al. 1997, S.2). Diese Verstärkung kann verbal oder durch Hilfeleistungen der Pflegeperson erfolgen. Bietet man dem Individuum Hilfe an, wo diese nicht benötigt wird, führt dies zu einem verstärkten, passiven und depressiven Verhalten. Aufgrund der Nichtbeachtung von vorhandener Selbständigkeit wird das Denk – und Verhaltensschemata eingeengt und es kann zur Löschung des aktiven Verhaltens kommen. (Böhmer 2008, S. 590.).

In einer Beobachtungsstudie von Baltes, Kindermann & Reizenzein (1986), in einem Berliner Altenheim, untersuchte man das Verhalten alter Menschen und ihrer Sozialpartner. Mitbewohner, Besucher, ehrenamtliche Helfer und 20 Pflegekräfte verkörperten die Sozialpartner der Heimbewohner. Mit Hilfe von vorgegebenen Kategorien, wie Anziehen, Waschen und Essen, wollte man selbständiges und unselbständiges Verhalten der alten Menschen beobachten und dabei auf das Verhalten der jeweiligen Sozialpartner Acht geben.

Die Untersuchung ergab, dass die Sozialpartner, vor allem die Pflegekräfte, fast immer auf ein unselbständiges Verhalten mit einem unselbständigkeitsunterstützenden Verhalten reagierten. Signalisierte der Bewohner beispielsweise bei der Morgenpflege, verbal oder nonverbal, dass er Hilfe erwartete, so trat ein „sofortiges Hilfeverhalten“ des Personals ein (Wahl 1991, S.104).

Ein gegenteiliges Bild ergab sich in Bezug auf das selbständige Eigenpflegeverhalten. Die eigenständige Handlung des Bewohners wurde von den Sozialpartnern ignoriert und es erfolgte keine Reaktion von dessen Seite. Die Bewohner erfuhren nur sehr selten Anerkennung und Lob, wenn sie selbständig gehandelt hatten. Bei diesem Interaktionsmuster spricht Baltes von einem „Unselbständigkeit - Unterstützungsmuster“ (Wahl 2000, S.104). Anhand der gesammelten Daten von Baltes wird deutlich, dass zu viel Fürsorge und daraus resultierende Unselbständigkeitsförderung, die Lebenswelt des institutionalisierten, betagten Menschen charakterisieren (Kruse 1997, S67).

Baltes, Wahl & Reichert, heben hervor, dass der alte Mensch von seinen Sozialpartnern als inkompetent wahrgenommen wird und die Pflegekraft lässt dem Bewohner, gemäß dem medizinischen Helfermodell, ein Höchstmaß an Hilfeleistungen zu kommen (Kruse 1997, S.67). Das unselbständige Verhalten der Bewohner kann laut Baltes, instrumentellen Charakter haben. Die Unselbständigkeit dient dem Bewohner als Instrument, um soziale Zuwendung zu erfahren oder soziale Kontrolle über die Pflegekraft zu erlangen (Neumann 1997, S.3).

Durch die mangelnden sozialen Kontakte, so Kruse (1997), wird der Pflegekraft von Seiten des Bewohners ein besonderer Stellenwert zugeschrieben, welcher sich negativ auf dessen Autonomie und damit verbundenen Lebensqualität auswirken kann. Noch bestehende Fähigkeiten des alten Menschen werden nicht mehr genutzt und eventuell verlernt. Langfristig kann somit die Kontrollfunktion des unselbständigen Verhaltens verloren gehen, da der alte Mensch nun tatsächlich Hilfeleistungen benötigt (Kruse 1997, S.67).

Damit Autonomie und Lebenszufriedenheit so lang als möglich gewährleistet werden können, sind kognitive Umstrukturierungen und Verhaltensänderungen des Sozialpartners der Betagten erforderlich (Kruse 1998, S.66). Baltes, Neumann und Zank entwickelten, aus dieser Erkenntnis heraus, ein Trainingsprogramm für Pflegenden, worauf im Kapitel 6.2 ausführlicher eingegangen werden soll.

Um eine weitestgehend autonome Lebensführung in Pflegeheimen gewährleisten zu können, muss geklärt sein, was der Bewohner im eigentlichen Sinne darunter versteht und welchen Stellenwert Autonomie in Bezug auf Lebensqualität einnimmt.

5 Der Einfluss von Autonomie auf die Lebensqualität von Heimbewohnern

5.1 Die Bedeutung von Autonomie aus Sicht des Bewohners

In der psychologischen Forschung gelten eigenständiges Entscheiden und aktive Beeinflussung des eigenen Lebens als grundlegende menschliche Bedürfnisse (Wahl 1991, S.93). Arend (1996) spricht davon, dass die Fähigkeit zur Selbstbestimmung des Lebens, prinzipiell mit dem Menschsein verbunden ist und dieser eine gewisse Willens- und Entscheidungsfreiheit besitzt (Arend 1996, S.144). Laut Arend (1995, S.144) kann der Mensch als autonom bezeichnet werden, wenn „[...] diese Willens- und Entscheidungsfreiheit voll und

ganz vom Menschen genutzt wird, und sie sich in einem gewissen Gleichgewicht mit der Willens- und Entscheidungsfreiheit von anderen befindet [...]“.

Bei Wahl (1991, S.93), wird die Autonomie als einen Zustand gesehen, „[...]bei dem der alte Mensch sich in der Lage sieht, seine Lebensziele durch den Gebrauch eigener Verhaltenskompetenzen und Ressourcen zu erreichen“. Carp sieht die eigene Entscheidung, als bedeutendsten Faktor für eine erfolgreiche Anpassung an die neue Wohnsituation (Lehr 2003, S.314). Im Sinne von Selbstbestimmung, Wahl- und Entscheidungsfreiheit, so Brandenburg (2004), ist die Autonomie in der Pflege von wesentlicher Bedeutung. So scheint es, dass Autonomie für die meisten Menschen, eine bedeutende Determinante für Lebensqualität ist. Beim Versuch, allgemeingültige Faktoren für Lebensqualität aufzuzeigen, wird man schnell feststellen, dass dies recht schwierig ist. Die Begriffe Leben und Qualität werden, abhängig vom jeweiligen Betrachter, unterschiedlich bewertet. Was für den einen Menschen ein wichtiger Faktor für Lebensqualität ist, kann für den anderen eine nebensächliche Bedeutung haben (Harris et al.1995, S.159). Folglich kann man Lebensqualität als die Konstellation von subjektiven Wohlbefinden und objektiven Lebensbedingungen, beschreiben (Glatzer & Zapf 1984 in Harris 1995, S.160).

Gebert und Kneubühler (2003) setzten sich in ihren Ausführungen mit der Frage auseinander, welche Kriterien in Bezug auf Lebensqualität, tatsächlich für den Heimbewohner relevant sind. Die Autoren gehen davon aus, dass folgende Qualitätsdimensionen für die Bewohner eine ausschlaggebende Rolle spielen:

- Autonomie: Entscheidungsfreiheit und Kontrolle über die Entscheidungen
- Empathie: Fähigkeit des gedanklichen Perspektivenwechsel
- Privatheit: respektieren der räumlichen, sozialen und persönlichen Grenzen
- Akzeptanz im Heim (Gebert & Kneubühler 2003,S. 350)

Gebert & Kneubühler (2003) machen in diesem Zusammenhang auf die von Uman et al., im Rahmen eines Forschungsprojektes zur Entwicklung eines Befragungsinstrumentes für Heimbewohner, erstellten Qualitätsdimensionen aufmerksam. Uman et al. bestimmen die Dimensionen, Autonomie, Kommunikation, Gesellschaft, Essen und Umgebung, Sicherheit sowie Hilfe und Betreuung, als zentral bedeutend für die Lebensqualität der Betagten (Kneubühler & Gebert 2003, S.350).

Wie bedeutend Autonomie und Kontrolle für den alten Menschen ist, zeigt die Studie von Langer und Rodin (1976). Man ging davon aus, dass sich die Erweiterung der „Kontroll- und Wahlmöglichkeiten“, positiv auf das Verhalten und Erleben der alten Menschen auswirken kann und überprüfte diese Hypothese anhand eines Feldexperiments (Wahl 1991, S94 ff).

Das Experiment bestand darin, dass man der Experimentalgruppe anhand einer kurzen Rede, die Möglichkeiten der Selbstbestimmung, Kontrolle und Gestaltung der eigenen Lebenswelt, unmissverständlich aufzeigte. Im Folgenden, zur Veranschaulichung des Experiments, ein kurzer Ausschnitt dieser Rede:

„Es überrascht mich zu hören, dass viele von Ihnen nicht wissen, welche Dinge ihnen hier zur Verfügung stehen und, noch wichtiger, dass viele von Ihnen nicht die eigenen Einflussmöglichkeiten zur Gestaltung Ihres eigenen Lebens erkennen. Denken Sie einmal einige Minuten über die Entscheidung, die Sie treffen können und sollen nach. Zum Beispiel haben Sie Verantwortung, sich um Ihre eigenen persönlichen Belange zu kümmern und dieses Haus so zu gestalten, dass Sie stolz und glücklich sein können. Sie sollen entscheiden, wie Sie Ihr Zimmer gestaltet haben wollen, ob sie es so lassen wollen wie es ist oder ob das Personal Ihnen helfen soll, die Möbel anders zu stellen. Sie sollten selbst entscheiden, wie Sie Ihre Zeit verbringen wollen [...].

[...]Mit anderen Worten, es ist Ihr Leben und Sie können es gestalten wie immer Sie möchten.“(Langer &Rodin,1976.in Wahl S.95)

Im Anschluss wurden die Bewohner zu aktiver Beteiligung am Heimleben angeregt und konnten außerdem die Verantwortung für die Blumenpflege übernehmen (Wahl 1991, S.95).

Bei der Kontrollgruppe verwies man auf die Verantwortung des Personals, und Eigenständigkeit und Mitwirkung im Heimalltag ließ man außen vor.

„Wir gehen davon aus, dass es unsere Verantwortung ist, dieses Haus so zu gestalten, dass sie stolz und glücklich sind, [...].“(Langer &Rodin 1976, in Wahl 1991 S 96).

Um die Effekte der Intervention zu erfassen wurden die Senioren vor und nach der Intervention befragt. Des Weiteren erfolgte von Seiten der Pflegekräfte eine Beschreibung der Bewohner zu den entsprechenden Befragungszeitpunkten.

Man kam zu dem Ergebnis, dass die Experimentalgruppe, sich nach der Intervention als glücklicher und aktiver erlebte. Bei der Kontrollgruppe war dies nicht der Fall. Die Pflegekräfte stellten zudem fest, dass sich der Allgemeinzustand der Experimentalgruppe verbesserte und die sozialen Kontakte, im Gegensatz zu der Kontrollgruppe, zunahmen. In einer Follow - up Untersuchung, 18 Monate nach der Intervention, stellte man fest, dass die Sterblichkeit der Senioren der Experimentalgruppe signifikant niedriger lag als die der Kontrollgruppe (Rodin & Langer 1976 in Wahl 1991, S.96).

Dass der Umwelt des betagten Menschen, in Bezug auf Entfaltung von Potentialen, eine bedeutende Rolle zugeschrieben wird, bestätigen auch Kruse und Wahl (1994). Sie geben an, dass diese eine fördernde, neutrale aber auch hemmende Auswirkung haben kann (Kruse & Wahl 1994, S.148). Saup & Schröpel berichten, dass eine aktive Teilhabe am Heimleben sowie ein großes Maß an Selbstbestimmung sich positiv auf die psychische und physische Befindlichkeit der Heimbewohner auswirken.

Heinemann – Knoch et al. (1998) halten fest, dass Heimbewohner deren Autonomie stark eingeschränkt ist, sich subjektiv stärker belastet fühlen. Bewohner von Mehrbettzimmern, und die damit verbundene geringeren Kontrollmöglichkeiten, weisen ein geringeres Maß an Lebenszufriedenheit auf als Bewohner von Einbettzimmern (Ackermann 2005,S.55). Für die Bewohner von Mehrbettzimmern ergeben sich oftmals Schwierigkeiten bezüglich ihrer eingeschränkten Privatsphäre, da beispielsweise vertrauliche Gespräche mit Angehörigen oder Freunden häufig schwer realisierbar sind. Außerdem ist der ältere Mensch der Tatsache ausgesetzt, dass er nie allein sein kann und das Gefühl hat ständig unter Beobachtung zu sein. Kruse, Kröhn et al. (1992)stellten in ihren Untersuchungen fest, dass neben der eingeschränkten Privatsphäre, die Reglementierungen innerhalb der Einrichtung von den Bewohnern als Belastung empfunden wird. Wird dem Bewohner jedoch mehr Wahl-und Entscheidungsfreiheit zugesprochen, so erscheinen diese Reglementierungen weniger erschwerend (Lehr 2003, S.315).

Eine qualitative Studie der Katholischen Fachhochschule Freiburg beschäftigte sich ebenfalls mit dem Erleben von Autonomie aus Sicht von Heimbewohnern. Mit Hilfe eines Interviewleitfadens wurden die Bewohner zu den Dimensionen, Ernährung, Freizeit, Wohnen und Körperpflege befragt. Bezugnehmend auf diese vier Dimensionen, sollten die Bewohner Aussagen über erlebten Informationsgrad, erlebte Entscheidungsspielräume und erlebte Gefühle treffen (Huber 2005, S.47).

Die Ergebnisse der Studie besagten, dass sich die Bewohner in den Dimensionen Wohnen und Freizeit vollständig informiert fühlten, dabei wurde dem Aspekt des Wohnens eine hohe Bedeutung beigemessen. Die Bewohner fühlten sich zwar gut informiert, gaben aber an, dass die Entscheidungsspielräume hingegen gering bis teilweise gar nicht vorhanden sind. In dem Zusammenhang konnte festgestellt werden, dass die Entscheidungsspielräume umso geringer eingestuft wurden, desto enger eine Dimension, bspw. Körperpflege, in den täglichen Organisationsablauf eingebunden wurde (Huber 20015, S.70). Für die Forschungsgruppe stellte sich überraschenderweise heraus, dass unabhängig von Informationsgrad und Entscheidungsspielraum, ein breites Spektrum von Gefühlen vorhanden war. Die Emotionale Tönung bei den Bewohnern kann also von zufrieden bis gleichgültig oder sogar machtlos ausgeprägt sein, ganz gleich ob der Entscheidungsspielraum und Informationsgrad hoch oder niedrig eingeschätzt wird. Als Faktoren für dieses subjektive Interpretationsmuster, werden die Lebensbiografie, die Art und Weise des Heimübertritts sowie die Institution Pflegeheim an sich, genannt. (Huber S.68).

Monika Bobbert (2002) beleuchtet in ihren Ausführungen, den Pflegebereich unter dem Gesichtspunkt der Patientenautonomie. Bobbert (2002, S.129)geht davon aus, „dass in der Krankenversorgung ein individuelles moralisches Recht auf Achtung der Autonomie gilt.“ In diesem Zusammenhang spricht die Autorin von einem „‘prima-facie’ – Recht auf Achtung der Autonomie“, worunter zu verstehen ist, das dieses Recht noch nicht begründet ist und zudem nicht explizit zu weiteren moralischen Rechten in ein Verhältnis gesetzt wurde (Bobbert 2002, S.129).

Um das Recht auf Selbstbestimmung verwirklichen zu können bedarf es einer wichtigen Voraussetzung, die der Information. Erst wenn der Bewohner oder Patient einen Überblick über Möglichkeiten, Alternativen oder Wissen über bestimmte Maßnahmen oder Risiken erhält, ist eine Entscheidung möglich und es kann von wirksamer Einwilligung (engl.: informed consent) gesprochen werden (Arend 1996, S.146).

Unter informed consent wird „die Zustimmung eines einwilligungsfähigen und aufgeklärten Patienten in eine medizinische oder pflegerische Maßnahme verstanden“(Wallner 2007, S.96).

Der informed consent beinhaltet folgende vier normative Forderungen:

1. Das Recht auf informierte Zustimmung

Das Recht auf informierte Zustimmung fügt sich zusammen aus dem „Recht auf Einwilligung in oder aber Ablehnung von Handlungen anderer, welche dem Leib oder intime psychische Belange berühren“ (Bartmann 2002, S 164). Weiterhin beinhaltet das Recht auf informierte Zustimmung das Recht auf genügend und unmissverständliche Information. Aufgrund von Informationsasymmetrie innerhalb der Pflegebeziehung, benötigt der Pflegebedürftige ausreichend medizinische oder pflegerische Kenntnisse um weiteres Handeln beurteilen zu können (Bartmann 2002, S.164).

2. Das Recht auf Selbstbestimmung in Bezug auf das Eigenwohl

Dieses Recht befähigt den Menschen dazu, dass er über pflegerische Ziele und Mittel, gemäß seinen individuellen Präferenzen entscheiden kann (Bartmann 2002, S.164).

3. Das Recht auf Wahl zwischen möglichen Alternativen

Innerhalb der Pflegehandlung muss der Betroffene über mögliche fachliche Alternativen aufgeklärt werden, sofern diese existieren. Diese Offenlegung der möglichen Alternativen schließt eine Empfehlung der Handlungsoptionen von Seiten des Fachpersonals nicht aus, wenn dabei Gründe für diese Option genannt werden (Bartmann 2002, S.165).

4. Das Recht auf eine möglichst geringe Einschränkung des Handlungsspielraums

Zweifellos impliziert der Eintritt in eine Institution der Krankenversorgung auch eine gewisse Einschränkung im eigenen Handeln. Dies begründet sich aus der Tatsache heraus, dass die Organisationsebenen der Institution meist in komplexen wechselseitigen Abhängigkeiten verflochten sind (Bobbert 2002 S.143). Trotz Regeln, fester Strukturen und Abläufe innerhalb der Institution, muss dennoch der Anspruch von Seiten des Pflegepersonals bestehen, den Handlungsspielraum des Patienten bzw. Pflegebedürftigen so gering wie möglich einzuschränken (Bartmann 2002, S.165).

Bobbert (2002) weist auf vier Asymmetrien hin, welche zwischen Patienten und professionellen Helfer vorherrschen, welche das Recht auf Achtung der Autonomie gefährden können (Bobbet 2002, S.145). Professionelle Helfer verfügen zum einem über einen fachlichen Wissensvorsprung gegenüber dem Patienten, und da dieser sich in der Rolle des

Laien befindet, benötigt er Informationen von Seiten der Experten. Zum anderen sind die Pflegekräfte mit der Institution vertraut, sie kennen die Regeln und Abläufe und können diese mitgestalten. Der Patient hat seine gewohnte Umgebung verlassen und ihm wird eine neue Rolle innerhalb der Institution zugeschrieben. Die dort vorherrschenden Entscheidungsstrukturen erscheinen für den Betroffenen häufig nicht transparent und nachvollziehbar. Die dritte Asymmetrie bezieht sich darauf, dass die professionellen Helfer im Gegensatz zu dem Patienten nicht gesundheitlich beeinträchtigt sind. Die Betroffenen sind aufgrund von Krankheit auf Hilfe angewiesen und befinden sich folglich in einem Abhängigkeitsverhältnis.

Diese Abhängigkeiten und die daraus resultierenden vermeintlichen Erwartungen, die der Patient glaubt erfüllen zu müssen, erzeugen Druck, der den Betroffenen zu Anpassung und Zustimmung veranlasst, allein aus der Angst heraus, negative Konsequenzen zu erfahren (Bobbert 2002, S.145).

In ihrer Publikation zu „Patientenautonomie und Pflege“ beschreibt Bobbert (2002) relevante Handlungskategorien in der Pflege und setzt diese in Bezug zu Autonomierechten, welche der Betroffene geltend machen kann (Bobbert 2002, S.225). Vor allem während der Grundpflege, so Bobbert (2002), ist ein intensiver Körperkontakt zwischen Pflegekraft und Bewohner vorhanden, welcher als Eingriff in die Intimsphäre zu bewerten ist, und eine informierte Zustimmung voraussetzt. Die körperlichen Berührungen sind jedoch in den meisten Fällen zwingend notwendig, da der Mensch aufgrund von Krankheit auf die Hilfe und Unterstützung der Pflegenden angewiesen ist.

Der Großteil der Bewohner versteht diese Zweckmäßigkeit dieser Pflegehandlung, jedoch ist die Art und Weise, bei der Durchführung der Grundpflege, ausschlaggebend für das Autonomieempfinden des Bewohners (Bobbert 2002, S.225). Bobbert (2002, S.225) erklärt, dass „[...] selbst wenn die pflegerischen Handlungen zum Zweck eines beiderseitigen Ziels, beispielsweise der Körperpflege, erfolgen, [...], findet doch eine Interaktion statt, die als Hilfe, als gerade noch erträgliche Handreichung oder aber als verletzender Eingriff empfunden wird - und zwar in Abhängigkeit davon, wann unter welchen Umständen und wie die Handlung durchgeführt wird“.

Die Autorin erklärt beispielhaft, wie sich anfängliche Zustimmung, durch Art und Weise der ausgeführten Handlung, verändern kann. Der Bewohner wird, so Bobbert (2002),

beispielsweise nicht damit einverstanden sein wenn die Körperpflege erfolgt während er noch Besuch hat. Trotz dem eigentlichen Einverständnis zur Waschung, ist es dem Bewohner eventuell unangenehm, wenn sein Gesicht mit Seife gewaschen wird. Weiterhin wird es nicht im Sinne des Bewohners sein, wenn die morgendliche Grundpflege nicht mit Sorgfalt und Feingefühl abläuft oder die Pflegeperson beim Ankleiden unaufmerksam handelt und ihm dadurch unnötige Schmerzen zufügt. Bobbert (2002) verdeutlicht, dass das pflegerische Handeln allein durch die Umstände zu einem unerwünschten Eingriff in die Autonomie des Bewohners führen kann und fordert dazu auf, dass der Betroffene über bevorstehende Handlungsschritte informiert wird, damit gegebenen Falls eine Verweigerung von Seiten des Bewohners, während der Handlung ermöglicht wird (Bobbert 2002, S.226). Die Tatsache, dass sich der Bewohner in einer abhängigen Situation befindet, muss im Bewusstsein der Pflegenden verankert sein, damit die Achtung der Autonomie gewährleistet werden kann.

Im Zuge der Diskussion um Autonomie in der Pflege darf nicht unerwähnt bleiben, dass es sicherlich eine Vielzahl von Pflegebedürftigen bzw. Patienten gibt, die sich absichtlich in ein heteronomes Verhältnis zur Pflegeperson begeben. Für diese Personen erscheint diese Art der Pflegebeziehung eventuell einfacher, als selbstbestimmt zu handeln.

Grundsätzlich kann man aber davon ausgehen, dass jeder Mensch den Wunsch hat aktiv zu altern, was bedeutet, dass man sich „auf einem längeren Weg in aktiver und „sehr eigenständiger Weise mit dem eigenen Sterben und dem Tod“ auseinandersetzt und sich als selbstbestimmter und autonomer Mensch bis zum Ende des Lebens bewährt“.

(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2007). Die Krankheit, funktionale Beeinträchtigungen oder zerebrale Störungen, die Autonomie des Bewohners beeinträchtigen ist eine unmissverständliche Tatsache. Das Recht auf Autonomie ist für alle Heimbewohner gleich, die Möglichkeit dieses Recht wahrzunehmen ist jedoch bei manchen Bewohnern eingeschränkt (Gebert & Kneubühler 2003, S.436). Man darf nicht zu der Auffassung gelangen, dass Autonomie im Pflegeheim nicht möglich ist. Wie bereits angeführt ist Autonomie von grundlegender Bedeutung für die Lebensqualität der Heimbewohner auch wenn das autonome Handeln oder Entscheiden des älteren Menschen einem reibungslosen Ablauf des Pflegealltags entgegengesetzt sein kann. Um die Selbstbestimmung für den Bewohner zu gewährleisten darf die Institution Pflegeheim das vorhandene Machtgefälle gegenüber dem Bewohner nicht ausnutzen von sich aus dem Bewohner eine Position in seiner Einrichtung gewährleisten die es ihm ermöglicht seine Autonomie zu erhalten und zu leben.

5.2 Die Bedeutung von Autonomie aus Sicht der Pflegekräfte

Bei der Auseinandersetzung mit dem Autonomierecht in stationären Altenpflegeeinrichtungen, muss man neben der Sichtweise des Bewohners, auch die Situation der Mitarbeiter berücksichtigen. Die Anforderungen an die professionell Tätigen sind enorm und die Arbeit birgt hohes Konfliktpotenzial in sich.

Der Pflegeberuf, geprägt durch Hilfeleistungen, erfordert moralisches Beurteilung sowie ethische Reflexion (Rehbock 2000 in Lay 2004, S.85).

„Pflegekräfte sind durch ihren intensiven körperlichen, psychischen und sozialen Kontakt zu Menschen in außergewöhnlichen Lebenssituationen häufiger als die meisten anderen Berufe mit elementaren Fragen des Lebens konfrontiert, die von ihnen eine hohe ethische Kompetenz fordern“, schreibt Lay (2004, S.85), und weist damit auf die schwierigen moralischen Anforderungen des Pflegeberufs hin.

Eine Orientierungshilfe für korrektes moralischen Handeln in der Pflege, bildet der ICN (International Council of Nurses)- Ethikkodex für Pflegende. In Bezug auf die Achtung des Autonomierechts appelliert er an die Angehörigen der Pflegeberufe wie folgt:

„Bei ihrer beruflichen Tätigkeit fördert die Pflegende ein Umfeld, in dem die Menschenrechte, die Wertvorstellungen, die Sitten und Gewohnheiten sowie der Glaube des Einzelnen, der Familie und der sozialen Gemeinschaft respektiert werden.“

„Die Pflegende gewährleistet, dass der Pflegebedürftige ausreichende Informationen erhält, auf die er seine Zustimmung zu seiner pflegerischen Versorgung und Behandlung gründen kann.“(Deutscher Berufsverband für Pflegende ,2000).

Damit Pflegende diesem Anspruch gerecht werden können, müssen diese selbst über genügend Entscheidungs-und Handlungsfreiheit verfügen. Lay (2004) wirft die Frage auf, wie die Förderung von Selbstbestimmtheit des Patienten bzw. Bewohners realisiert werden soll, wenn die Pflegekraft selbst, einer Autonomieeinschränkung unterliegt (Lay 2004, S.94). Lay 2004, S.94) hält es für möglich, das von Seiten der professionell Tätigen, „[...]gerade wegen ihrer unvollständigen beruflichen Autonomie, Verständnis und Einfühlungsvermögen in die grundsätzlich vorhandenen Abhängigkeiten der Klienten, erwartet werden.“

Wanner geht jedoch davon aus, dass der Pflegeberuf zu gering emanzipiert ist, um gemäß einer Orientierung am Patienten zu handeln. Die geringe Emanzipation des Pflegeberufs ist unter anderem begründet, so Tepe, in mangelnder gesellschaftlicher und finanzieller Anerkennung, sowie des Personalmangels in der Pflege (Lay 2004, S.94). Bobbert (2002) erwähnt ebenfalls, dass das Nichterfüllen moralischer Ansprüche aufgrund von Zeit- und Personalmangel, für die Pflegenden ein großes Problem darstellt (Bobbert 2002, S.75).

Kruse & Schmitt weisen auf die Diskrepanz zwischen subjektiven Pflegestandards der Heimbewohner und den alltäglichen Pflegeleistungen des Personals hin (Kreimer 2004, S. 105). Die Autoren sprechen von unterschiedlichen Vorstellungen der Mitarbeiter in Bezug auf Betreuung und Versorgung. So ist eine häufig anzutreffende Vorstellung, dass jener Mitarbeiter, welcher sich „intensiv um die Belange einzelner Bewohner/innen kümmert, nicht nur möglicherweise seine Pflichten gegenüber den anderen Bewohnern/innen vernachlässigt, die nicht mehr definierte Unterstützungsleistungen erhalten, er vernachlässigt auch seine Pflichten gegenüber Kollegen, indem er diesen zusätzliche Aufgaben aufbürdet oder deren Zeiteinteilung stört.“ (Kreimer 2005, S. 106)

Mullins & Hartley untersuchten in ihrer Studie „Residents’ Autonomy: Nursing home Personels’ Perceptions“, mögliche Einflussfaktoren auf die Haltung von Pflegenden in Bezug auf Patientenautonomie. Die Ergebnisse zeigten, dass der sozioökonomische Hintergrund, den bedeutendsten Einfluss auf die Haltung der Pflegeperson, hat. Außerdem spielt das Qualifikationsniveau der Pflegekräfte eine entscheidende Rolle. Mullins & Hartley fanden heraus, dass Hilfskräfte weniger fähig waren, die Autonomie des Patienten zu achten. Die Rahmenbedingungen der Institution, so zeigte die Untersuchung, hatte keinen beachtenswerten Einfluss auf die innere Haltung der Pflegekraft (Huber 2005, S.46).

Illhardt und Lauer (1989) jedoch führen an, dass die Angehörigen des Pflegeberufs stets dem Entscheidungsstil der Einrichtung, vorgegeben durch Struktur und Organisation, unterworfen sind und nicht allein gemäß ihrem Gewissen entscheiden können (Lay 2004, S.92). Somit gehen Illhardt und Lauer durchaus davon aus, dass die institutionellen Rahmenbedingungen sich auf die Haltung der Pflegenden bezüglich Patient- bzw.-Bewohnerautonomie auswirken. Dem stimmt auch Gastmans (Gastmans 2003, in Lay 2004, S.92) zu, und gibt an, dass Pflegekräfte oftmals Entscheidungen ausführen müssen, „[...] die von anderen getroffen worden sind, wodurch der Rahmen ihrer eigenen Wahlmöglichkeiten eingeschränkt ist. Pflegekräfte sind Rädchen in einem hochkomplizierten Pflegesystem das von anderen – meist

Nicht – Pflegekundigen wie Wirtschaftswissenschaftlern, Juristen, Politikern usw. beherrscht wird“.

Auch Böhm beschäftigt sich in seiner Arbeit mit der Sichtweise des Personals und dessen Auswirkungen auf die Pflege. Er beklagt eine an Defiziten orientierte Haltung des Pflegepersonals und den in der Pflege vorherrschenden „therapeutischen Nihilismus“ (Schneider 2007, S.195). Folge dessen ist eine Einschränkung der Autonomie und Selbstbestimmung des alten Menschen sowie eine Zerstörung seiner Handlungsfähigkeit. Böhm (1992) Spricht von einer Infantilisierung und Entmündigung der alten Menschen, was Unselbständigkeit im Denken und Handeln zur Folge hat (Schneider 2007, S.160).

Nach Sicht der Pflegekräfte, schreibt Bobbert (2002) ist, eine Verletzung des Autonomierechts auch zu einem großen Teil in den Handlungen der Ärzte begründet. In der Praxis entscheiden diese, aufgrund rechtlicher Regelungen, über Diagnose und Therapie und darüber wie viel Information dem Bewohner zugetragen wird (Bobbert 2002,S.335). Daraus resultierende Verletzungen des Autonomierechts von Seiten der Ärzte, werden zwar der Pflegekraft deutlich, jedoch sind diese rechtlich dazu verpflichtet die ärztlichen Anweisungen zu befolgen und es ist ihnen untersagt weitere medizinische Aufklärung zu leisten (Bobbert 2002, S 336).Auch Böhm kritisiert diese „professionelle Dominanz“ der Ärzte, und erklärt, dass die Pflegenden häufig die Rolle des Übermittlers von Beobachtungen und Mitteilungen übernehmen .Daraus kann eine mangelnde Zuwendung für den Bewohner resultieren, und anstelle des Krankenpflegers, so Böhm (1999, S.33), „[...] entwickelt sich das Bild des Arztpflegers.“

Den Pflegenden ist somit bei der Achtung der Autonomie des Betroffenen Grenzen gesetzt, obwohl der Wille dazu vorhanden ist. Die Pflege der Bewohner, ist aufgrund von Personalmangel, zu einem großen Teil von erheblichem Zeitdruck gekennzeichnet. Folglich führt dies zu einem Routinehandeln in der Pflege und die Förderung von Autonomie wird zwangsläufig vernachlässigt. Ist man einem derartigen Zeitdruck ausgesetzt, so Kesselring (1996, S.55) „ [...]verliert das Gegenwärtige an Bedeutung und entzieht sich der Aufmerksamkeit“. Somit bleibt das „augenblickliche Erleben“ der Bewohner unbemerkt (Kesselring 1996, S.55).Das Fehlen dieser offenen Wahrnehmung, begründet Grund mit dem in der Pflege weit verbreiteten therapeutischen Nihilismus. (Grund,1989 in Kesselring S.115).

Der sechste Altersbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland (2010), hält jedoch fest, dass von Seiten der Pflegekräfte, trotz graduellen Unterschieden, keine negative stereotypische Beurteilung von pflegebedürftigen, alten Menschen vorliegt. Die eventuell anfängliche angstbesetzte oder negative Haltung gegenüber den Betagten, kehrt sich bei dem Großteil der professionell Tätigen in eine positive Wahrnehmung um (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2010, S.366). Das macht ersichtlich dass es Problemlagen aber auch Potenzial für Lösungsmöglichkeiten gibt, auch wenn Verallgemeinerungen nicht möglich sind da die Situationen in den verschiedenen Einrichtungen beispielsweise abhängig von Trägerschaft, finanziellen Gegebenheiten, politischen Vorgaben und Personalbestand ist. Aus den vorhergehenden Kapiteln und den darin beschriebenen Problemstellungen ergeben sich für mich Lösungsansätze und Perspektiven für die autonomiefördernde Pflege die im nachstehenden Kapitel beschrieben werden.

6. Lösungsansätze und Perspektiven für autonomiefördernde Pflege

6.1. Die Relevanz von Biografiearbeit

Damit man den alten Menschen im Pflegeheim besser verstehen kann, sollte es Voraussetzung sein, zu wissen, welche Vorstellungen, Ansprüche und Erwartungen von ihm ausgehen. Welche Besonderheiten zeichnen ihn als Individuum aus, welche Ängste und Befürchtungen belasten ihn. Unter Beachtung dieser Aspekt, wird das Verhalten des betagten Menschen nachvollziehbar und der Grundstein für autonomiefördernde Pflege kann gelegt werden.

Die individuelle Biografie hat den Bewohner geprägt, und bestimmt zu einem großen Teil dessen Verhalten. Im Umgang mit alten Menschen wird immer wieder deutlich, wie diese das Bedürfnis haben sich mit ihrer Vergangenheit auseinanderzusetzen, sich in guten alten Zeiten zu verlieren und so vielleicht sogar neue Kraft für die gegenwärtige Situation zu schöpfen.

In der Literatur findet man keine feste Definition von Biografiearbeit. Laut Ruhe (1998) in Miethe 2001, S.22), kann Biografiearbeit als Versuch gesehen werden, „Mensch- Sein als Körper, Geist und Seele in den individuellen, gesellschaftlichen und tiefenpsychologischen Dimensionen wahrzunehmen“.

Siegel (2005 in Huber 2005, S.118) versteht unter Biografiearbeit die „bewusste und geplante Förderung der Auseinandersetzung der Bewohner mit ihrer eigenen Biografie sowie die

Reflexion solcher biografieorientierter Interventionen und die Integration von über diesem Weg gewonnenen biografischen Erkenntnissen in den Pflegeprozess“. Bei Raabe ist Biografiearbeit die gegenwärtige Gestaltung eines gesamten Lebens in der Reflexion der Vergangenheit zur Gestaltung der Zukunft (Raabe 2004 in Miethe 2001 S.23).

Wenn man von Biografiearbeit spricht, so könnte man vermuten es handelt sich dabei um eine Abhandlung des Lebenslaufes der Person. Dieser erfasst jedoch nur die einzelnen Stationen und dazugehörigen Daten der Person. Bei der Biografiearbeit geht es jedoch vielmehr um die subjektive Bedeutung, die den Ereignissen zugeschrieben wird (Miethe 2001, S.13).

Im Zentrum der Biografiearbeit steht das Erinnern. Taucht man in seine Vergangenheit ein, so kann es sein, dass man wieder spürt, wie man als Kind barfuß über Sommerwiesen lief und der Duft von gemähten Gras kriecht einem auch Jahrzehnte später wieder durch die Nase. Man hört das Lachen alter Freunde und das Tadeln der Mutter. Das Freisetzen vergangener Gefühle öffnet somit den Zugang für die erneute Bearbeitung dieser.

Vor allen im letzten Lebensabschnitt eines Menschen sind diese Bilder der Kindheit stark präsent.

Die Biografie des Menschen erstreckt sich über die Zeitdimensionen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft hinweg. Folglich ist nicht nur Erlebtes von Bedeutung, sondern vielmehr, in welcher Beziehung dieses zu der gegenwärtigen steht (Kupke 2009, S.473). Die eigene Biografie ist stets „bedeutungsstrukturiert“. Schon von Geburt an ist der Mensch einer Vielzahl von Eindrücken ausgesetzt. Man kann diese aber nicht alle wahrnehmen, sondern selektiert sie nach ihrer Bedeutung. Ob und mit welchen Gefühlen man sich erinnert, hängt folglich davon ab, welche Bedeutung wir diesen Eindrücken zugeschrieben haben (Miethe 2001; S.13). Man kann also die Bedeutung für bestimmte Dinge nicht verallgemeinern, sondern sie ist individuell zu erfragen.

Setzt man sich mit seiner Biografie auseinander, so vergewissert man sich seiner eigenen Identität. Specht –Tomann (2009, S.7) hält fest, dass beim “[...]Erzählen und Austauschen alters-, geschlechts-, und kulturspezifischer Eindrücke und Erfahrungen [...]“, die Menschen ein Stück ihrer Identität gewinnen.

Das Beschäftigen mit der eigenen Lebensgeschichte kann in vielen Situationen von Nutzen sein. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie ermöglicht ein Verständnis für die

Gründe oder die Art und Weise des eigenen Handelns. Des Weiteren kann die Anpassungsfähigkeit an neue Gegebenheiten verstärkt werden (Specht- Tomann 2009, S.7ff). Gerade in schwierigen Momenten des Lebens, kann es dem Menschen Erleichterung verschaffen, wenn er sich zurückbesinnt und sich deutlich macht, wie er eine ähnliche Situation überstanden oder bewältigt hat. Dabei greift man auf individuelle Ressourcen zurück und folglich kann die Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie zur Konfliktbewältigung beitragen.

Die Beschäftigung mit seiner eigenen Geschichte kann zudem unbewältigte Dinge zum Vorschein bringen, die man ausgeblendet oder verdrängt hat. Es ist bekannt, das man Erfahrungen nur bedingt verdrängen kann und diese irgendwann, in irgendeiner Form wieder auftreten. Verdrängtes kann das Denken und Fühlen des Menschen beeinflussen und sich auf sein Handeln auswirken. Specht – Tomann (2009, S.15) hält fest, dass „Bekümmertheit oder psychosomatische Veränderungen [...] sichtbare Zeichen für solche Prozesse sein [können]“. Oftmals begreift man Gewesenes erst im Nachhinein und bewertet es neu. Mit einer gewissen Distanz sind missliche oder traurige Erfahrungen leichter zu betrachten .Schwierige Momente im Leben unterliegen der Pflicht einer Verarbeitung. In einer krisenhaften Situation reicht es nicht aus sich nur das Hier und Jetzt zu betrachten. Man muss sich vergangener Krisen besinnen um die Neuen einordnen zu können.

Ruhe(1998) weist darauf hin, dass Biografiearbeit nie einseitig ist, da auch das Gegenüber das Interesse für Erfahrungen von anderen hat. Oftmals lauscht man wissbegierig und neugierig den Geschichten. So erhofft man Anregungen und Impulse für das eigene Leben zu erlangen. Hört man von Schicksalsschlägen Anderer und deren Bewältigung, so kann dies Mut und Hoffnung geben, wenn man sich in einer ähnlichen Situation befindet (Ruhe 1998, S.12). Biografiearbeit wirkt folglich verändernd auf den Erinnernden sowie auf den Zuhörer (Ruhe 1998, S.19).

In dem“ psychobiographischen Pflegemodell“ nach Böhm, werden die Alterssymptome als Ausdruck von biographischen Phänomenen betrachtet. Die Sichtweise auf die Krankheitsbilder der Betagten, bleibt nach Böhm außen vor. Böhm (2000) betont den hohen Wert der individuellen Biografie und weist darauf hin, dass der Rückblick auf ein erfülltes Leben, dem alten Menschen Kraft zum Weiterleben geben kann (Böhm 2000, S.23). Böhm (1999, S.109) unterstreicht die symptomverbessernde Wirkung von Gesprächen über die eigene Vergangenheit und hält fest, dass „ allein diese (ihm nicht bewusste) erzählende

Mischung aus gelebtem Leben, Hier und jetzt sowie Zukunftsaspekten, „[...]ein therapeutischer Moment zur Selbsterkennung und zur Selbstbewusstmachung [...], [sein kann]“.

Böhm (2000, S.21) postuliert, dass den „[...] jungen Leuten, das „[...] Erlernen der Geschichte von unten [...], vermittelt werden muss,[...]“, damit das Verhalten des alten Menschen besser verstanden werden kann. Unter „Geschichte von unten“ versteht Böhm (2000), ein neues Geschichtsbewusstsein, welches als Vergangenheitsaufarbeitung zu verstehen ist (Böhm 2000, S.21). Nach Böhm (2000) ist das Erforschen der Lebensgeschichte, die eigentliche Basis der Pflegediagnose (Böhm 2000, S.24). Specht- Tomann (2009) verweist auf den aktivierenden Charakter von biografischen Gesprächen, und erklärt, dass diese zur Aufrechterhaltung von Individualität und Identität des alten Menschen dienen (Specht- Tomann 2009, S.57). Böhm (2000) spricht von einer Wiedererweckung des Lebenstriebes, aufgrund der wiederkehrenden Erinnerungen, welche emotional bewegend auf den Betagten wirken können (Böhm 2000, S.34)

Misst man der Erinnerung der alten Menschen keine Bedeutung bei, so Specht- Tomann, würde damit nicht nur ein Verlust ihrer Vergangenheit einhergehen, sondern es verliert sich auch ihre Gegenwart. Um dem entgegen zu wirken, ist es notwendig mit Hilfe von lebensgeschichtlichen Gesprächen, das Erinnern des Bewohners zu aktivieren oder beizubehalten (Specht- Tomann 2009, S.58.). Der Autor weist diesbezüglich auf die Vielzahl verschiedene Funktionsweisen dieser Gespräche hin (Specht- Tomann 2009, S7ff):

- „Verarbeiten von Alltagserfahrungen
- Bewältigen von Ausnahmesituationen
- Zugang zu verschütteten Erlebnissen
- Zurückblicken und Abrunden“

In der neuen und befremdlichen Welt des Pflegeheims, sind eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten vorherrschend. Plötzlich ist kaum noch jemand vorhanden, den man sein Freud und Leid mitteilen kann und der dafür Interesse zeigt. Solche Gedanken können den alten Menschen quälen und ihn einsam machen. Erhält er jedoch die Möglichkeit zum Gespräch, kann er Erlebtes wiedergeben und seine Gefühle mitteilen. Insofern können

diese Gespräche, der eventuell vorhandenen Einsamkeit entgegenwirken (Specht- Tomann 2009, S. 57).

Siegel (2005) erwähnt, dass nicht nur für den alten Menschen Biografiearbeit gewinnbringend sein kann, sondern dass die Pflegekraft ebenso davon profitieren kann. Der professionell Tätige erhält mit Hilfe der Biografiearbeit die Chance den alten Menschen und seine Beweggründe für bestimmtes Verhalten besser, vielleicht sogar wirklich zu verstehen. Kennt die Pflegekraft die Lebensgeschichte des Bewohners, so können beispielsweise unangenehme Gewohnheiten besser respektiert werden und zudem ist eine angemessenere Zuwendung und Begleitung möglich. Vorurteile können abgebaut und Auflehnungen besser verstanden werden. Anzumerken ist dabei, das auch Gegenteiliges eintreten kann. So kann es auch dazu kommen, das erschütternde Geständnisse dargelegt werden, die auf Unverständnis der Pflegekraft stoßen und die Pflegebeziehung eher negativ beeinflussen (Huber 2005, S.118).

Die methodischen Möglichkeiten, die bei der Biografiearbeit zum Einsatz kommen können, sind recht umfassend (Specht – Tomann 2009, S.74ff). Welche Methode man wählt, ist einerseits abhängig vom Arbeitsbereich und andererseits von dem Menschen, der sich mit seiner Biografie auseinandersetzt. Nicht jede Methode ist prinzipiell für jeden geeignet. Bestimmte Methoden sind für den einen Menschen hilfreich und für den anderen können diese nicht geeignet sein. Die Arbeit mit der Biografie kann grundsätzlich durch freien Antrieb, aber auch nach strukturierten Vorgaben von statten gehen. Des Weiteren ist zwischen Einzel- und Gruppengesprächen zu unterscheiden. Biografiearbeit beinhaltet nicht nur das Gespräch, auch Lesen, Schreiben , Malen oder Zeichnen kann dem Menschen helfen sich mit seinem Leben auseinanderzusetzen. Dabei ist zu beachten, dass man alle drei Zeitdimensionen, Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, mit einbezieht. Diese bedingen sich gegenseitig, würde man eine davon ausklammern, wäre eine ganzheitliche Sicht auf das Leben nicht möglich. Grafische Methoden wie Kalender- Gespräche, Zeitleisten, Lebenskurven oder das Erstellen eines Stammbaumes können ebenso helfen sich über seine Herkunft bewusst zu werden. Weiterhin spielt das biografische Schreiben in der Biografiearbeit eine wichtige Rolle. Beispielhaft dafür ist das Verfassen von Lang –oder Kurzzettagebüchern, Fototagebüchern oder Traumtagebüchern (Specht – Tomann 2009, S. 93).

Um einen Zugang zu den Erinnerungen des Bewohners zu finden, ist es notwendig dessen Erinnerungszentren zu aktivieren. Diese sogenannten Erinnerungszentren beschreiben einen

„inneren Ort“ des Menschen, an dem er Andenken aus seiner Vergangenheit aufbewahrt. (Specht – Tormann 2009, S. 111). Specht Thomann (2009, S.111) formuliert folgende Einstiegsfragen, welche zur Aktivierung dieser Erinnerungszentren dienlich sein können:

- *„Wenn Sie an Ihre Wohnung denken, welche Gegenstände waren da besonders wichtig?“*
- *„Gibt es einen Gegenstand, an dem Sie besonders hängen? Was verbinden Sie damit?“*
- *„Stellen Sie sich vor, hier würde ein Koffer stehen, in dem viele Dinge Ihres Lebens aufgehoben sind. Was ist da alles drin?“*
- *„Welcher Raum war für Sie in der Kindheit besonders wichtig? Wie hat er ausgesehen? Welche Erinnerungen verknüpfen Sie damit?“*

Solch eine Aktivierung kann in den täglichen Betreuungssituationen, eingebettet sein. Beispielsweise ein Schmuckstück auf dem Nachtschrank kann Ansatzpunkt für die Erinnerungsarbeit sein.

.Basis für eine gute Erinnerungsarbeit ist die Grundhaltung des Gegenübers des alten Menschen. Das entgegengebrachte Interesse an seiner Geschichte sollte ehrlich und aufrichtig sein. Nur so kann die erforderliche Nähe und Vertrautheit entstehen. Damit Vergessenes wieder ins Bewusstsein gelangt, ist der Einsatz von sogenannten Wiederherstellungssignalen erforderlich. Mit Hilfe dieser Impulse können vergessene Erinnerungen wiederbelebt werden. Folgende Anreize können den Rückblick auf das Leben erleichtern:

- Schaffen angenehmer Rahmenbedingungen (ruhige , ungestörte Atmosphäre)
- Achtung des momentanen Gefühlszustandes (freudige Stimmung führt eher zu angenehmen Erinnerungen und umgekehrt)
- Bereitstellen von autobiografischen Objekten („Erinnerungskoffer“ mit bspw. Murmeln, Bücher, Steine etc.)
- Autobiografische Orte (Besuch des Heimatdorfes etc.)

- Aufgreifen von Schlüsselwörtern (individuellen Sprachgewohnheiten des Bewohners aufnehmen und diese immer wieder ins Gespräch einbringen)
- Betrachten alter Fotos (Specht- Tomann S.116ff).

Innerhalb der Erinnerungsarbeit können Gespräche zu den Bereichen der „Zeitgeschichte“, „Familiengeschichte“ und „Individuelle Geschichte“ durchgeführt werden (Specht- Tomann 2009, S. 166ff.). Die Familiengeschichte beschäftigt sich mit den Wurzeln der betreffenden Person. Um in die Herkunft des Menschen einzutauchen, eignet sich zum Beispiel das Zeichnen eines Familienstammbaums. Durch das Bewusstwerden, das man einer langen Familiengeneration zugehörig ist, kann für den alten Menschen eine wunderbare Erfahrung sein und zudem ein Gefühl der Geborgenheit vermitteln. Die Erinnerungsarbeit kann ebenso ihren Ausgangspunkt in der Gegenwart besitzen und ganz allmählich zurück in die Vergangenheit führen. Als Orientierungshilfe kann dabei ein Zeitraster dienlich sein, mit denen man ausgewählte Jahrzehnte bespricht. Beispielsweise wäre es möglich den alten Menschen aufzufordern, Ereignisse zu nennen, die für das jeweilige Jahrzehnt typisch waren. Dabei kann man zwischen persönlichen und gesellschaftlichen Ereignissen unterscheiden.

- *„Wie war Ihre damalige Wohnsituation?“*
- *„Welche Musik haben Sie damals gehört?“*
- *„Wer war Ihr Lieblingschauspieler“?*
- *„Wie war die politische Lage im Land“*

Ferner kann sich ein lebensgeschichtliches Gespräch auch auf die Fragen beziehen, wer man war, wer man ist und wer man sein wird. Besonders für alte Menschen sind diese Fragen des Seins und Werdens von großer Bedeutung. Die Zeit die einem bleibt ist begrenzt und eine bewertende Lebensrückschau kann dabei hilfreich sein.

Der Bezug zu den Lebensstationen, Kindergarten- und Schulzeit, Jugend,

Freunde, Peers, Idole, Partnerschaften und eigene Familie sind hierbei von Bedeutung. Jeder dieser Lebensabschnitte ist mit bestimmten Assoziationen verbunden, die aktivierend für den alten Menschen sein können. Beispielsweise mit Jugend, wird Auflehnung, Streben nach Idealen oder die erste große Liebe assoziiert. Die dabei entstehenden Gefühle können den alten Menschen beflügeln und beleben (Specht- Tomann 2009, S.44).

Böhm (2000), weist darauf hin, dass man die Akzeptanz des Gegenübers nur, auf der Grundlage von dessen Prägung gewinnen kann. In seinen Ausführungen hebt er relevante Aspekte hervor, welche im Gespräch mit dem Klienten zu beachten sind:

- Beginn des Gespräches durch Eigenerzählungen- weckt Neugier
- Eventuelle negative Prägung der alten Menschen
- Man ist *Besucher* im Lebensraum des Betagten
- Innerhalb des Gespräches erfolgt eine Projektion des Leidens des Klienten auf die Pflegeperson (Ängste, Hoffnungen, Sorgen) (Böhm 2000, S.27)

Außerdem ist das Vorhandensein von Empathie unerlässlich. Böhm (2000) schreibt, dass in diesem Zusammenhang, Empathie nicht als Sympathie oder Mitgefühl zu verstehen ist. Für Böhm (2000, S.27) soll Empathie so aufgefasst werden, dass „man den Klienten und seine Handlungen versteht, an Stelle ihm verständlich gegenüberzutreten. Der Autor macht deutlich, dass das Gespräch stets Ausdruck einer sozialen Beziehung ist. Das Resultat, eines lebensgeschichtlichen Gespräches, ist abhängig von der Art und Weise der Gesprächsführung. Böhm (2000) spricht dabei von asymmetrischen und symmetrischen Gesprächen, wobei klar wird, dass innerhalb des symmetrischen Gesprächs ein Autoritätsgefälle nicht vorhanden ist, somit besteht der Anspruch der professionell Tätigen darin, symmetrische Gespräche durchzuführen, die laut Böhm „herrscherfrei“ sein sollten (Böhm 2000, S. 27).

Sucht man in der Praxis das Gespräch mit den Bewohnern, zeigt man Interesse an seiner Geschichte und seinen Erfahrungen, so wird man sehr schnell feststellen, dass der alte Mensch mit großer Begeisterung sein Leben wiedergibt. Es ist die Aufgabe der professionell Tätigen, sich den Bewohnern zuzuwenden, Aufmerksamkeit zu schenken um somit mit ihm ins Gespräch zu kommen. Das Erzählen über das eigene Leben ist ein Grundbedürfnis des Menschen und in jedem Lebensalter von Bedeutung. Vor allem aber im letzten Lebensabschnitt ist eine Rückschau von großer Wichtigkeit.

Durch die Beschäftigung mit der eigenen Lebensgeschichte, ist es dem alten Menschen möglich sich seiner selbst (wieder)bewusst zu werden. Das Erinnern kann dazu beitragen Neues zu begreifen, sowie ein Selbstbild herzustellen beziehungsweise es zu bewahren. Um autonom handeln zu können ist das Vorhandensein eines Bildes seiner Selbst unerlässlich. Das Wissen um seiner Werte, seiner Wünsche, seiner Erfahrung und seiner Ziele, machen es möglich, dass er selbstbestimmt entscheidet und handelt.

Gerade in Bezug auf den Heimübertritt, was als krisenhafte Situation zu bewerten ist, kann Neuordnen und Begreifen immens wichtig für den Bewohner sein. Mit Hilfe von Biografiegesprächen, kann man dem alten Menschen das Eingewöhnen in das neue Zuhause wesentlich erleichtern. Wie bereits erwähnt ist dieses Bewusstsein seiner selbst, eine grundlegende Voraussetzung für menschliche Autonomie. Mit Hilfe der Biografiearbeit können Ressourcen des alten Menschen aktiviert werden. Setzt er sich ganz bewusst mit seinen vergangenen Erfahrungen, Erkenntnissen sowie geleisteten Taten auseinander, so kann das den Blick auch auf Gegenwärtiges positiv verändern. Durch Erinnerungen an „gut gemeisterte“ Situationen oder auch erreichte Erfolge, kann das Selbstwertgefühl gesteigert werden und folglich die Selbstbestimmung. Erst wenn man sich selbst wertschätzt, ist der Mensch in der Lage konkrete Ziele und Wünsche zu formulieren. Dies ist wiederum ausschlaggebend für selbstbestimmtes Handeln.

6.3 Selbstständigkeitsförderung mit Hilfe eines Trainingsprogramms für Pflegende

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem von Neumann und Baltes entwickelten Trainingsprogramm für Pflegende, zur Förderung der Selbständigkeit älterer, pflegebedürftige Menschen. Im Unterpunkt 2.4 der vorliegenden Arbeit erfolgte eine Abgrenzung zum Begriff der Selbständigkeit, woran auch weiterhin festgehalten werden soll. Dennoch kann das Trainingsprogramm zur Selbstständigkeitsförderung als Anregung für eine autonomiefördernde Pflege in Betracht kommen. Ich sehe das darin begründet, dass das erlebte Gefühl, wiedererlangter Selbständigkeit, sich positiv auf das Selbstbewusstsein der Betagten auswirkt. Dieses Bewusstsein seiner selbst und der Erkenntniseigenständiges Handeln teilweise zurück gewonnen zu haben, kann meiner Meinung nach, den alten Menschen beflügeln, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen Handlungen zu vollziehen. Folglich wäre dadurch der Grundstein für das vorhanden sein von Autonomie gelegt.

Diesen entwickelte Trainingsprogramm, entstand im Rahmen des von Baltes und Neumann geleiteten Forschungsprojektes (1988.1991) „Erhaltung und Rehabilitation von Selbständigkeit im Alter: ein Interventionsprogramm für Pflegepersonal“ (Neumann et al. 1997, S.2). Wie bereits im Kapitel 4.3 beschrieben, konnte Baltes anhand von Studien feststellen, dass beim alten Menschen, Passivität im Handeln entsteht, da dies von seiner sozialen Umwelt unterstützt bzw. bekräftigt wird. Anhand einer Interventionsstudie, und des darin entwickelten Trainingsprogramms, machte es sich die Forschungsgruppe zur Aufgabe, das Interaktionsmuster (Unterstützung der Unselbständigkeit und Nichtbeachten von Selbständigkeit) der Pflegekräfte zu verändern.

Im Folgenden wird das entwickelte Trainingsprogramm, und die inhaltlichen Schwerpunkte vorgestellt. Um die Bedeutung des Trainingsprogramms in Bezug auf die Förderung von Autonomie zu untermauern, erfolgt im Anschluss, die Ergebnisdarstellung zu der Interventionsstudie von Neumann und Baltes.

Das Trainingsprogramm wurde für alle in der Altenarbeit professionell Tätigen entwickelt und kann von Psychologen, Pädagogen sowie Sozialpädagogen in Aus- und Fortbildung geleitet werden⁸ (Neumann et. al. 1997, S.1). Die Umstrukturierung des Pflegeverhaltens, der Überzeugungen und Einstellungen, ist das zentrale Ziel des Trainingsprogramms, wodurch dem unselbständigkeitsunterstützenden Verhalten der Pflegekräfte entgegengewirkt werden soll (Wahl & Kruse 1994, S.157). Um dieses Ziel zu erreichen, bedient man sich kognitiven, kommunikativen und Verhaltenskomponenten. Die kognitive Komponente bezieht sich auf das Vermitteln von gerontologischem Wissen, mit dem Ziel, Vorurteile zu korrigieren. Bei der kommunikativen Komponente stehen die Kommunikationsfertigkeiten des Pflegepersonals im Vordergrund, welche verbessert werden sollen. Die Verhaltenskomponente des Trainingsprogramms beruht auf Basismechanismen der Verhaltensmodifikation (Kruse 1998, S.67). Um die innere Haltung der Pflegenden zu verändern, werden zusätzlich gerontologische Befunde vermittelt, welche beispielsweise die hohe Variabilität des Alters verdeutlichen, wodurch, gegebenenfalls vorherrschenden Altersstereotypen, abgebaut werden können (Neumann et al. 1997, S.3).

Die Durchführung des Trainingsprogramms beträgt 8 Wochen und gliedert sich in einen Theorie- und Praxisteil auf. Der Theorieteil besteht aus zehn Gruppensitzungen, mit einer Dauer von 1,5 – 2 Stunden. Im Praxisteil des Trainingsprogramms führen die Teilnehmer, mit einem ausgewählten Bewohner, die Verhaltensmodifikation zur Wiederherstellung einer Selbstpflegetätigkeit durch, und wird mit Hilfe von Videoaufzeichnungen, für die spätere Reflexion festgehalten (Kruse & Wahl 1994, S160). Die Verhaltensaufbauprogramme bedürfen einer Anpassung an das Krankheitsbild, die Funktionsstörungen sowie an die psychische Verfassung der Bewohner.

Das Trainingsprogramm beinhaltet sechs Unterrichtseinheiten zu folgenden Thematiken, welche im folgendem kurz beschrieben werden:

I Unselbständigkeit im Alter

Das Hauptaugenmerk der ersten Unterrichtseinheit liegt auf den Ursachen und Funktionen von Unselbständigkeit im Alter sowie Bedeutung der Biographie und deren Einfluss auf spätere Entwicklungen. Zudem werden die Folgen der Institutionalisierung sowie die Bedeutung von Pflegestilen besprochen (Neumann et al.1997, S.55). Außerdem erlernen die Teilnehmer Gesprächsregeln und ihnen wird der Sinn von angemessenen Gesprächsverhalten verdeutlicht (Kruse& Wahl 1994, S.161).

II Lernmöglichkeiten im Alter

Die Unterrichtseinheit II setzt sich mit der hohen Variabilität des Alters auseinander, wobei Forschungsergebnisse zu diesem Schwerpunkt vorgestellt werden. Mit Hilfe von Experimenten werden die Teilnehmer in die Gedächtnispsychologie eingeführt. Die gezielte Auseinandersetzung mit der Variabilität des Alters, soll dem Auftreten von negativen Altersstereotypen entgegenwirken(Neumann et al.1997, S.73).

III Verhaltensmodifikation: Theorie und Praxis

Die Teilnehmer erarbeiten in Unterrichtseinheit III Regeln und Prinzipien der Verhaltensmodifikation. Mit Hilfe von Fallbeispielen, sollen Verhaltensoptimierungen verdeutlicht werden, und dem Teilnehmer werden Techniken zum Aufbau von erwünschtem Verhalten aufgezeigt (Neumann et al. 1997, S.165).

IV Planung der Verhaltensmodifikation

In dieser Unterrichtseinheit werden die erlernten Schritte zur Planung der Verhaltensmodifikation zur Selbständigkeitsförderung umgesetzt. Diesbezüglich erstellen die Teilnehmer einen Handlungsplan zur Verhaltensänderung für ausgewählte Bewohner. Dabei werden die Fälle innerhalb der Sitzung vorgestellt und diskutiert. Dabei ist zu beachten, dass die angestrebten Ziele realistisch sind und den Bewohner nicht überfordern

Im Zuge dessen wird auf die Bedeutsamkeit der Verlaufskontrolle der Verhaltensmodifikation hingewiesen. Der Teilnehmer muss wissen, dass eine regelmäßige Kontrolle nötig ist, um zu erkennen, ob die Verhaltensmodifikation in die richtige Richtung abzielt oder ob Schwierigkeiten auftreten(Neumann et al.1997, S.108ff).

V Intervention

Die aufgestellten Programme zur Verhaltensmodifikation werden mit ausgewählten Bewohnern durchgeführt. Die Pflegekräfte werden bei der Durchführung gefilmt und erhalten weiterhin die Möglichkeit zur Einzelsupervision während der Intervention. Diese intensive Betreuung von Seiten des Trainers, soll der Pflegekraft ein Sicherheitsgefühl bei der praktischen Umsetzung des Gelernten vermitteln und außerdem Hilfestellung bei schwierigen Situationen bieten (Neumann et al. 1997, S.120).

VI Auswertung

Die letzte Unterrichtseinheit dient der Auswertung der Ergebnisse der jeweiligen Verhaltensmodifikation. Erfahrungen können ausgetauscht werden und eine kritische Betrachtung der Kurse wird ermöglicht. Zudem sollen die Teilnehmer Vorschläge für weitere Möglichkeiten zur Selbstständigkeitsförderung aufführen (Neumann et al. 1997, S.168).

Um zu begründen weshalb das Trainingsprogramm zur Selbstständigkeitsförderung ein geeigneter Lösungsansatz in Bezug auf Autonomieförderung ist, ist es erforderlich die Ergebnisse der eingangs erwähnten Interventionsstudie darzulegen.

Die erste Forschungsfrage zielt auf die Veränderbarkeit des pflegerischen Verhaltens ab. Die Forschungsgruppe wollte folglich herausfinden, ob die Pflegenden durch das Trainingsprogramm mehr selbstständigkeitsfördernde Verhaltensweisen aufzeigen. Die statistische Analyse zeigte eine signifikante Veränderung der Verhaltensweisen der trainierten Pflegekräfte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Der Anteil von selbstständigkeitsfördernden Verhalten am Gesamtverhalten lag bei den trainierten Pflegekräften bei 17 % vor dem Trainingsprogramm und 28% nach dem Trainingsprogramm. Das unselbstständigkeitsfördernde Verhalten sank von 45% auf 36%. Diese Ergebnisse können als signifikant bewertet werden, es handelt sich also nicht um zufällige Veränderungen. Die Veränderungen bei der Kontrollgruppe lagen bei 1% bzw. 2% und sind demnach nicht signifikant (Kruse 1998, S.69).

Die zweite Forschungsfrage nimmt Bezug auf mögliche Effekte auf das Bewohnerverhalten. man wollte feststellen, ob die alten Menschen im Umgang mit trainierten Personal, zunehmend selbständiges Verhalten zeigen. Auch hier war nach der statistischen Analyse ein bedeutender Effekt zu erkennen. Das selbständige Verhalten der Betagten, stieg in der Interaktion mit trainierten Pflegepersonal von 30% auf 36%, und unselbständige

Verhaltensweisen sanken von 40% auf 35%. Die Verhaltensweisen im Umgang mit Pflegern der Kontrollgruppe blieben unverändert (Kruse 1998, S.71).

Des Weiteren zeigen die Analysen eine Veränderung der Interaktionsmuster zwischen den Pflegenden und den Bewohnern. Das selbständigkeitsverstärkende Muster steigt von 22% auf beträchtliche 36% und das abhängigkeitsverstärkende Muster wird von 56% auf 45% reduziert. Außerdem sinkt das selbständigkeitshemmende Muster von 42% auf 30%. Bei der Kontrollgruppe sind die Veränderungen unsystematisch (Kruse 1998, S.70).

Somit kann festgehalten werden, dass die Teilnehmer nach dem Trainingsprogramm zunehmend selbständigkeitsförderndes Verhalten zeigten und unselbständiges Verhalten ablegten. Anhand der Ergebnisse der statistischen Analyse, konnte das Trainingsprogramm von der Forschungsgruppe als erfolgreich bewertet werden.

Diese Ergebnisse belegen die positive Wirkung des Trainingsprogramms und sprechen für eine gezielte Förderung von Selbständigkeit. Durch ein Mehr an Selbständigkeit erweitert sich der Handlungsspielraum des Bewohners und dadurch die Möglichkeit autonom zu handeln.

7 Schlussbetrachtung

Welchen Stellenwert die Autonomie im Leben der Heimbewohner einnimmt und inwieweit sich deren Förderung auf die Lebensqualität der Betagten auswirkt, war die strukturgebende Fragestellung für meine Arbeit. Vorrangig bedeutsam bei der Erstellung meiner Arbeit war für mich, vor dem Hintergrund der stationären pflegerischen Versorgung und damit verbundenen sozialen und institutionellen Gegebenheiten, den hohen Stellenwert der Autonomie des Heimbewohners herauszuarbeiten und den Leser für diese Thematik zu sensibilisieren.

In der nun folgenden Schlussbetrachtung sollen Ergebnisse der Literaturrecherche zu den einzelnen Themengebieten rekapituliert werden, was eine adäquate Schlussfolgerung, in Hinblick auf mein Thema ermöglichen soll.

Bei der Definition des Autonomiebegriffs wird deutlich, dass Selbstbestimmung sich in Form von Handlungs- und Entscheidungsfreiheit ausdrückt.

Um die Gesamtproblematik, hinsichtlich Autonomie in der stationären Altenpflege, zu erfassen, war es notwendig, sich mit der Situation von alten Menschen innerhalb der Institution Pflegeheim und den sich daraus ergebenden Problematiken auseinander zu setzen. Die im Kapitel 3 erwähnten Studien, verdeutlichen, dass bestimmte Charakteristika einer "totalen Institution" innerhalb von Pflegeheimen vorhanden sind, wenn auch in geringeren Ausprägungen. Im Zuge dessen, darf nicht unerwähnt bleiben, dass sich im Laufe der letzten Jahre, die Pflege, hin zur Bewohnerorientierung gewandelt hat und somit der Anspruch besteht, den alten Menschen nicht nur zum Teil einer institutionalisierten Masse werden zu lassen. Meiner Meinung nach, wird man trotz dessen in der Praxis immer wieder Merkmale einer "totalen Institution" auffinden, da dies, aufgrund der oftmals starren Regeln und Organisationsabläufe der Einrichtung unumgänglich ist.

Zahlreiche Studien (Bsp. Fischer, Strauch, Koch – Straube) setzten bzw. setzen sich damit auseinander, inwieweit sich der Heimaufenthalt auf die Psyche des Betagten auswirkt. Nach Auswertung der dazu vorliegenden Literatur, kann davon gesprochen werden, dass die sogenannten negativen Institutionalisierungseffekte nicht zu unterschätzen sind, obwohl auch hier eine positive Veränderung zu bemerken ist. In der Begegnung mit Bewohnern, konnte ich feststellen, dass der Übertritt sowie das Leben im Heim, für den Großteil der Senioren eine sehr schwierige und teilweise belastende Situation ist und das Gefühl der Einsamkeit und Fremdbestimmung vorherrscht. Natürlich muss man bei der Diskussion um negative Institutionalisierungseffekte festhalten, dass diese nicht zwangsläufig durch den

Heimaufenthalt bedingt sind. So ist durchaus die physische und psychische Verfassung des Betagten bedeutend sowie die Beweggründe für den Heimübertritt.

Während der Sichtung meiner themenrelevanten Literatur, wurde mir klar, dass der Verlust von Autonomie auch durch den Verlust der eigenen Kontrolle über Entscheidungen und Handlungen bedingt ist. Dies thematisierte ich im Kapitel 4 und verwies auf das „Konzept der erlernten Hilflosigkeit“ von Seligman sowie das „Modell der erlernten Abhängigkeit“ von Baltes.

Neben dem theoretischen Hintergrund des Konzepts, wollte ich die Problematik vor dem Hintergrund der stationären Versorgung in der Pflege beleuchten. Im Zuge dessen, ist festzustellen dass der Heimbewohner, aufgrund seiner Lebensumstände, für das Erlernen von Hilflosigkeit prädestiniert ist. Dem stimme ich zu, da aus meiner Sicht das Leben im Pflegeheim, für die Bewohner immer wieder von Unkontrollierbarkeit gekennzeichnet ist und von Seiten der Pflegekräfte dem Bewohner zu wenig Möglichkeit zur Kontrolle gegeben wird. Das sich ein Mehr an Kontrolle, durchaus positiv auf die körperliche und geistige Verfassung des Menschen auswirken, konnten Studien zeigen.

Die motivationshemmenden Rahmenbedingungen des Heimes, stehen dieser Umsetzung jedoch oftmals im Weg. Folglich ist meiner Meinung nach, Seligmans Postulat, den Insassen von Heimen, ein Höchstmaß an Kontrolle zu kommen zu lassen, gerechtfertigt. Im letzten Punkt zu diesem Kapitel 4, beschäftigte ich mich mit dem Modell der erlernten Abhängigkeit nach Baltes. In diesem Modell steht das unselbständigkeitsunterstützende Verhalten der sozialen Umwelt des Bewohners im Zentrum, welches zu passivem Verhalten führt. Unter Beachtung der empirischen Befunde zu dieser Problematik, lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Pflegekräfte einerseits durch Überbehütung, andererseits auch durch Ignoranz, das eigenständige Handeln des Bewohners einschränken.

Durch meine praktische Erfahrung in der stationären Altenpflege, kann ich dies bestätigen. Vor allem bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, war eine kontingente Verstärkung des unselbständigen Verhaltens der Betagten zu beobachten. In der bearbeiteten Literatur, wurde außerdem festgehalten, dass dem unselbständigen Verhalten der Bewohner, instrumentellen Charakter zugeschrieben werden kann. Dem pflichte ich bei und bin der Meinung, dass gerade dieser Aspekt nicht unbeachtet bleiben sollte. Nach meinem Empfinden ist die Tatsache, dass sich der alte Mensch aus Einsamkeit heraus, bewusst in Abhängigkeit begibt, sehr tragisch und prekär. Bezugnehmend auf das Thema meiner Arbeit, muss gesagt werden, dass der Aufrechterhaltung von Autonomie des Bewohners, eine kognitive Umstrukturierung und Verhaltensänderung auf Seiten der professionell Tätigen zu Grund liegen muss.

Die Ausführungen im Kapitel 5 bildeten den thematischen Schwerpunkt meiner Arbeit.

Dabei sollte einerseits die Bedeutung der Autonomie aus Sicht der Bewohner und andererseits aus Sicht der Pflegekräfte beschrieben werden. Da ich mich mit dem Einfluss dieser auf die Lebensqualität beschäftigte, war vorerst eine kurze Auseinandersetzung mit dieser Begrifflichkeit notwendig. In der Literatur findet man kein klar definiertes Konzept von Lebensqualität, deutlich wird jedoch dass Lebensqualität ein mehrdimensionaler Begriff ist. Um der Bedeutung der Autonomie für den Bewohner nachzugehen, war das Einbeziehen empirischer Studien entscheidend. Deren Ergebnisse bringen zum Ausdruck, dass die Selbstbestimmung und deren Aufrechterhaltung, für den Bewohner von essentieller Bedeutung sind. In diesem Kapitel soll zudem verdeutlicht werden, dass die Möglichkeit zum freien Entscheiden und Handeln, die Informiertheit des Menschen voraussetzt.

Unter Einbeziehung des informed consent, wurde in meinen Ausführungen dieses erläutert. Der informed consent beinhaltet alle wesentlichen Aspekte, welche für die Achtung des Rechts auf Autonomie unerlässlich sind. Aus meiner Sicht, ist es sehr wichtig, dass der Bewohner ausreichend Informationen über bevorstehende Pflegemaßnahmen etc. verfügt, um sich nicht in einer passiven Rolle des Erkrankten und Hilfebedürftigen zu sehen. Die professionell Tätigen in der Altenpflege, müssen Pflegebedürftigen die Möglichkeit geben, gemäß individueller Präferenzen zu handeln oder zu entscheiden. Voraussetzung für eine Erweiterung des Entscheidungs- und Handlungsspielraumes ist eine möglichst große Flexibilität der Pflegeplanung.

Meiner Meinung nach muss aber bedacht werden, dass es auch „echte“ Handlungsalternativen geben muss, was nach meinen Erfahrungen in der Praxis meist nicht der Fall ist. Zum Beispiel ist es die Regel, dass Bewohner von Heimen nicht selbst über den Zeitpunkt von Hygienemaßnahmen entscheiden können zu denen sie nicht mehr fähig sind. So habe ich erlebt, dass Bewohner entgegen ihrer früheren Lebensgewohnheiten am frühen Nachmittag vom Pflegepersonal geduscht wurde, weil dies in der Pflegeplanung so vorgesehen war. Solche und ähnliche Umstände bewirken beim Pflegepersonal ein Zwiespalt der Achtung des Rechts auf Autonomie des Bewohners und Einhalten der Pflegeplanung.

Für meine Arbeit war es meines Erachtens erforderlich, bei der Diskussion um Autonomie, die Sichtweise der Pflegenden darzustellen. Die Motivation zur Achtung der Autonomie im pflegerischen Handeln ist abhängig von verschiedenen Faktoren, wie der Qualifikation und dem sozialen sowie ökonomischen Hintergrund der Pflegeperson.

Die Studie von Mullins & Hartley, ergab dass der institutionelle Rahmen keine relevante Rolle

hinsichtlich der Achtung und Förderung der Autonomie des Patienten bzw. Bewohners spielt. Der Konsens der meisten anderen Studien zu diesem Thema besteht darin dass die Pflegenden in Abhängigkeit von den äußeren Rahmenbedingungen handeln, dem ich zustimme. In vielen Fällen ist es aber auch eine Frage der Hierarchie in den Pflegeeinrichtungen die es dem Pflegenden erschweren die Autonomie des Bewohners zu achten oder zu fördern.

So sind die Pflegekräfte oftmals dazu verpflichtet, gemäß den Anweisungen von Anderen zu handeln und zu entscheiden. Dass diese Aspekte nicht förderlich für die Achtung der Bewohnerautonomie und folglich für deren Lebensqualität ist, ist nicht zu übersehen.

Nun stellt sich die Frage, welche Ansätze für eine Verbesserung für die Bewohnerautonomie denkbar sind. Für mich ist Biografiearbeit eine mögliche Grundlage auf der eine Förderung der Bewohnerautonomie aufbauen kann. Denn nur wenn die Pflegekraft, um Bedürfnisse und Ansprüche des Bewohners weiß, kann sie sich im Pflegealltag für die Autonomie des Bewohners einsetzen. Zukunft braucht Herkunft. Biografiearbeit, sollte darauf abzielen die Lebensumstände im Heim möglichst auf die Bedürfnisse des Bewohners abzustimmen um somit ein Mehr an Lebensqualität gewährleisten zu können.

Innerhalb der Biografiearbeit muss man sich nicht nur ausschließlich mit der Vergangenheit des Bewohners beschäftigen. Auch das Hier und Jetzt spielt eine große Rolle.

Lebensgeschichtliche Gespräche können den alten Menschen dabei helfen, neue Situationen besser zu verstehen. Sogenannte instrumentelle Erinnerungen können die Grundlage dafür sein, dass der Glaube vorherrscht, die momentane Situation gut bewältigen zu können. Durch Selbstvergewisserung wächst die auch die Sicherheit. Der alte Mensch hat demnach das Gefühl, er kann die Situation kontrollieren, was zu einer Steigerung der Entscheidungsfreiheit führt (Specht – Tomann S.51). Genau diese Entscheidungsfreiheit ist ein weiteres Charakteristikum von Autonomie.

Nur wenn die Pflegekräfte um die Biografie des Bewohners und den Resultaten daraus wissen, können nach meiner Ansicht Pflegekräfte und Bewohner eine gemeinsame „Sprache“ sprechen ohne dass ständige Erklärungen und Rechtfertigungen des Bewohners von Nöten sind. Das ermöglicht dem Bewohner seine „Kräfte“ auf ein weitgehend autonomes und selbständiges Handeln zu konzentrieren und sich nach seinen Bedürfnissen und Möglichkeiten in den Heimalltag einzuleben.

Neben der Biografiearbeit, sehe ich in dem von Neumann et al. entwickelten Trainingsprogramm für Pflegenden zur Förderung von Selbständigkeit älterer,

pflegebedürftiger Menschen, als möglichen Ansatzpunkt zur Autonomieförderung. Der Verlust von Selbständigkeit des Bewohners ist zugleich ein Verlust eigener Kontrolle. Welche Auswirkungen Unkontrollierbarkeit nach sich ziehen kann, wurde bereits im Kapitel 4 verdeutlicht. Ich sehe dieses Trainingsprogramm als Lösungsansatz geeignet, da durch die mögliche wieder erlangte Selbständigkeit, dem erlebten Kontrollverlust, entgegengewirkt werden kann.

Bezugnehmend auf Autonomie könnte entgegengesetzt, da ja auch ein, in seiner Selbständigkeit eingeschränkter Mensch, durchaus autonom handeln kann, und folglich das Trainingsprogramm keine geeignete Lösung für Autonomieförderung ist. Ich bin jedoch der Ansicht, dass auch durch die Förderung der Selbständigkeit, die Förderung der Autonomie ermöglicht wird. Durch eine gezielte Förderung selbständiger Handlungen, kann natürlich auch der Handlungsspielraum des Betagten deutlich vergrößert werden. Dies wiederum erhöht das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl des Bewohners und die Motivation steigt. Ist sich der Bewohner seiner selbst bewusst, dann kann er Wünsche, Meinungen und Wertvorstellungen besser mitteilen und gemäß seinem Willen Handeln und Entscheiden-Selbstbestimmung entsteht.

Schlussendlich wird deutlich, dass Autonomie und deren Förderung ein enorm wichtiger Aspekt bezüglich der Lebensqualität von Heimbewohnern ist. Man muss bedenken, dass der Großteil der Senioren die sich derzeit in Pflegeheimen leben, einer Generation angehören, für die Individualität, Autonomie und Selbstbestimmung noch nicht den Stellenwert besitzen, den er für kommenden Generationen in Pflegeheimen haben wird. Umso wichtiger wird die Aufrechterhaltung und Förderung der Autonomie der Heimbewohner in Zukunft sein, um ein Altern in Würde zu ermöglichen.

Autonomie und Individualität haben meiner Meinung nach in den letzten Jahrzehnten in der Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert bekommen. Jeder Mensch möchte sich heutzutage selbstverwirklichen, warum sollte damit im Pflegeheim Schluss sein.

Literaturverzeichnis

- Ackerman, A. (2005): *Empirische Untersuchungen in der stationären Altenhilfe-Relevanz und methodische Besonderheiten der gerontologischen Interventionsforschung mit Pflegeheimbewohnern*, 1. Aufl., Münster
- Altmann, S. (2006): *Die Übersiedlung alter, pflegebedürftiger Menschen in das Pflegeheim unter besonderer Berücksichtigung der Angehörigen*, 1. Aufl., Norderstedt
- Allwicher, V. (2009): *Welche Beratung brauchen pflegende Angehörige-Konzeption einer bedürfnisorientierten Angehörigenberatung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive*, 1. Aufl., Norderstedt
- Arend, v. A. et al. (1996): *Ethik für Pflegende*, Bern u.a.
- Arend, v.A.. (1998): *Pflegeethik*, Wiesbaden
- Bartmann, P., et al. (2002): *Patientenselbstbestimmung. Paradigmenwechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen*, 1. Aufl., Neukirchen- Vluyn
- Beeken, R. et al. (2001): *Altenpflege Konkret- Sozialwissenschaften*, 2. Aufl., München et al.
- Bittl, J. (2007): *Die Lebensqualität demenziell erkrankter Menschen in verschiedenen Wohn- und Betreuungsformen*, 1. Aufl., Norderstedt
- Böhm, E. (1999): *Ist heute Montag oder Dezember?- Erfahrungen mit der Übergangspflege*, 6. Aufl. Bonn
- Böhm, E. (1999): *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm- Band I: Grundlagen*, 1. Aufl., Wien
- Böhm, E. (1999): *Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm- Band II: Arbeitsbuch*, 1. Aufl., Wien
- Böhm, E. (2000): *Alte Verstehen- Grundlagen und Praxis der Pflegediagnose*, 6. Aufl., Bonn
- Böhmer, F.; Füsgen, I (Hrsg.) (2008): *Geriatric- Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*, 1. Aufl., Wien et al.
- Ebster, C.; Stalzer, L. (2008): *Wissenschaftliches Arbeiten für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften*, 3. Aufl., Wien

- Engels, D. et al. (2007): *Möglichkeiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuGIV)*, München
- Fölsch, D. (2008): *Ethik in der Pflegepraxis: Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag*, 1.Aufl., Wien
- Gebert, A.J., & Kneubühler, H.U. (2003): *Qualitätsbeurteilung und Evaluation der Qualitätssicherung in Pflegeheimen*, 2.Aufl., Bern
- Goffman, E. (2006): *Asyle- Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, 15. Aufl.; Frankfurt am Main
- Gröning, K. (1998): *Entweihung und Scham – Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen*, 2. Aufl., Frankfurt am Main
- Harris, R. et al. (1995): *Heime zum Leben- Wege zur bewohnerorientierten Qualitätssicherung*, 1. Aufl., Hannover
- Heinzelmann, M.. (2004): *Das Altenheim- immer noch eine „totale Institution“?- Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime*, 1. Aufl., Göttingen
- Helmchen H.et al. (2006): *Ethik in der Altersmedizin*, 1. Aufl., Stuttgart.
- Heinemann Knoch et al , Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (1998): *Möglichkeiten und Grenzen des selbständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen*. 1. Aufl., Stuttgart,
- Hildt, E. (2006): *Autonomie in der biomedizinischen Ethik- Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung*, 1.Aufl., Frankfurt am Main
- Hornung, R., Lächler J. (2006): *Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Gesundheits –und Krankenpflegeberufe*, 9. Aufl., Weinheim et al.
- Höffe, O. et al. (Hrsg.) (1986): *Lexikon der Ethik*, 3. Aufl., München

- Höffe, O. (Hrsg.) (2000): *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten – ein kooperativer Kommentar*, 3. Aufl., Frankfurt am Main
- Honecker, M. (1990): *Einführung in die theologische Ethik- Grundlagen und Grundbegriffe*, 1. Aufl., Berlin
- Huber, M. et al. (2005): *Autonomie im Alter, Leben und Altwerden im Pflegeheim- Wie Pflegebedürftige die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern.*, 1. Aufl., Hannover
- Hüppe, M. (1998): *Emotionen und Gedächtnis im Alter*, Göttingen
- Kant, I. (1991): *Kritik der praktischen Vernunft, Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*, 11. Aufl., Frankfurt am Main
- Kesselring, A. (1996): *Die Lebenswelt der Patienten*, 1. Aufl., Bern et al.
- Klie, T. et al. (2005): *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen*, 1. Aufl., Frankfurt am Main
- Koch-Straube, U. (1997): *Fremde Welt Pflegeheim*, 1. Aufl., Bern et al.
- Kreimer, R. (2004): *Altenpflege: menschlich, modern und kreativ- Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation*, 1. Aufl., Hannover
- Kruse A, Wahl, H.-W. (Hrsg.) (1994): *Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort*, 1. Aufl., Bern et al.
- Kruse, A. (Hrsg.) (1998): *Psychosoziale Gerontologie- Band 2: Intervention*, 1998 Göttingen et al.
- Kruse A., Martin, M. (Hrsg.) (2004) : *Enzyklopädie der Gerontologie*, 1, Aufl., Bern et al.
- Kruse, A. (2007): *Das letzte Lebensjahr - Zur körperlichen, psychischen und sozialen Situation des alten Menschen am Ende seines Lebens*, 1. Aufl., Stuttgart
- Lay, R. (2004): *Ethik in der Pflege- Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*, 1. Aufl., Hannover
- Lehr, U. (2003): *Psychologie des Altern*, 10. Aufl., Wiebelsheim
- Lob- Hüdepohl, A. (2007): *Ethik sozialer Arbeit: ein Handbuch*, 1. Aufl. Paderborn

- Mahler, A. (2007): *Der Pflegeprozess in der Praxis- Theoretische Grundlagen und Beispiele zur Umsetzung für das Stationsmanagement und die Praxisausbildung*, 1. Aufl., Norderstedt
- Meyers Grosses Taschenlexikon (2003), Band 2, 9. Aufl., Mannheim
- Miethe, I. (2001): *Biografiearbeit-Lehr-und Handbuch für Studium und Praxis*, 1. Aufl., Weinheim et al.
- Myers, D.G. (2005): *Psychologie*, 2.Aufl., Heidelberg
- Neumann, E.-M. et al. (1997): *Selbständigkeit im Alter- ein Trainingsprogramm für Pflegende*, 2. Aufl., Bern et al.
- Ricken, F. (1989): *Allgemeine Ethik*, 2. Aufl., Stuttgart
- Ruhe, H.G. (1988): *Methoden der Biografiearbeit - Lebensgeschichte und Lebensbilanz in Therapie, Altenhilfe und Erwachsenenbildung*, 1. Aufl., Weinheim et al.
- Schilder, M. (2007): *Lebensgeschichtliche Erfahrungen in der stationären Altenpflege*, 1. Aufl., Bern
- Schneekloth, U. (Hrsg.) (2007): *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuGIV)*, München
- Schneider, C. (2005): *Gewalt in Pflegeeinrichtungen. Erfahrungen von Pflegenden*, 1. Aufl., Hannover
- Schneider, C. (2007): *Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen*, 1. Aufl., Wien
- Schrey, H.-H. (1988): *Einführung in die Ethik*, 3. Aufl., Darmstadt,
- Schroeter, K.R. et al. (1999): *Soziologisches Grundwissen für Altenhilfeberufe- ein Lehrbuch für die Fach(hoch)schule*, 1, Aufl., Weinheim et al.
- Schroeter, K.R., Rosenthal, T.(Hrsg.)(2005): *Soziologie der Pflege – Grundlagen , Wissensbestände und Perspektiven*, 1. Aufl., Weinheim et al.
- Schroeter, K.R. (2006): *Das soziale Feld der Pflege - Eine Einführung in Strukturen, Deutungen und Handlungen*, 1. Aufl., Weinheim et al.

Seligman, M (1995): *Erlernte Hilflosigkeit*, 5.Aufl., Weinheim

Sichler, R. (2006): *Autonomie in der Arbeitswelt*; 1. Aufl., Göttingen

Specht Tomann (2009): *Biografiearbeit in der Gesundheits-, Kranken- und Altenpflege*, 1. Aufl., Heidelberg

Stracke- Mertes, A. (2003): *Soziologie: der Blick auf soziale Beziehungen*, 1.Aufl., Hannover

Wahl, H.-W. (1991): „*Das kann ich allein!*“ *Selbständigkeit im Alter: Chancen und Grenzen*, 1. Aufl., Bern

Wahl, H-W. et al. (2000): *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen*, 1. Aufl., Stuttgart

Wahrig (2003): *Die deutsche Rechtschreibung*, Gütersloh et al.

Waller, K. (2002): *Von Achtung bis Zivilcourage*, 1. Aufl., Stuttgart et al.

Wallner, J. (2007): *Health Care zwischen Ethik und Recht*, 1. Aufl. Wien

Wingchen, J. (2004): *Geragogik-Von der Interventionsgerontologie zur Seniorenbildung*, 5. Aufl., Hannover

Internetquellen:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2010), in URL:
<http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Pressestelle/Pdf-Anlagen/sechster-altenbericht.property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> ,Stand 21.09.08:42

Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2000), in
URL:<http://www.dbfk.de/download/ICN-Ethikkodex-DBfK.pdf> ,Stand 31.10.2011;11:06

Kupke, C. (2009) in URL:
<http://www.ukaachen.de/go/show?ID=12539084&DV=1&COMP=download&NAVID=4149812&NAVDV=1>, Stand 17.11.2011, 09:36

Lukas, Ch. (2007) in URL: http://ubt.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2007/443/pdf/Christina_Lukas_Abh%C3%A4ngigkeitsunterst%C3%BCtzungsskript.pdf, Stand 18.11.2011, 15:47

