

Zeitschrift: Fachzeitschrift Heim
Herausgeber: Heimverband Schweiz
Band: 66 (1995)
Heft: 3

Artikel: Aspekte und Bedingungen : neue Betreuungsleitbilder für Alterspflegeheime
Autor: Landolt, Jakob
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-812545>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 16.05.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Aspekte und Bedingungen

NEUE BETREUUNGSLEITBILDER FÜR ALTERSPFLEGEHEIME

Von Jakob Landolt, Heimleiter, Eschenz TG

Das Altersheimwesen ist in einem Wandel begriffen. Veraltete Betreuungs- und Wohnkonzepte stellen das Überleben der Heime in Frage. Neue Ideen und Strategien sind notwendig. Betreuungskonzepte sollten sozio-kulturelle Rahmenbedingungen genauso berücksichtigen wie die Wohn- und Lebensbedingungen im Heim. Welche gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind für die Entwicklung neuer Betreuungsleitbilder verantwortlich? Welche Anforderungen werden zukünftig an Altersheime gestellt? Welche Klientel wird in Zukunft in Altersheimen leben? Welche Bedürfnisse müssen befriedigt werden? Welchen Aspekten und Bedingungen haben Betreuungskonzepte Rechnung zu tragen? Jakob Landolt hat die Fakten zusammengetragen.

Altersheime sind heute gezwungen, ihre veralteten Leitbilder durch neue zu ersetzen. Die heutige vorherrschende Verwahrpflege (Warm-satt-sauber-Ideologie) muss zugunsten einer zukünftigen Erhaltungspflege weichen. *In einem ersten Schritt sollten Heimverantwortliche (Heimleitung, Kommission, Gemeinde, Trägerschaft) sich der gegenwärtigen Betreuungs- und Wohnsituation klar werden.* Um eine Standortbestimmung des Heimes vorzunehmen, muss man gesellschaftliche (regionale) Rahmenbedingungen genauso berücksichtigen, wie die veränderten Bedürfnisse der heutigen und kommenden Altengenerationen. Wie wird die zukünftige Klientel eines Altersheimes aussehen? Welche Erwartungen und Bedürfnisse werden diese Hochbetagten haben?

In einem zweiten Schritt wird ein *neues Betreuungsleitbild* erstellt, welches diesen Bedürfnissen und Forderungen der neuen Altengeneration sowie den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen Rechnung trägt. Drittens erfolgt ein *schrittweiser Implementierungsprozess*, welcher Personalbildung genauso einschliesst wie Öffentlichkeitsarbeit.

Altersheim

Förderung des selbständigen Wohnens und der selbständigen Lebensführung der Pensionäre. Unterstützt durch punktuell wirkende, abruf- und einkaufbare Dienstleistungen.

Pflegeheim

Bedürfnisorientierte Betreuung und Pflege auf Aktivierung und Rehabilitation ausgerichtet.

Vielen Heimverantwortlichen, also den Heimleitungen wie auch den Träger-schaften, ist vorzuwerfen, dass sie die



Jakob Landolt:
Den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von heute Rechnung tragen.

Entwicklung neuzeitlicher Betreuungskonzepte verschlafen haben oder im Begriff sind, dies zu tun. Neue, moderne Konzepte dürfen keine Phantasiekonstrukte sein, ansprechend formuliert und auf Hochglanzprospekten gedruckt, jedoch praxisfern.

Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Hier ist die Zunahme der Anzahl vor allem (weiblicher) Hochbetagten zu nennen sowie damit verbunden eine Zunahme der Hochaltrigkeit und dadurch eine Zunahme von Hochbetagten (über 85jährige) mit Krankheitsbildern, wie:

- Multimorbidität
- Demenzformen (Alzheimer)
- Psychiatrische Erkrankungen (Verwirrtheit, Vergesslichkeit usw.)
- soziale Dekompensationen (mangelhaftes, soziales Helfernetz).

Als Konsequenzen für Altersheime ergeben sich daraus:

- höheres Eintrittsalter (Aufnahme von Hochbetagten) und daraus abgeleitet eine kürzere Verweildauer im Heim
- erhöhte Pflegebedürftigkeit
- Zunahme der Mortalität (Menschen sterben häufiger in Institutionen)
- Zunahme der Multimorbidität
- immer mehr psychische Krankheitsbilder sowie Demenzformen
- Zunahme von Pensionären mit sozialen Problemen, von sozial randständigen Menschen mit Beziehungsstörungen. Diese sind weniger gemeinschaftsfähig.

Neue Heimkonzeptionen haben sich also auf diese konkreten Bedingungen resp. Veränderungen abzustützen, und Heimverantwortliche haben sich daher auseinanderzusetzen mit:

- der Zunahme der weiblichen Hochbetagten und deren Bedürfnisse (weibliches Selbstverständnis, gesellschaftliche Stigmatisierung, soziale Benachteiligungen, wie erhöhtes Armutsrisiko, höheres Verwitwungsrisiko usw.)
= Frauenorientierter Heimaltag (frauenspezifische Bedürfnisorientierung)
- der Zunahme von hilfeabhängigen, schwerstpflegebedürftigen Menschen und deren Belange (Multimorbidität) und der Zunahme der Todesfälle im Heim
= Logotherapie (Auseinandersetzung mit Sinn des Lebens und Sterbens)
= Sterbebegleitung (gemäss Hospizgedanke?)
- der Verkürzung der Aufenthaltsdauer im Heim
= Hilfestellung beim Einleben in die Heimgemeinschaft
= Göttisystem durch Mitpensionär
- der Zunahme von im Heimen untergebrachten Psychischkranken (Pensionäre mit Delirium, Wahnideen und Halluzinationen, Depressionen, Schizophrenien, Suchtkrankheiten)
= Psychiatrische Konzilien
- der Zunahme von Pensionären mit den verschiedenen Demenzformen, insbesondere Alzheimer-Patienten

- = Therapeutische Interventionsmassnahmen, wie
 - Milieupflege
 - Realitäts-Orientierungs-Training
 - Resensibilisierung
- der Zunahme von sozial geschädigten und an den gesellschaftlichen Rand gedrängten Menschen
 - = Milieupflege, Sozialtherapie

Ausbau der Spitex-Leistungen

Auch die Ausweitung des Spitexangebotes hat unter anderem zur Folge, dass heute und in Zukunft eine ältere und pflegebedürftige Klientel die Altersheime bewohnen wird. Menschen mit grossem Pflege- und Betreuungsaufwand werden in Heime eingewiesen. Dies werden vorwiegend Vollpflegebedürftige sein, Verwirrte und sozial Randständige. Noch rüstige, selbständige alte Menschen werden Heime meiden!

Die Familienpflege wird der Pflege durch Institutionen (Spitex und Heim) oder der Pflege durch Nachbarschaftshilfe immer mehr weichen. Familienange-

hörige werden in Zukunft immer weniger bereit und in der Lage sein, ihre eigenen Eltern zu pflegen. Dieser negativen Tendenz kann durch eine (AHV-pflichtige) Honorierung der Familienpflege entgegengewirkt werden.

Zudem findet eine Singularisierung der Gesellschaft statt mit mehr Einpersonenhaushalten, weniger Heiraten, höherer Kinderlosigkeit, stärkerer Brüchigkeit des sozialen Netzwerkes und einem Defizit an Zuwendung und zwischenmenschlicher Kommunikation. Technisierung und Automatisierung des Lebens erfolgen parallel mit der Zunahme der Informationsflut durch eine enorme Ausweitung der Medienlandschaft. Es entsteht ein grösseres Informationsbedürfnis der alten Menschen.

Gleichzeitig nehmen Religiosität und Gläubigkeit der Menschen weiter ab. Jedoch ist eine Zunahme möglich von Sektengliedern.

Die Zahl der in materiellem Wohlstand lebenden Alten wird zunehmen. Andererseits wird es jedoch auch mehr alte Menschen geben, die unter der Armuts-

grenze leben. Es erfolgt ein Auseinanderdriften zwischen reich und arm. Wohl ist ein Erwachen des politischen Bewusstseins alter Menschen zu verzeichnen, jedoch parallel dazu erfolgt eine gesellschaftliche Funktionslosigkeit.

In Zukunft werden mehr ältere Frauen eine lange Berufstätigkeit hinter sich haben. Daraus resultiert eine stärkere Ich-Identität (Selbstbewusstsein).

Betagte entwickeln eine stärkere Konsumorientierung mit einer Erhöhung der Mobilität, mehr Freizeit- und Reiseerfahrung, Erstarkung der wirtschaftlichen Stellung, von der Werbung umworbene Senioren und einem höheren Anspruchsniveau.

Auch das Bildungsniveau steigt, insbesondere Schulbildung und Berufswissen nehmen zu. Es wird in Zukunft mehr «aufgeklärte», selbstsichere, alte Menschen geben, die sich gegen die herrschende, altersfeindliche Gesellschaftsordnung stellen könnten. Das Anspruchsniveau wird steigen. Es wird sich in den Forderungen alter Menschen gegenüber dem Leben und der Institution



Übersicht über die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Heim zeigen. Die zukünftigen Pensionäre werden vermehrt Ansprüche stellen, werden begründete Argumente von uns erwarten und ihre Rechte genau kennen. Die Befriedigung der Grundbedürfnisse allein wird ihnen nicht mehr genügen, für sie ist dies selbstverständlich. Die Pensionäre von morgen werden sehr unterschiedliche Interessen, Vorlieben, Gewohnheiten, Anschauungen und Erfahrungen aufweisen und vom Personal mehr Flexibilität und mehr Professionalität fordern.

Neue Betreuungskonzepte für Altersheime haben somit folgenden Aspekten und Bedingungen Rechnung zu tragen:

1. höherer Lebensstandard
2. Hochaltrigkeit und Multimorbidität
3. Therapeutische Intervention und Rehabilitation
4. Beziehungspflege statt Funktionspflege
5. akzeptable Wohn- und Lebensbedingungen
6. Milieupflege
7. Professionalisierung des Personals
8. Multifunktionalität der Heime/Heime als Altershilfezentren
9. Sterbebegleitung gemäss Hospizgedanke

1. Höherer Lebensstandard

Die neuen Alten sind an einen höheren Lebensstandard gewohnt. Sie fordern eine hohe Lebens- und Wohnqualität und vor allem mehr Autonomie. Das angeschlagene Image der Altersheime kann durch eine neue Wohnqualität und durch eine Rechtsstellung der Heimpensionäre verbessert werden. Insbesondere werden sie sich nicht mehr so unkritisch und ergeben an bestehende Heimregeln anpassen, wie es heute noch weitgehend der Fall ist. Vielmehr werden sich umgekehrt die Heime den menschlichen Bedürfnissen alternder Menschen noch mehr anpassen und unterordnen müssen. Speziell gilt dies für den Bereich des privaten Wohnens. Das Altersheim als Hierarchiekaserne oder sterile, medizinisierbare Klinik ist vorbei.

Die Belange weiblicher Hochbetagten werden zunehmend wichtiger. Die Verstärkung weiblicher Selbstbewusstheit zwingt die Heime, sich weiblicher Bedürfnisse anzunehmen.

2. Hochaltrigkeit und Multimorbidität

Die Pensionäre im Heim werden immer älter. Die letzten zwei bis vier Jahre, die Pensionäre in den Heimen verbringen, werden von einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit gekennzeichnet sein. Eine Genfer Studie über die durchschnittliche

Aufenthaltsdauer von Hochbetagten in Pflegeheimen besagt, dass eine 82jährige Frau im Pflegeheim eine mittlere Restlebenserwartung von lediglich 3,15 Jahren hat. Im Gegensatz beträgt die Restlebenszeit einer gesunden 80jährigen Frau, die nicht im Pflegeheim wohnt, sogar noch acht Jahre (Chikhi, M. 1989 Genf). Die Konzepte der Heime müssen sich in Zukunft also vermehrt den besonderen Bedürfnissen und Anliegen der Hochbetagten (ab 85 Jahren) und insbesondere der weiblichen Hochbetagten annehmen.

Die letzten Lebensjahre müssen vom Heim sowohl retro- als auch prospektiv begleitet werden. Dies geschieht durch die Biographiearbeit (retrospektivischer Ansatz) wie durch Logotherapie (prospektivischer Ansatz). (Logotherapie = Erarbeitung, Auseinandersetzung mit dem Sinn des Lebens und Sterbens sowie mit Existenzfragen. Gerade solche Fragen resp. Anliegen werden in Heimen vom Personal oft verdrängt.)

Das Bild der Klientel in den Heimen verschiebt sich vom gesunden, normalen Pensionären zum psychiatrisch erkrankten, dementen und pflegebedürftigen hochbetagten alten Menschen. Diesen Alterskrankheiten muss sich das Heim via spezieller Therapie- und Betreuungskonzepte annehmen.

3. Therapeutische Intervention und Rehabilitation

Heimpensionäre haben ein Recht auf Therapie und Rehabilitation. Blosses Basteln in der Werkstube wird den Forderungen der Alten sowie der Bevölkerung nicht mehr gerecht werden. Das einseitige Bild der abhängig machenden Betreuungspflege (in der der alte Mensch nur als hilfs- und pflegebedürftiges Mangelwesen angesehen wird) muss zugunsten einer die Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit bewahrenden Befähigungspflege (in der der alte Mensch möglichst lange in seinen eigenen Möglichkeiten, Ressourcen und Fähigkeiten unterstützt wird) weichen. Es ist Aufgabe der Altersheime, ein Mittelmass zu finden zwischen Versorgungs-, Hotelierbetrieb und Eigenaktivität fordernder Rehabilitation.

Rehabilitation geht vor Pflege

«Rehabilitation vor Pflege» versteht sich als Prinzip. Beide sind Geschwister. Pflege meint nicht mehr Verwahrpflege, sondern Erhaltungspflege, in welcher auch Gesundheitserhaltung (Prävention) enthalten ist. Rehabilitation ist ein nächster Schritt. Er geht über die Erhaltungspflege hinaus und versucht, frühere Selbstständigkeitsstufen zu erreichen, die eine autonome Lebensführung als Ziel hat. Rea-

listischerweise müssen in der Alterspflege Teilziele anvisiert werden.

Psychiatrische Konzilien

Wenn es richtig sein sollte, dass immer mehr kranke, ältere Menschen mit psychischen Auffälligkeiten in Altersheimen leben werden, müssen wir häufiger mit psychiatrischen Konzilien therapeutisch intervenieren. Obwohl im höheren Alter psychiatrische Krankheiten nicht mehr so floride in Erscheinung treten wie bei jüngeren Menschen, sind Krankenschwestern und -pfleger doch schnell einmal überfordert und benötigen Unterstützung für ihre Arbeit.

Pflege von Verwirrtheit und Demenz

Immer mehr verwirrte und demente Pensionäre leben in Altersheimen. Auch sie verlangen spezielle therapeutische Interventionsmassnahmen. Zwei Therapieansätze seien hier speziell erwähnt:

- das Realitäts-Orientierungs-Training
- die Resensibilisierung

4. Beziehungspflege statt Funktionspflege

Noch viel zu oft geschieht Pflege in den Heimen gemäss dem Prinzip der Funktionspflege. Die Tätigkeiten im Pflege-sektor des Heimes werden nach Funktionen unterteilt. Während zum Beispiel die eine Pflegekraft die Körperpflege ausführt, übernimmt eine andere das Verteilen der Medikamente und verabreicht Injektionen. Die Pflegekraft nähert sich dem Pensionär also über eine genau definierte einzelne Funktion. Funktionspflege beinhaltet die Gefahr, dass die Pflegekraft sich nur für diese Funktion und den dieser Funktion entsprechenden Teil des Pensionärs verantwortlich und zuständig fühlt. Gesamtheitliche Begegnung wird dabei nicht gefördert. Der Pensionär wird zum Arbeitsobjekt degradiert. Funktionspflege rationalisiert die Arbeit und versucht, die Pflegekraft gemäss ihrer Qualifikation effizient einzusetzen. Beziehungspflege ist ganzheitliche Pflege, die den Pensionär dauernd und innerhalb seiner gesamten Persönlichkeit betreut. Durch diese Art von Pflege nähert sich die Pflegekraft den Pensionären nicht bloss durch eine Funktion, sondern auch auf der Beziehungsebene. Beziehungspflege arbeitet auf allen Ebenen: sowohl auf der körperlichen (zum Beispiel Körperpflege) als auch auf der sozialen (Beziehung) und auch geistigen (Denken, Gedächtnis, Religion usw.). Eine konstante Beziehung wirkt offensichtlich therapeutisch.

Der «Notwehr mit Medikamenten» zur Ruhigstellung schwieriger Pensionäre wird eine Absage erteilt, an die Stelle von destruktiv dämpfender Psychophar-

KONZEPTE

maka tritt aktive Beziehungsarbeit innerhalb des Konzeptes der Beziehungspflege. Der Medikalisierung und Technisierung des Pflegebetriebes wird nicht Vor-schub geleistet. Geronto-psychiatrische Pflege wird nicht mit dämpfenden Medikamenten ausgefochten, sondern mit aktivierend-therapeutischer Intervention (Milieupflege) angegangen.

5. Akzeptable Wohn- und Lebensbedingungen

Die Hauptaufgabe der Altersheime besteht darin, dass sie alten Menschen, die sich alleine nicht mehr versorgen können (oder wollen), akzeptable Wohnbedingungen anbieten, dass sie hinsichtlich ihrer Alltagsbedürfnisse versorgt werden und im Krankheitsfall Pflege erhalten.

Die alten Menschen sollen sich im Heim subjektiv wohl befinden und ihre vorhandenen Fähigkeiten (Restfähigkeiten) soweit wie möglich ausschöpfen und genießen können. Altersheime haben auch innerhalb der Begleitung der Pensionäre auf ihrem letzten Lebensweg die Entfaltung der Persönlichkeit zu fördern.

Normalisierung des Heimalldages

Der Alltag des Altersheimes orientiert sich an denselben Standards, wie sie auch ausserhalb des Heimes üblich sind.

a) Das Altersheim muss normale Lebensbedingungen bieten, so wie der alte Mensch sie bisher kannte. Diese sollen geprägt sein durch das Vermeiden von Einschränkungen, das Fehlen von Betreuungsabhängigkeiten und durch Arbeits- und Wohnbedingungen auf optimale Weise die Autonomie der Pensionäre unterstützen.

b) Nebst diesen normalen Lebensbedingungen muss das Altersheim eine gesellschaftsübliche Wohnumgebung anbieten.

Konkrete Beispiele für eine Normalisierung des Heimalldages:

- *Besuchszeiten*: Besuche sind jederzeit möglich, auch abends oder in der Nacht. Einschränkungen der Besuchszeiten sind nicht statthaft.
- *Nachtruhe*: Viele Altersheime kennen sogenannte Nachtruhezeiten. Pensionäre, die sich an spätes Zubettgehen gewohnt sind, sollten nicht schon um 17 Uhr zu Bett gebracht werden, weil sie sich nach den Bedingungen des Heimes zu richten haben. Dem Pensionär ist sein eigener Tages- und Nachtrhythmus zu belassen.
- *Haustiere*: Auch im gesellschaftlichen «Subsystem» Altersheim sollen Tiere willkommen sein. Sie sind oft Wegbereiter für zwischenmenschliche Kontakte.
- *Spaziergänge*: Normalgesellschaftlich bewegt man sich praktisch alle Tage

ausserhalb des Hauses oder der Wohnung. Auch verwirrte, desorientierte und pflegebedürftige Pensionäre haben ein Anrecht auf Bewegung im Freien und auf die aus diesen Spaziergängen resultierenden Sozialkontakte.

- *Möbel und Einrichtungsgegenstände*: Institutionelle Zwänge verhindern oft, dass auf Pflegestationen keine eigenen Möbel und persönliche Einrichtungsgegenstände mitgebracht werden dürfen. Räumliche Enge ist kein akzeptabler Grund, der das Stel-

“ Individuelle, bedürfnis- und personen-orientierte Betreuung geht vor Massenabfertigung. ”

len eigener Möbel im Pflegezimmer verbietet. Gerade pflegeabhängige ältere Menschen bedürfen einer gewohnten Wohnumgebung.

- *Zwist und Streitigkeiten*: Innerhalb des privaten Wohnraumes ebenso wie innerhalb des privaten Lebensvollzuges der Familienmitglieder gibt es Streit und Meinungsverschiedenheiten. Auch im Altersheim gibt es kein «Recht» auf Harmonie. Zwischenmenschliche Konflikte sind an der Tagesordnung und widerspiegeln ebenso Normalität, wie innige Freundschaften zwischen Pensionären.
- *Sexualität und Erotik*: Auch alte Menschen leben Sexualität und Erotik. Genauso wie es prude und verklemmte Menschen gibt, gibt es offene Menschen, die Sexualität beim Namen nennen. Altersheime dürfen Sexualität und Erotik nicht zu Tabuthemen erklären.

Individualisierung der Heimleistungen

Individuelle, bedürfnis- und personenorientierte Betreuung geht vor Massenabfertigung. Die Dienstleistungen des Heimes richten sich nach dem Bewohnerwunsch. Dieser Bewohnerwunsch ist täglichen Schwankungen ausgesetzt. Bedürfnisse folgen der inneren Befindlichkeit. Pflegerische Routine wird nicht gefördert, wenn sie die Effizienz der Pflege-maschinerie erhöht. Der Pensionär befindet sich nicht am Arbeitsplatz des Personals, aber das Personal befindet sich am Lebensplatz der Pensionäre.

Konkrete Beispiele für eine Individualisierung der Heimleistungen sind:

- *Essenszeiten und Essenauswahl*: Bisherige individuelle Essenszeiten der Pensionäre müssen auch im Alters-

heim berücksichtigt werden. Die Pensionäre dürften genauso unter mehreren Menüs auswählen, wie sie gewisse Nahrungsmittel (z. B. Kohlarten) ablehnen können. Ebenso muss den noch selbständigen Pensionären die Möglichkeit geboten werden, im eigenen Zimmer zu essen oder im Zimmer eine eigene Mahlzeit zuzubereiten.

- *Zimmerreinigung*: Zimmerreinigungspläne sind abzulehnen, wenn ein Zwang zur exakten Durchführung besteht. Alte Menschen sollten das Recht haben, das Reinigungspersonal zu einem anderen Zeitpunkt zu bestellen, wenn ihnen eine Reinigung zurzeit nicht genehm ist.
- *Pflege*: Pflegezwang ist inhuman. Wenn ältere Menschen bewusst auf das Wochenbad verzichten wollen, so sei das dem Pflegepersonal Befehl. Die Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten oder die Durchführung von physiotherapeutischen Massnahmen darf nicht gegen den Willen des betroffenen Pensionärs durchgesetzt werden. Hier ist Beziehungs- und Motivationsarbeit zu leisten, ohne dass Machtverhältnisse proklamiert werden. Pflegeroutine ist durch individuelle Pflege zu ersetzen.

Mehr Wohncharakter in Bewohnergruppen

Pflegeheime folgen dem Vorbild des Krankenhauses. Die Architektur und Funktionalität der Räume dient der Pflege und Behandlung (zum Beispiel Arbeitswege) und trägt dem Wohnanspruch (Wohnqualität) kaum Rechnung. Die Sichtweise der Planer bezog sich auf die pflegerisch-medizinischen Aspekte und nicht auf Wohnaktivitäten. Die Funktionalität des Arbeitsbereiches wurde bisher gegenüber dem Wohnbereich überbetont. Insbesondere fehlen weitgehend gemeinschaftliche Wohnräume. Ausser einer prächtigen Eingangshalle, einem Speisesaal mit Mehrzweckmöglichkeit wurden zumeist nebst den Pensionärzimmern höchstens alle Gangflächen derart gestaltet, dass ein Tisch mit zwei, drei Stühlen, Wandbild und Blumenarrangement das ihre zur Wohnlandschaft beitrugen. Das genügt bei weitem nicht, um Wohnbehaglichkeit mit der Möglichkeit zu Wohnaktivitäten zu erzeugen. Anzustreben ist die Ausgestaltung mehrerer Wohnstuben (Wohnzonen), welche Schnittstellen sind zwischen privaten Pensionärszimmern und Fluren resp. öffentlichen Heimzonen. Diese Wohnzonen (Wohnstuben) sind von öffentlichen Flur- und Verbindungszonen eindeutig abzugrenzen, so dass sie als Privatraumflächen in Erscheinung treten. In diesen Wohnzonen spielen sich jene Wohnaktivitäten ab, die für Unterhaltungs- und

Freizeitaktivitäten, soziale Kontakte zwischen Pensionären oder Pensionärinnen und Besuchern und der Mahlzeiteneinnahme dienen können. Eine (betreute) Bewohnerküche ermöglicht den Pensionären die Herstellung und Einnahmen individueller Mahlzeiten. Die Betreuung kann durch «Wohnraum- und Kochanimatoren» des Altersheims oder individuell durch Angehörige, Freunde und ehemalige Nachbarn erfolgen. Die Mahlzeiten werden in kleinen Gruppen in diesen Wohnstuben (Wohnzonen) oder im eigenen Pensionärszimmer eingenommen. Der unpersönliche und oft laute Großspeisesaal kann so ganz oder teilweise entfallen oder erhält den Charakter eines Restaurants, in dem auch Mahlzeiten an die Öffentlichkeit (Mittags-tisch) abgegeben werden.

Tagesaktivitäten können genauso von den Pensionären selbst oder von Angehörigen resp. anderen Bevölkerungskreisen durchgeführt werden. Animatoren des Altersheimes wirken bei den Aktivitäten unterstützend, wo dies gewünscht wird.

Durch eine auf die Pensionärsbedürfnisse abgestimmte Wohnaktivität erfahren die Pensionäre eine Erweiterung ihres Handlungsspielraumes mit den Dimensionen: Entscheidungsspielraum, Interaktionsspielraum, Tätigkeitsspielraum, Anerkennungsspielraum.

Der Handlungsspielraum ermöglicht die Auseinandersetzung mit den Reaktionen der Umwelt, was einerseits der Persönlichkeit Wachstum ermöglicht (C. Rogers) und andererseits zugleich Motivationsaspekte fördert (Lebensmotivation, Lebenssinn nach V. Frankl).

Für grössere Altersheime empfehlen sich Wohnpflegegruppen, deren Einheiten mit Vorteil bezogen auch auf die Architekturlösung, eine Gruppengrösse zwischen fünf bis zwanzig Personen umfassen. Die Wohngruppeneinheiten sind

architektonisch so miteinander zu vernetzen, dass zwischen den einzelnen Gruppen auf Wunsch Interaktionen möglich sind. Mit einem flexiblen Modulsystem der Trennwände können gerade die Wohnstuben miteinander verbunden oder entsprechend den sich auch zeitlich ändernden Bedürfnissen der Bewohner angepasst werden. Flexible Raumgestaltungsmöglichkeiten kommen der menschlichen Bedürfnis- und Gestaltungsinnovation am ehesten entgegen. Ein Überangebot an Gemeinschaftsräumen «verzettelt» die Pensionäre und verunmöglichen mitunter sogar deren Interaktions- und Kommunikationsmöglichkeiten. Als Abhilfe ist daran zu denken, dass überflüssige Gemeinschaftsräume zudem privat vermietet werden können, zum Beispiel an Pensionäre mit einem grösseren Raumbedarf. Gruppenbezogene Aktivitäten fördern die Gesamtkommunikation innerhalb des Altersheimes, und Interaktionsverbindungen zwischen den (autonomen) Wohngruppen. Hier sind gute Architekten gefragt.

Mehr Privatheit in den Bewohnerzimmern

Die Steigerungen des Ausmasses der privaten Wohnatmosphäre geschieht in erster Linie durch eine bewusste Akzeptierung durch das Pflegepersonal. Die Arbeit im Pensionszimmer ist nicht Begegnung im öffentlichen Altersheim, sondern Begegnung in privaten Wohngemächern. Ob nächtliche Überwachungsrunden in den Pensionszimmern geschehen, entscheidet in erster Linie der Pensionär (wenn er noch kann!), in zweiter Linie seine Angehörigen, dann der Vormund und zuletzt der behandelnde Arzt. Pensionärszimmer stellen das Hoheitsgebiet der Pensionäre dar. In ihnen oder an ihnen geschieht und verändert sich

nichts ohne Einwilligung des Pensionärs. Übernachtungen von Zweitpersonen im Zimmer bedürfen nicht der Einwilligung der Heimleitung oder der Hausordnung. Der Wille und das Bewohnerbedürfnis hinsichtlich Selbständigkeit und Fremdversorgung ist zu respektieren, genauso wie die Möblierung und Gestaltung des Zimmers nur dem Bewohner obliegt. Einbettzimmer ermöglichen private Wohnatmosphäre am besten. Zweibettzimmer sind in Zukunft nur noch für Ehepaare gedacht.

Die Rechtsposition der Heimbewohner ausbauen

Auch verwirrte, psychisch kranke, betagte Menschen sind Rechtspersonlichkeiten. Im Alters- und Pflegeheim sind Pensionäre in verschiedenen Rollen und Funktionen anzutreffen. Als:

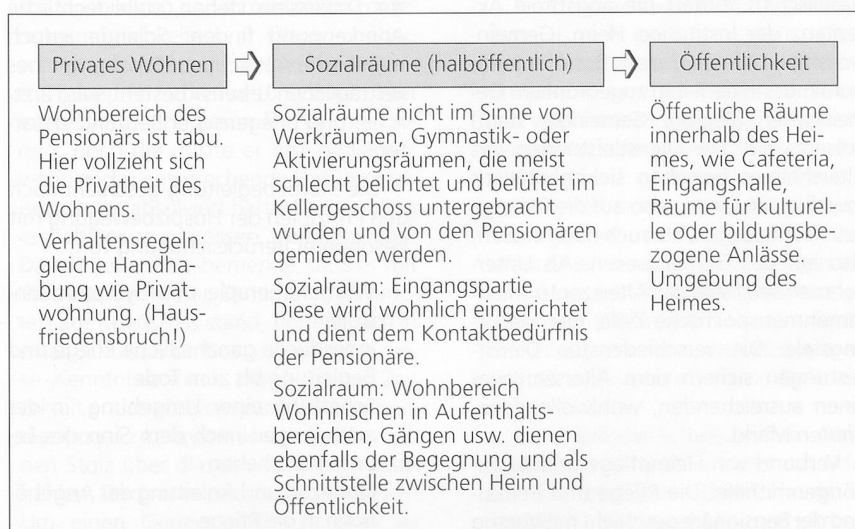
- Mieter einer Wohnung, eines Zimmers sowie Mitbenützer der Gemeinschaftsräume
- Empfänger von div. Dienstleistungen, wie zum Beispiel Hauswirtschaftsleistungen
- Empfänger von Pflege- und Betreuungsleistungen
- Empfänger von medizinisch-therapeutischen Leistungen durch den Arzt und spezielles Therapiepersonal
- Wahl- und Stimmberechtigter
- Familienangehöriger
- Der Pensionär ist Vertragspartner

Selbstverständlich hat ein Pensionär weit mehr Rollen und Funktionen inne, als hier aufgelistet. Allen Pensionären gleich ist dabei die Verfügungsmacht über die eigenen Angelegenheiten, ausser sie sind gesetzlich entmündigt. Dann stehen ihnen jedoch gesetzlich zugewiesene Rechtsbeistände (Vormund) zur Seite, die stellvertretend die Rechte des Pensionärs vertreten.

Für die Entwicklung neuer, moderner Heimkonzepte bedeutet dies, dass essenziell gebundene Beteiligungs- und Gestaltungsformen des sozialen Lebens im Altersheim entwickelt werden. Dies heisst konkret, dass den Pensionären in Zukunft vermehrt direkte und selbstbestimmte Mitbestimmungs- und Mitwirkungsrechte im Heimaltag eingeräumt werden müssen. Die individuelle (Rechts-) Position der Bewohner ist zu stärken.

Integration ins Heim und Steigerung der Lebensqualität der Bewohner können nur über eine aktive Teilnahme am Alltagsgeschehen erfolgen, was nicht nur Pflichten voraussetzt, sondern auch Rechte. So: Informationsrecht, Beteiligungsrecht, Erörterungsrecht, Antragsrecht, Beschwerderecht.

Die Mitentscheidungsrechte stehen eine Stufe höher als die Mitwirkungsrechte.



Das Heim als Schnittstelle zwischen privatem Wohnen, Sozialräumen mit halböffentlichem Charakter und Öffentlichkeit (Modell).

6. Milieupflege

Das Leben und Wohnen im Altersheim geschieht im gemeinschaftlichen Vollzug. Als Lebens- und Schicksalsgemeinschaft gestalten sich die vielschichtigen Beziehungen nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft (Milieupflege). Ziel ist es, den Pensionären umschriebene Mitwirkungs- und Miteentscheidungsrechte einzuräumen um damit das Leben und insbesondere die Problemstellungen des Alterns aktiv zu begleiten, um es so selbst gestalten zu können. Ziele sind sozialer Beziehungs-/Interaktionsraum, Rollenfindung, soziale und sprachliche Interaktion, Übernahme von neuen Aufgaben/Tätigkeiten, Aufbau von neuen, auch emotionalen Beziehungen, Verhinderung von Rückzug, geistigem Abbau und Vereinsamung, Erlangen neuer, befriedigender Kompetenzen, Förderung des Selbstwertgefühls sowie geistige als auch soziale Entfaltung, Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten, Erhaltung und Förderung von Fähigkeiten und Fertigkeiten, Mitgestaltung des Heimbetriebes und der Heimumgebung sowie Übernahme von Mitverantwortung für den Heimaltag, Förderung der Wohnatmosphäre im Heim, persönliche Selbstentfaltung/Entwicklung, Einschränkung der Hospitalisierungsschäden, Erweiterung des Handlungs-, Erfahrungs- und Tätigkeitsspielraumes.

Die Ziele der Milieupflege aus der Sicht des Heimes sind ein Arbeitsinstrument für das im Heim arbeitende Personal, welches die Beziehung zwischen sich und den Pensionären festlegt, was auch den Mitarbeitern mehr Freiraum zur Selbstverwirklichung innerhalb des Berufes ermöglicht und dadurch ein für das Personal freundlicheres Arbeitsklima schafft (Vermeidung des Burnout-Syndroms). Demokratisierung des Heimbetriebes wirkt sich zugunsten der Pensionäre aus und trägt zum Abbau von Gewalt und Aggression im Heim bei. Die Pensionäre und deren Anliegen rücken ins Zentrum des Handelns.

7. Professionalisierung des Personals

Es gehört zur unabdingbaren Pflicht aller Heime, das Personal permanent und im Hinblick auf die Ziele und Aufgaben des Heimes sowohl fachlich als auch persönlich weiter zu bilden. Im Sinne einer Qualitätsoptimierung stellt die Weiterbildung die fachliche und persönliche Kompetenz aller Mitarbeiter sicher.

8. Multifunktionalität der Heime, Heime als Altershilfeszentren

Altersheime müssen sich multifunktionalen Aufgaben zuwenden. Deshalb ist eine



Matrix eines möglichen Betreuungsleitbildes.

Funktionserweiterung im Sinne einer Veränderung der Unternehmensphilosophie anzustreben, die vom Alters- und Pflegeheim wegführt zum Altershilfeszentrum. Multifunktionalität meint, dass Alters- und Pflegeheime auch anderen Bevölkerungsschichten zur Verfügung stehen, insbesondere Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen (Vereine, Weiterbildungskurse, Jugendlokal usw.). Zu denken ist auch an eine Durchmischung des Wohnraumes des Heimes mit jüngeren Mietern, was die Ausgrenzung und Ghettoisierung alter Menschen verhindert. Gemeinsames Wohnen von Jungen und Alten unterbindet die gesellschaftlichen Diskriminierungs- und Stigmatisierungsprozesse der Betagten, unterstützt letztendlich den Generationenvertrag, fördert die soziale Einbindung der älteren Bevölkerung in die Gesellschaft und verhindert deren Ausgrenzung.

Integration in die Gesellschaft

Das Altersheim als Ort der Stigmatisierung oder der gesellschaftlichen Abschiebung hat keine Überlebenschance. Nur die vollständige Integration in die Gesellschaft fördert die angstfreie Akzeptanz der Institution Heim. Gemeinwesenorientierung heisst: Das Alterszentrum muss in dem ihm zugeordneten Gemeinwesen (Region, Gemeinde, Stadt) präsent sein. Die Dienstleistungen des Altersheimes beziehen sich paritätisch sowohl nach innen, also auf die Belange des Heimes selbst, als auch nach aussen, also auf das Gemeinwesen. Als Unternehmen setzt sich das Alterszentrum unternehmenspolitische Ziele, wie Marketingziele. Die verschiedensten Dienstleistungen sichern dem Alterszentrum einen ausreichenden, wohlwollend gesinnten Markt.

Verbund von Heimpflege und Angehörigenmithilfe: Die Pflege und Betreuung der Pensionäre geschieht mit Vorzug gemeinsam mit den Familien oder Angehörigen. Ihre Mithilfe wird nicht nur ak-

zeptiert, sondern gefördert. Dabei können Entlohnungssysteme für Angehörigenarbeit in Betracht gezogen werden, wird doch das Heim arbeitsmässig entlastet. Pflege unter Mitwirkung der Angehörigen dient der Entspannung zwischen Altersheim und Angehörigen von Pensionären und fördert eine pensionärsorientierte Solidarität zwischen professioneller Heimpflege und Laienarbeit. Das soziale Netzwerk der Pensionäre bleibt dabei erhalten.

9. Sterbebegleitung gemäss Hospizgedanke

Schon heute sterben etwa 60 Prozent aller Menschen in Heimen oder in Spitälern. Dies ist eine erschreckend hohe Zahl. Sie widerspiegelt das weitverbreitete, gesellschaftliche Tabu des Todes. Sterbebegleitung ist eine der Herausforderungen der Zukunft. In gesunden und nichtbevormundeten Zeiten unterschiedene Patientenverfügungen sollten im Falle einer tödlichen Erkrankung hinsichtlich der lebensverlängernden, medizinisch-technischen Massnahmen, die zur Diskussion stehen, volle rechtliche Anerkennung finden. Solange jedoch realistische Aussicht auf Erhaltung eines «erträglichen Lebens» besteht, wird ärztlicher und pflegerischer Beistand erwartet.

Die Sterbebegleitung geschieht nach den Prinzipien der Hospizbewegung mit besonderer Berücksichtigung von:

- Schmerztherapie und Symptomkontrolle
- individuelle ganzheitliche Pflege und Begleitung bis zum Tode
- Schaffung einer Umgebung, in der auch Fragen nach dem Sinn des Lebens Platz haben
- Einbezug und Anleitung der Angehörigen in die Pflege
- Begleitung der Angehörigen auch nach dem Tode des Pensionärs. ■