

Katja Boguth

# Harninkontinenz im Pflegeheim

Prävalenz, Inzidenz und Remission,  
Risiko- und Schutzfaktoren



Boguth  
**Harninkontinenz im Pflegeheim**

**Projektreihe der Robert Bosch  
Stiftung**

*Wissenschaftlicher Beirat:*

Doris Graenert

Carol Krcmar

Dr. Claus Offermann

Dr. Willi Rückert

Prof. Dr. Ruth Schröck

HUBER



# Reihe Multimorbidität im Alter

Seit Mitte 2004 eröffnet das Graduiertenkolleg «Multimorbidität im Alter» jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern die Chance, über ein Thema im Zusammenhang mit multimorbiditätsbezogenen Phänomenen im höheren Lebensalter zu promovieren. Kennzeichen dieses – von der Robert Bosch Stiftung geförderten – Kollegs ist Interdisziplinarität im Sinne einer Bündelung unterschiedlicher fachlicher Perspektiven auf Probleme von mehrfach erkrankten älteren Menschen.

Erste Sprecherin des Kollegs: Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei  
Geschäftsführung: Dr. Stefan Blüher

Weitere Informationen: [www.gradmap.de](http://www.gradmap.de)

## Die 13 Bände:

Ahnis

**Bewältigung von Inkontinenz im Alter**

ISBN 978-3-456-84709-2

Boguth

**Harninkontinenz im Pflegeheim**

ISBN 978-3-456-84710-8

Bölicke

**Qualitätsindikatoren für die ambulante Pflege**

ISBN 978-3-456-84711-5

Bornschlegel

**Erkennen von Schmerzzuständen bei  
aphasischen Menschen**

ISBN 978-3-456-84712-2

Braumann

**Information und ihre Bedeutung bei  
Harninkontinenz**

ISBN 978-3-456-84713-9

Fischer

**Schmerzeinschätzung bei Menschen mit  
schwerer Demenz**

ISBN 978-3-456-84714-6

Holzhausen

**Lebensqualität multimorbider älterer  
Menschen**

ISBN 978-3-456-84715-3

Kopke

**Schmerzreduktion durch Atemstimulierende  
Einreibung bei älteren mehrfach erkrankten  
Menschen**

ISBN 978-3-456-84716-0

Kummer

**Kommunikation über Inkontinenz**

ISBN 978-3-456-84717-7

Mathes

**Zu Hause im Pflegeheim**

ISBN 978-3-456-84718-4

Seither

**Lebensqualität von pflegenden Angehörigen  
älterer Menschen**

ISBN 978-3-456-84719-1

Seizmair

**Bedingungen von Therapiemotivation bei  
Menschen im höheren Lebensalter**

ISBN 978-3-456-84720-7

Struppek

**Patientensouveränität im Pflegeheim**

ISBN 978-3-456-84721-4

Weitere Informationen über unsere Neuerscheinungen finden Sie im Internet unter [www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

Katja Boguth

# Harninkontinenz im Pflegeheim

**Prävalenz, Inzidenz und Remission, Risiko-  
und Schutzfaktoren**

Verlag Hans Huber

*Anschrift der Autorin:*

Dr. Katja Boguth  
Institut für gerontologische Forschung (IGF) e.V.  
Torstr. 178  
10115 Berlin

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt  
Herstellung: Peter E. Wüthrich, Daniel Berger  
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: ###  
Printed in Germany

*Bibliographische Information der Deutschen Bibliothek*

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über [http:// dnb.d-nb.de](http://dnb.d-nb.de) abrufbar.



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

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

*Anregungen und Zuschriften bitte an:*

Verlag Hans Huber  
Lektorat Medizin/Gesundheit  
Länggass-Strasse 76  
CH-3000 Bern 9  
Tel: 0041 (0)31 300 4500  
Fax: 0041 (0)31 300 4593  
[verlag@hanshuber.com](mailto:verlag@hanshuber.com)  
[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

Zugleich Dissertation Charité – Universitätsmedizin Berlin, Medizinische Fakultät der Freien Universität Berlin und der Humboldt Universität zu Berlin.

1. Auflage 2009  
© 2009 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
ISBN 978-3-456-84710-8

<b>1 Einleitung.....</b>	<b>9</b>
<b>2 Die Institution Pflegeheim.....</b>	<b>13</b>
2.1 <i>Historie der Pflegeheime</i> .....	13
2.2 <i>Heimlandschaft in Deutschland seit Einführung der Pflegeversicherung</i> ....	16
2.3 <i>Derzeitige und zukünftige Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen</i> .....	17
2.4 <i>Situation in den Pflegeheimen</i> .....	19
2.4.1 <i>Träger, Größe und Zimmerkategorie</i> .....	19
2.4.2 <i>Personalstruktur in Pflegeheimen</i> .....	20
2.4.3 <i>Merkmale der Heimbewohner</i> .....	22
2.4.4 <i>Dauer des Heimaufenthaltes</i> .....	23
2.5 <i>Das Ansehen der Pflegeheime</i> .....	23
<b>3 Der Heimeintritt.....</b>	<b>25</b>
3.1 <i>Kritische Lebensereignisse</i> .....	25
3.2 <i>Auslöser</i> .....	26
3.2.1 <i>Prädiktoren</i> .....	26
3.2.2 <i>Gründe</i> .....	27
3.2.3 <i>Inkontinenz als Heimeintrittsgrund</i> .....	29
3.3 <i>Der Verlauf der Heimübersiedlung</i> .....	30
3.4 <i>Modalitäten</i> .....	32
3.4.1 <i>Vorbereitung</i> .....	33
3.4.2 <i>Freiwilligkeit</i> .....	34
3.5 <i>Chancen und Risiken</i> .....	35
3.5.1 <i>Positive Auswirkungen</i> .....	36
3.5.2 <i>Negative Auswirkungen</i> .....	37
<b>Harninkontinenz im Alter .....</b>	<b>39</b>
4.1 <i>Bedingungen der Kontinenzfähigkeit</i> .....	39
4.2 <i>Alterungsprozesse der Ausscheidungsorgane</i> .....	40
4.3 <i>Ätiologie und Formen der Harninkontinenz im Alter</i> .....	41
4.3.1 <i>Etablierte Inkontinenz</i> .....	42

4.3.2. Temporäre Inkontinenz .....	43
<b>5 Harninkontinenz im Pflegeheim .....</b>	<b>45</b>
5.1 Prävalenz der Harninkontinenz in stationären Pflegeeinrichtungen.....	45
5.2 Inkontinenzverläufe in Pflegeheimen.....	47
5.3 Risikofaktoren der Harninkontinenz.....	49
5.3.1 Risikofaktoren, bezogen auf Bewohner .....	49
5.3.2 Risikofaktoren, bezogen auf die Heimumgebung .....	52
5.4 Behandlung der Harninkontinenz im Pflegeheim .....	53
<b>6 Herleitung der Zielstellung .....</b>	<b>55</b>
6.1 Zusammenfassung des Theorieteils.....	55
6.2 Forschungsdefizite .....	56
6.3 Ziele der Arbeit .....	57
<b>7 Methodik.....</b>	<b>59</b>
7.1 Studienplanung .....	59
7.1.1 Literaturrecherche .....	59
7.1.2 Hypothesenbildung .....	59
7.1.3 Methodenwahl und ihre Begründung.....	62
7.1.4 Einschlusskriterien für die Auswahl geeigneter Pflegeeinrichtungen.	63
7.1.5 Beurteilung der Sekundärdaten und Entwicklung eines Instruments zur Datenerhebung.....	63
7.1.6 Beschreibung des partizipierenden Trägers, der Stichprobe und des Erfassungszeitraumes .....	65
7.1.7 Beschreibung des Assessmentinstruments „erweiterte Nortonskala“ .	65
7.2 Datenmaterial, Datenaufbereitung und Variablentransformation .....	67
7.2.1 Beschreibung der Rohdaten und ihre Aufbereitung .....	67
7.2.2 Bildung kategorialer Variablen und Typologiebildung von Verläufen	71
7.3 Datenauswertung .....	73
7.4 Repräsentativität der Stichprobe – Datenvergleich mit amtlicher Statistik	74
7.4.1 Alter und Geschlecht.....	75
7.4.2 Pflegestufe.....	77
7.4.3 Heimgröße und Unterbringung .....	78
7.5 Vergleich Responder und Nonresponder .....	78

<b>8 Ergebnisse.....</b>	<b>83</b>
8.1. <i>Beschreibung der Einrichtungen</i> .....	83
8.1.1 Größe und Lokalisation der Heime .....	83
8.1.2 Mitarbeiter.....	84
8.2 <i>Beschreibung der Heimpopulation</i> .....	84
8.2.1 Alter und Geschlecht der Bewohner .....	84
8.2.2 Pflegestufe.....	87
8.2.3 Medizinische Diagnosen .....	88
8.2.4 Überleben nach der Heimaufnahme .....	90
8.2.5 Schwerbehinderungsgrad .....	92
8.2.6 Körperliche und geistige Fähigkeiten durch Parameter der Nortonskala	
.....	93
8.2.6.1 Körperlicher Zustand .....	93
8.2.6.2 Beweglichkeit.....	95
8.2.6.3 Aktivität .....	96
8.2.6.4 Geistiger Zustand .....	98
8.2.6.5 Bereitschaft zur Kooperation .....	100
8.3 <i>Heimumgebung</i> .....	102
8.3.1 Vergleich alte und neue Bundesländer und Heimgröße .....	102
8.3.2 Zugang ins Heim.....	103
8.3.3 Unterbringung im Heim .....	104
8.3.4 Umzug im Heim.....	105
8.3.5 Abwesenheit.....	105
8.4 <i>Kontinenzsituation im Heim</i> .....	105
8.4.1 Punkt- und Gesamtprävalenz der Harninkontinenz.....	106
8.4.2 Verlaufsformen der Harninkontinenz.....	107
8.5 <i>Risiko- und Schutzfaktoren</i> .....	108
8.5.1 Bivariate Analyse möglicher personenbezogener Faktoren .....	108
8.5.1.1 Alter und Geschlecht.....	108
8.5.1.2 Pflegebedarf .....	112
8.5.1.3 Medizinische Diagnosen .....	114
8.5.1.4 Schwerbehinderung.....	118
8.5.1.7 Geistige Fähigkeiten .....	126
8.5.2 Bivariate Analyse möglicher Umgebungsfaktoren .....	131
8.5.2.1 Heimgröße und Lokalisation.....	131
8.5.2.2 Zugang .....	132
8.5.2.3 Unterbringung und Umzug .....	134
8.5.2.4 Abwesenheiten .....	135
8.5.3 Zusammenfassung der bivariaten Analyse: Kennzeichen der	
Verlaufgruppen .....	139



---

8.5.3.1 Dauerhafte Kontinenz .....	139
8.5.3.2 Heilungen .....	140
8.5.3.3 Neuerkrankungen .....	140
8.5.3.4 Inkontinenz .....	141
8.5.4 Multivariate Analyse personenbezogener und umgebungsbezogener Faktoren .....	141
8.5.4.1 Prädiktoren und Einflussfaktoren der Inkontinenzentwicklung .	142
8.5.4.2 Prädiktoren und Einflussfaktoren der wiederhergestellten Kontinenz .....	146
8.5.4.3 Einflussfaktoren der dauerhaften Kontinenz .....	149
<b>9 Diskussion .....</b>	<b>155</b>
<i>9.1 Vergleich und Interpretation der Ergebnisse .....</i>	<i>155</i>
9.1.1 Gesamt- und Punktprävalenz der Harninkontinenz .....	155
9.1.2 Verlaufsformen der Harninkontinenz .....	156
9.1.3 Personenbezogene Faktoren und ihr Zusammenhang zu den Verlaufsformen der Harninkontinenz .....	157
9.1.4 Umgebungsbezogene Faktoren und ihr Zusammenhang zu den Verlaufsformen der Harninkontinenz .....	160
9.1.5 Der Einfluss mehrerer Faktoren auf die Verlaufsformen der Inkontinenz .....	163
<i>9.2 Implikationen .....</i>	<i>166</i>
9.2.1 Definition der Pflegebedürftigkeit im SGB XI .....	167
9.2.2 Rehabilitation im Pflegeheim .....	168
9.2.3 Neue Wohn- und Pflegekonzepte in der stationären Langzeitpflege	171
9.2.4 Inkontinenz als Qualitätsindikator stationärer Langzeitpflege .....	173
9.2.5 Inkontinenz doch ein Aufnahmegrund? .....	173
9.2.6 Handlungsempfehlungen .....	174
<i>9.3 Methodische Grenzen .....</i>	<i>176</i>
<i>9.4 Offene Fragen und Ausblick .....</i>	<i>177</i>
<b>10 Zusammenfassung .....</b>	<b>179</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>181</b>

# 1 Einleitung

„Die Inkontinenz, das ist auch so ein Problem, die wird im Heim doch flugs hergestellt“ (Koch-Straube, 2003, S. 220), so kommentiert eine Pflegende in der Monografie „Fremde Welt Pflegeheim“ scheinbar hilflos und resigniert den Verlauf der Heimeingewöhnung eines Bewohners. „Herr Merck, der hat ganz schön abgebaut hier. Als er zu uns kam, hat er sich noch gemeldet, wenn er zur Toilette musste. Jetzt tut er es nicht mehr, [...]“ (ebd.).

Pflegeheime übernehmen nach § 11 SGB XI eine wichtige gesellschaftliche Aufgabe: „Sie pflegen, versorgen und betreuen die Pflegebedürftigen, die ihre Leistungen in Anspruch nehmen, entsprechend dem Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse“ (Klie, 2005, S. 158). Durch die Zunahme pflegebedürftiger Menschen stieg auch die Anzahl vollstationärer Pflegeeinrichtungen in den letzten Jahren kontinuierlich an (Statistisches Bundesamt, 2007).

Im Jahr 2020 wird sich den Vorausberechnungen zu Folge die Anzahl der Personen, die pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (§ 14 SGB XI) sind, um 50 % erhöhen (Deutscher Bundestag, 2002). Für die Versorgung der Pflegebedürftigen wird der stationären Pflege zukünftig ein dynamischeres Wachstum zugesprochen als dem ambulanten Sektor. Dies begründet sich nicht allein durch den Anstieg der Pflegebedürftigkeit, sondern auch durch Veränderungen der Familien- und Haushaltsstrukturen, der weiterhin steigenden Erwerbsbeteiligung der Frauen sowie der Alterung der familiären Pflegekraft. Diese Entwicklungen erschweren eine Versorgung des Pflegebedürftigen in der eigenen Häuslichkeit (Baumann et al., 2002; Schulz et al., 2001).

Das gesellschaftliche Ansehen der Pflegeheime ist umstritten. Skandalmeldungen, die von geringer Pflegequalität in den Heimen und von desolaten Zuständen berichten, lassen sich immer häufiger in der Presse finden. Letztendlich wird sogar die Abschaffung dieser Institutionen gefordert (Urban, 2001). Damit besteht also ein Spannungsfeld zwischen einem wachsenden Bedarf an stationärer Versorgung und einer Versorgungsform, die in ihrer bestehenden Weise grundsätzlich in Frage gestellt wird.

Neben der gesellschaftspolitischen Diskussion um die stationären Pflegeeinrichtungen stellt der Einzug in ein Pflegeheim für den Betroffenen ein kritisches Lebensereignis dar. Kritische Lebensereignisse sind Wendepunkte im Lebenslauf eines Menschen und erfordern eine Anpassungsleistung der betroffenen Person. Sie können sich körperlich und/oder seelisch auswirken, und ihre Folgen können positiv oder negativ sein (Fooken, 1991). Auch der Einzug in ein Pflegeheim kann derartige Konsequenzen auslösen (Fooken, 1991; Lehr, 2003; Saup, 1984).

Ob die Eingewöhnung in ein Pflegeheim gelingt und der Heimübergang retrospektiv positiv oder negativ bewertet wird, hängt von verschiedenen Faktoren ab: Einerseits sollte der Betroffene über möglichst viele interne (z. B. Eigenaktivität,

Selbstständigkeit) und externe (z. B. soziale Kontakte) Ressourcen verfügen. Andererseits sind für eine gelungene Eingewöhnung die Auseinandersetzung mit dem Thema und die Beteiligung des Heimübersiedelnden an der Entscheidung für ein Pflegeheim und der Umzugsplanung wichtige Voraussetzungen. Die frühzeitige Anmeldung in einer geeigneten, den eigenen Vorstellungen und Wünschen entsprechenden Einrichtung ist aber eher die Ausnahme. Denn die Möglichkeit, die letzte Lebensphase in einer solchen Institution zu verbringen, wird von vielen Menschen nicht in Erwägung gezogen. Pflegeheime gelten als Endstation (Klingefeld, 1999), und Heimbewohnern haftet das Image an, Abgeschobene zu sein (Lehr, 2003).

Menschen, die in Pflegeheimen leben, sind meistens weiblich. Ungefähr die Hälfte aller Heimbewohner ist 85 Jahre alt und älter und schwerpflegebedürftig (Statistisches Bundesamt, 2007). Die vier geriatrischen „Is“ – intellektueller Abbau, Inkontinenz, Immobilität und Instabilität – sind für die meisten Pflegeheimbewohner kennzeichnend (Welz-Barth et al., 1998) und stehen miteinander oft in engem Zusammenhang. Harninkontinenz wird dabei als einer der wichtigsten Gründe angegeben, warum Menschen in ein Pflegeheim übersiedeln (Fix et al., 1986; Melchior H., 2003; Piechowiak & Schewe, 1996; Welz-Barth et al., 1998; Wetterling & Schürmann, 1997).

Harninkontinenz, die bei alten Menschen auftritt, kann häufig auf den Verlust körperlicher und geistiger Fähigkeiten zurückgeführt werden. Harninkontinenz hat meist schwerwiegende somatische und psychosoziale Folgen für den Betroffenen. Zudem entstehen durch den Gebrauch von Inkontinenzhilfsmitteln und Folgeerkrankungen wie Harnwegsinfektionen und Hautirritationen bis hin zu Dekubitalgeschwüren dem Gesundheitswesen hohe Kosten (Niederstadt et al., 2007).

In Pflegeheimen ist Harninkontinenz weit verbreitet. International weisen die Forschungsergebnisse eine Prävalenz zwischen 40 % und 74 % auf (Boyington et al., 2007; Peet et al., 1995) Für Deutschland konnten Werte von 74 % ermittelt werden (Dassen, 2006b). Die Anzahl harninkontinenter Pflegeheimbewohner wird vermutlich zukünftig weiter ansteigen, da eine Verschiebung des Schweregrads der Pflegebedürftigkeit hin zu immer mehr Schwerstpflegebedürftigen (Stufe III) zu erwarten ist (Schulz et al., 2001; Statistisches Bundesamt, 2003).

Bei einer differenzierten Betrachtung der Harninkontinenz in zwei Langzeitstudien in den USA und der Schweiz konnte nachgewiesen werden, dass die Häufigkeit der Harninkontinenz mit der Dauer des Heimaufenthaltes ansteigt. Die Aufnahmeprävalenz war in diesen Untersuchungen deutlich niedriger als die Prävalenz nach zwölf Monaten Heimaufenthalt (Palmer et al., 1991; Saxer et al., 2005). Risikofaktoren, welche die Wahrscheinlichkeit erhöhen, nach der Aufnahme in ein Pflegeheim inkontinent zu werden, sind laut Studienergebnissen kognitive Einschränkungen und Immobilität. Uneinheitliche Befunde existieren hinsichtlich der Inkontinenzentwicklung differenziert nach Frauen und Männern (Borrie et al., 1992; Palmer et al., 1991; Saxer et al., 2005).

Für Deutschland liegen keine Studien vor, die Veränderungen der Kontinenzsituation der Bewohner nach dem Eintritt in eine vollstationäre Einrichtung

betrachten. Es wurden bislang keine Analysen durchgeführt, die aufzeigen, welche Faktoren eine Inkontinenzentwicklung beeinflussen. National und international fehlen Studien, die auch Umgebungsfaktoren als mögliche Risikofaktoren der Inkontinenz in Betracht ziehen. Weiterhin fehlen Untersuchungen, die Faktoren zur Wiederherstellung der Kontinenzfähigkeit bzw. des Kontinenzverlustes identifizieren.

Die Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren jedoch ist die Voraussetzung für die Prävention von Harninkontinenz, da diese so verhindert oder verringert werden könnte. Die Suche nach Faktoren, die die Chance erhöhen, nach der Aufnahme in ein Pflegeheim wieder kontinent zu werden, liefert wichtige Hinweise für eine pflegerische Rehabilitation der Harninkontinenz. Pflegefachkräfte müssen um diese Aspekte wissen, um sie bei der Versorgung der Bewohner berücksichtigen zu können. Ein präventiver, rehabilitativer und somit kontinenzfördernder Ansatz fehlt bislang in Deutschland bei der Versorgung von Pflegeheimbewohnern (Müller & Müller, 2004a).

In dieser Arbeit sollen am Beispiel der Harninkontinenz körperliche Veränderungen der Bewohner, die nach dem Einzug in ein Pflegeheim auftreten, untersucht werden. So wird hinterfragt, ob das eingangs zitierte Beispiel von Herrn Merck und seiner Entwicklung einer Harninkontinenz beim Heimeintritt eine Ausnahme ist oder häufig auftritt.

Vorliegend wird als Zeitrahmen das erste halbe Jahr nach dem Einzugstag betrachtet, da diese Zeit als Phase der kritischen Eingewöhnung gilt (Baumann et al., 2002; Thiele, 2000). Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

- Wie hoch ist die Gesamtprävalenz der Harninkontinenz in Pflegeheimen in Deutschland?
- Wie hoch ist die Prävalenz der Harninkontinenz zum Aufnahmezeitpunkt und nach sechs Monaten Heimaufenthalt?
- Welchen Einfluss haben ausgewählte Faktoren, die bei dem Bewohner selbst und in der Heimumgebung liegen,
  - auf die Entstehung einer Harninkontinenz nach dem Heimeinzug?
  - auf die Wiederherstellung der Kontinenz nach dem Heimeinzug?



## 2 Die Institution Pflegeheim

Heime werden in zwei unterschiedlichen Gesetzbüchern definiert. Zum einen im Heimgesetz<sup>1</sup> des Bundes von 1975 unter § 1 HEIMG als Einrichtungen, „die dem Zweck dienen, ältere Menschen oder pflegebedürftige oder behinderte Volljährige aufzunehmen, ihnen Wohnraum zu überlassen sowie Betreuung und Verpflegung zur Verfügung zu stellen oder vorzuhalten, und die in ihrem Bestand von Wechsel und Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner unabhängig sind und entgeltlich betrieben werden.“

Zum anderen werden im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes des Bundes von 1994 stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) nach § 71 II als „selbstständig wirtschaftende Einrichtungen, in denen Pflegebedürftige (1) unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft gepflegt werden und (2) ganztägig (vollstationär) oder nur tagsüber oder nur nachts (teilstationär) untergebracht und verpflegt werden können“ (Klie, 2005, S. 336) definiert.

Während das Heimgesetz die Zweckbeschreibung dieser Institutionen beinhaltet (älteren und behinderten Erwachsenen Wohnraum zu überlassen, sie zu betreuen und zu verpflegen), zielt die Definition des SGB XI eher auf handelsrechtliche Aspekte (selbstständig wirtschaftende Einrichtung) ab und klärt die Verantwortung der pflegerischen Versorgung.

Unabhängig von der rechtlichen Einbettung der Pflegeheime in Deutschland scheint die Betrachtung ihrer Entstehungsgeschichte bedeutsam, um die heutige Debatte um das schlechte Image und einer möglichen Abschaffung dieser Institutionen einordnen und ggf. relativieren zu können.

### 2.1 Historie der Pflegeheime

Heime als Asyle für Hilflose und Kranke waren bereits in der mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Stadt als letzter Zufluchtsort etabliert (Labisch & Spree, 1996). In den Fremdenherbergen, den Xenodochien, wurde Pilgern, Reisenden und anderen Bedürftigen Unterkunft und Fürsorge gewährt (Murken, 1986). Oft befand sich diese frühe Form der Hospitäler in der Nähe bedeutsamer Pilger- und Wohlfahrtsorte (Jetter, 1986). Mit der Entfaltung des monastischen Christentums bekamen diese Gasthäuser zunehmend den Charakter von sozial-karitativen Institutionen, in denen auch dem Kranken Hilfe und Fürsorge geboten wurde (Jetter, 1986; Murken, 1986).

<sup>1</sup> Das Heimgesetz des Bundes ist im Jahr 2006 im Rahmen einer Föderalismusreform in die Verantwortung der Länder übergegangen. Bis zur Verabschiedung neuer Heimgesetze bleibt jedoch das Heimgesetz des Bundes weiter wirksam (Deutscher Bundestag, 2006).

Der Ursprung zahlreicher Klöster ist auf diese frühe Form des Hospitals zurückzuführen (Jetter, 1973). Wohlhabende Bürgerinnen und Bürger konnten sich durch die Sicherung von „Pfründen“ einen Ruheplatz im Hospital erkaufen (Sowinski & Maciejewski, 2000) Dadurch entwickelten sich Hospitäler, die sich auf ältere Menschen spezialisierten. Für die ärmeren Bevölkerungsschichten blieben jedoch die Siechen- und Armenhäuser, insbesondere im Falle der Pflegebedürftigkeit (ebd.). In Frankreich verwandelte sich um 1800 das Hospital der Armen und Hilfsbedürftigen in eine Stätte, die heilbaren Kranken oder zumindest behandlungsfähigen Kranken vorbehalten war – dem Krankenhaus.

Durch die Entstehung der Krankenhäuser spitzte sich die Situation der Alten zu, da im Krankenhaus ausschließlich Kranke mit Prognose auf Heilung versorgt wurden. Unheilbare, „Sieche“ oder lediglich pflegebedürftige Alte sind in Krankenhäusern versehentlich und nur vorübergehend akzeptiert worden (Jetter, 1977). Sieche und altersschwache Personen wurden so durch die Krankenhäuser nicht länger dauerhaft versorgt und zusammen mit „Züchtlingen“, „Staatsgefangenen“ „Kindern fremder Herkunft“ und „Geisteskranken“ in Armen- oder Siechenhäusern institutionalisiert (Irmak, 1998).

Eine patientendifferenzierte Pflege und Behandlung alter, chronisch kranker Menschen entwickelte sich aufgrund neu entstandener Erfordernisse des Sozial- und Gesundheitswesens erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts (Irmak, 1998). In Medizin, Strafrecht, Psychiatrie und Jugendfürsorge entstanden neue Professionen, die sich nun ihrer speziellen Klientel widmeten. In den Armenhäusern blieben alte Kranke und „Sieche“ als Restgruppe übrig (Irmak, 1998). Die Altenpflegeheime als gesonderte Institution entwickelten sich erst in der Weimarer Republik mit der Implementierung des Fürsorgerechts, das bis zu seiner Ablösung durch das Bundessozialhilfegesetz 1961/62 die sozialpolitische Grundlage bildete. Interessenvereinigungen der Kleinrentner konnten eine Altersheimdifferenzierung bewirken, da für Kleinrentner und Kleinrentnerinnen der Armenhauscharakter indiskutabel war (ebd.). So entstanden Rentner- und Altersheime für den „rüstigen“ alten Menschen. Alterssiechende verblieben in den Siechenhäusern und waren den Folgen der Armut weiterhin ausgesetzt. Im Nationalsozialismus verschärfte sich die Situation der Siechenden nochmals aufgrund von „Verlegungstransporten“ in die durch Euthanasie leerstehenden Heil- und Pflegeanstalten, Tötungen (besonders in der Phase der „wild- en Euthanasie“) und durch Kürzungen der staatlichen Zuwendungen (ebd.). Erst nach dem Zweiten Weltkrieg entstand auch in den Siechenhäusern das Leitbild eines Heimes der zwanziger Jahre, sodass seitdem vier Generationen von Altenheimen unterschieden werden können:

Altenheime der ersten Generation (1945-1960) waren Verwahranstalten, in denen die Bewohner in großen Schlafräumen und kargen Aufenthaltsräumen lebten (Dibelius & Uzarewicz, 2006). Es gab keine Möglichkeit der Selbstmöblierung. Das Heranziehen der Bewohner zur Arbeit war damals üblich (Dibelius & Uzarewicz, 2006; Dieck, 1994). Erving Goffman nannte diese Form des Altenheimes, ebenso wie Gefängnisse, Kasernen, Internate, Klöster, Irrenhäuser u.a., „totale Institutionen“