



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät für Management, Kultur und Technik
Institut für Duale Studiengänge
Studiengang Pflege B.Sc. (dual)

BACHELORARBEIT

Wohnformen für einen betagten multimorbiden Mann aus einem landwirtschaftlichen Kontext – eine Fallanalyse

Erstgutachter: Prof. Dr. Stefanie Seeling
Zweitgutachterin: Isabel Alsmann (B. A.)

Eingereicht von: Paula Peterberns
Matrikelnummer: 800915

Eingereicht am: 10.05.2021

Zusammenfassung

Hintergrund

Neben der sinkenden Anzahl jüngerer Menschen zeigt der demografische Wandel auch die steigende Anzahl älterer Menschen. Bereits jeder fünfte Deutsche ist über 66 Jahre alt. Bis 2038 wird mit ca. 23 Millionen Menschen über 65 Jahre gerechnet. Die steigende Anzahl von älteren Menschen bedeutet auch eine steigende Anzahl an pflegebedürftigen Menschen. Mit sich verändernden Haushaltskonstellationen kann die Pflege in der Häuslichkeit nicht immer geleistet werden, sodass der Einzug in eine Langzeitpflegeeinrichtung nicht zu umgehen ist. In Pflegeheimen wird die Individualität und Biografie der einzelnen Bewohner nicht immer berücksichtigt, wobei hierdurch das Wohlbefinden gesteigert werden könnte.

Methodisches Vorgehen

Die Grundlage dieser Arbeit bildet ein realer Fall aus der Praxis. Dieser wird mithilfe der hermeneutischen Fallanalyse bearbeitet. Zudem wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken Springerlink und PubMed sowie in der Suchmaschine Scinos der Hochschule Osnabrück durchgeführt. Die Forschungsfrage dieser Arbeit lautet: Welche Wohnformen eignen sich für einen betagten multimorbiden Mann aus einem landwirtschaftlichen Kontext? Das Ziel dieser Arbeit ist die Erarbeitung von geeigneten Wohnformen für den Patienten, welche einen Bezug zu seiner Biografie und somit auch zur Landwirtschaft haben.

Ergebnisse

Die Analyse zeigt, inwieweit Herr Meyer pflegebedürftig ist und weshalb die weitere Versorgung zuhause durch Familienangehörige im weiteren Verlauf nicht mehr gewährleistet werden kann. Des Weiteren konnte die Bedeutung seiner landwirtschaftlichen Biografie für mögliche Wohnformen anhand der Kontinuitätstheorie aufgezeigt werden. Es konnten zwei geeignete Wohnformen für Herrn Meyer, welche sich in Deutschland befinden, identifiziert werden. Die Rahmung dieser Wohnformen bildet der Green Care Ansatz. Das Leben in unmittelbarer Nähe zu einem landwirtschaftlichen Betrieb und den dazugehörigen Tieren würde positive Auswirkungen auf Herrn Meyer haben.

Schlussfolgerungen

Die Berücksichtigung der Biografie älterer Menschen ist bei der Auswahl geeigneter Wohnformen von großer Bedeutung, da dies positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit haben kann. Da es in Deutschland bisher erst wenige Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen auf landwirtschaftlichen Betrieben oder Bauernhöfen gibt, besteht hinsichtlich der Einrichtung mehrerer solcher Wohnmöglichkeiten zukünftig Handlungsbedarf.

Abstract

Background

In addition to the declining number of younger people, demographic change also shows the increasing number of older people. One in five Germans is already over 66 years old. By 2038, around 23 million people over the age of 65 are expected. The rising number of older people also means a rising number of people in need of care. With changing household constellations, care cannot always be provided at home, so moving into a long-term care institution is unavoidable. In nursing homes, the individuality and biography of each resident is not always taken into account, although this could increase well-being.

Methods

The basis of this work is a real case from practice. This is processed with the help of hermeneutic case study. In addition, a systematic literature search was conducted in the Springerlink and PubMed databases as well as in the Scinos search engine of the Osnabrück University of Applied Sciences. The research question of this thesis is: Which forms of living are suitable for an elderly multimorbid man from an agricultural context? The aim of this work is the elaboration of suitable forms of living for the patient, which have a relation to his biography and therefore also to agriculture.

Results

The analysis shows to what extent Mr. Meyer is in need of care and why further care at home by family members can no longer be provided in the further course. Furthermore, the significance of his agricultural biography for possible forms of living could be shown on the basis of the continuity theory. Two suitable forms of housing for Mr. Meyer, which are located in Germany, could be identified. The framing of these forms of living is the Green Care approach. Living in close proximity to a farm and its animals would have positive effects on Mr. Meyer.

Conclusion

Considering the biography of older people is of great importance when selecting suitable forms of housing, as this can have a positive impact on satisfaction. Since there are only a few housing options for older people on farms or agricultural enterprises in Germany so far, there is a need for action in the future with regard to the establishment of several such housing options.

I. Inhaltsverzeichnis

II. Abkürzungsverzeichnis	VII
III. Abbildungsverzeichnis	VIII
1. Einleitung.....	1
1.1 Fragestellung und Zielsetzung	1
1.2 Aufbau der Arbeit	2
2. Problemhintergrund	2
3. Theoretischer Hintergrund.....	4
3.1 Lebensphase Alter	5
3.1.1 Körperliche Merkmale.....	5
3.1.2 Altersbilder	6
3.1.3 Soziale Beziehungen.....	7
3.2 Multimorbidität.....	8
3.2.1 Einflussfaktoren.....	9
3.2.2 Folgen	10
3.3 Ländlicher Raum	11
3.3.1 Merkmale	12
3.3.2 Situation der älteren Bevölkerung.....	13
4. Methodisches Vorgehen	14
4.1 Hermeneutische Fallanalyse	14
4.2 Literaturrecherche	15
5. Fallbeschreibung.....	16
5.1 Allgemeine Informationen.....	17
5.2 Pflegeanamnese anhand der ABEDL.....	17
5.2.1 Kommunizieren	17
5.2.2 Sich bewegen.....	18
5.2.3 Vitale Funktionen aufrechterhalten	18
5.2.4 Sich pflegen und sich kleiden	19
5.2.5 Ausscheiden.....	19

5.2.6 Essen und Trinken	20
5.2.7 Ruhen, Schlafen und sich entspannen	20
5.2.8 Sich beschäftigen	21
5.2.9 Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen.....	21
5.2.10 Soziale Beziehungen sichern und gestalten	21
5.2.11 Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen.....	21
5.3 Dimension und Perspektive.....	22
6. Fallanalyse	23
6.1 Mobilität.....	23
6.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten.....	24
6.3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen.....	24
6.4 Selbstversorgung	25
6.5 Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen	27
6.6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	28
6.6.1 Familiensystem	29
6.6.2 Rollenüberbelastung der Ehefrau	31
6.6.3 Alltagsgestaltung	33
7. Transfer – Wohnformen für Herrn Meyer	36
7.1 Alter(s)garten	37
7.2 Bauernhof-WG	40
7.3 Regionales Szenario	43
8. Fazit	44
9. Ausblick	45
10. Kritische Reflexion	46
IV. Literaturverzeichnis	IX
V. Rechtsquellenverzeichnis.....	XIV
VI. Anhang.....	XV
Eidesstattliche Erklärung	

II. Abkürzungsverzeichnis

ABEDL	Aktivitäten, soziale Beziehungen und existenzielle Erfahrungen des Lebens
BMEL	Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
NBA	Neues Begutachtungsassessment

III. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Genogramm Familie Meyer	29
Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF	34

1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit wird im Rahmen des Studiengangs Pflege (dual) der Hochschule Osnabrück am Campus Lingen verfasst und soll dem erfolgreichen Abschluss und dem Erlangen des akademischen Grades Bachelor of Science dienen. Grundlage für diese Bachelorarbeit ist ein realer Fall aus der Pflegepraxis. Ein Grund für die Auswahl dieses Patienten ist die Komplexität, die dieser Fall mit sich bringt. Er stellt die aktuelle Problematik dar, dass der Übergang in eine Langzeitpflegeeinrichtung aufgrund von zunehmender Pflegebedürftigkeit bevorsteht. Da der Fall in einem ländlich geprägten Dorf in Norddeutschland verortet ist und der Patient im früheren Leben als Landwirt tätig war, veranlasste dies die Verfasserin dazu, den Fall für die Bachelorarbeit auszuwählen und sich mit geeigneten Wohnformen im landwirtschaftlichen Kontext für den Patienten auseinanderzusetzen.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden der Patient und seine Angehörigen nicht mit deren richtigen Namen genannt, sodass keine Rückschlüsse auf den Patienten und seine Angehörigen möglich sind. Alle Namen von Personen, Orten und Institutionen, welche im Zusammenhang mit dem Fall relevant sind, sind Pseudonyme. Der Patient wird daher in dieser Arbeit als Herr Meyer bezeichnet. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Text nur männliche Personenbezeichnungen genannt. Dabei sind die jeweiligen weiblichen Personenbezeichnungen gleichermaßen miteingeschlossen.

1.1 Fragestellung und Zielsetzung

Der Fall, der als Grundlage für die Bachelorarbeit ausgewählt wurde, ist in einer kollegialen Fallberatung vorgestellt worden. Die Rolle der Berater haben acht Kommilitonen übernommen. Diese haben Aussagen, Gedanken und Gefühle von verschiedenen Beteiligten der Fallsituation zum Ausdruck gebracht, wobei für die Verfasserin die Aussage „Ich vermisse meinen Hof und meine alte Arbeit“ ausschlaggebend für die Themenfindung war. Diese Aussage vom Berater, der die Rolle des Patienten übernommen hatte, vor dem Hintergrund des nahenden Übergangs in die Langzeitpflege, führte dazu, dass innerhalb der kollegialen Beratung der Fokus auf mögliche Wohnformen im landwirtschaftlichen Kontext für Herrn Meyer gelegt wurde. Die endgültige Frage für die hier vorliegende Bachelorarbeit lautet:

„Welche Wohnformen eignen sich für einen betagten multimorbiden Mann aus einem landwirtschaftlichen Kontext?“

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Wohnformen zu erarbeiten, die sowohl die pflegerische Versorgung von Herrn Meyer gewährleisten als auch seine Biografie, insbesondere seinen landwirtschaftlichen Lebenslauf, berücksichtigen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Zu Beginn wird im Problemhintergrund (Kap. 2) die Relevanz des Themas deutlich gemacht. Dabei werden der demografische Wandel, die Pflegebedürftigkeit und die Versorgungsformen thematisiert. Im Anschluss daran werden im Rahmen des theoretischen Hintergrundes (Kap. 3) für diese Arbeit relevante Themen theoretisch erläutert. Dabei ist das erste Thema die Lebensphase Alter. Hierbei werden neben den körperlichen Merkmalen und den Altersbildern auch die Bedeutung sozialer Beziehungen dieser Lebensphase thematisiert. Das zweite Thema ist die Multimorbidität. Neben Möglichkeiten der Definition werden Einflussfaktoren und Folgen näher beleuchtet. Als drittes Thema wird im Rahmen des theoretischen Hintergrundes der ländliche Raum behandelt. Neben der Definition und den Merkmalen wird hier auch die Situation der älteren Bevölkerung in ländlichen Räumen beispielhaft dargestellt. Am Ende des theoriegeleiteten Teils dieser Arbeit, wird das methodische Vorgehen (Kap. 4) erläutert. Hierbei wird zunächst näher auf die hermeneutische Fallanalyse eingegangen, bevor das Vorgehen der von der Verfasserin durchgeführten Literaturrecherche dargestellt werden. Im nächsten Schritt folgt die Fallbeschreibung (Kap. 5) von Herrn Meyer. Nach allgemeinen Informationen sowie medizinischen Diagnosen, folgt die Pflegeanamnese anhand der Aktivitäten, sozialen Beziehungen und existenziellen Erfahrungen des Lebens (ABEDL) nach Krohwinkel. Im Anschluss werden die Dimension und Perspektive, welche für die vorliegende Arbeit richtungsweisend sind, erläutert. Der folgende analytische Teil (Kap. 6) erfolgt anhand der sechs Module des Neuen Begutachtungsassessments, sodass eine Einschätzung bezüglich des aktuellen Pflegegrades getroffen werden kann. Im letzten Teil dieser Arbeit (Kap. 7) werden geeignete Wohnformen auf Herrn Meyer angewendet.

2. Problemhintergrund

Deutschland ist schon seit Langem mit dem demografischen Wandel konfrontiert. Die Anzahl der jüngeren Menschen nimmt ab, während die Anzahl an älteren Menschen ansteigt. So ist jeder zweite Deutsche bereits über 45 Jahre und jeder fünfte Deutsche bereits über 66 Jahre alt. Die Zahl der über 65-jährigen hat sich von 1990 bis 2018 bereits um 50% gesteigert, von ca. 12 Millionen auf ca. 18 Millionen. Es wird vermutet, dass bis zum Jahr 2038 fünf bis sechs Millionen Menschen dieser Altersklasse hinzukommen und dann mit ca. 23 Millionen Menschen über 65 Jahren zu rechnen ist. Der Anstieg wird bis zum Jahr 2025 erst langsam zunehmen. Danach wird die Anzahl der Menschen über 65 Jahren allerdings stark zunehmen. Hinzu kommt, dass aufgrund von besseren Lebensumständen, abnehmendem Alkohol- und Zigarettenkonsum sowie medizinischen Fortschritten und Verbesserungen damit zu rechnen

ist, dass die Lebenserwartung der Menschen auch weiterhin ansteigen wird (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021, o. S.).

Mit dem wachsenden Anteil der älteren Bevölkerung steigt auch die Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftig im Sinne des §14 im SGB XI sind „Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§14 Abs. 1 SGB XI). Diese Beeinträchtigungen können sowohl körperlich, psychisch oder kognitiv sein und können vom Betroffenen nicht eigenständig kompensiert werden (vgl. §14 Abs. 1 SGB XI). Ende 2019 lag die Zahl der Pflegebedürftigen bei 4,13 Millionen Menschen, während sie Ende 2017 noch bei 3,41 Millionen Menschen lag. Hier gab es also in zwei Jahren einen Anstieg der Pflegebedürftigen von 21%. Auch wenn dieser mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs 2017 begründet werden kann (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021, o. S.), ist davon auszugehen, dass die Zahl der Pflegebedürftigen auch weiterhin steigen wird, da die Wahrscheinlichkeit der Notwendigkeit von Pflege mit der Zunahme des Alters ansteigt. Der Großteil der Pflegebedürftigen mit 56% wurde im Jahr 2019 zuhause durch Angehörige versorgt. 24% der Pflegebedürftigen wurde ebenfalls zuhause, allerdings nicht oder nicht nur durch Angehörige, sondern durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt. Der kleinste Anteil der Pflegebedürftigen mit 20% wurde in vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen versorgt (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021, o. S.). Im Rahmen der häuslichen Pflege durch Angehörige sind es meist Kinder, die ein Elternteil pflegen. Nur etwa 10% der pflegenden Angehörigen sind Ehepartner oder Lebenspartner (vgl. Statista, 2021, o. S.). Obwohl die Mehrheit der Pflegebedürftigen in der Häuslichkeit durch Angehörige versorgt wird, zeigen Umfrageergebnisse aus dem Jahr 2015, dass sich mehr als die Hälfte der Menschen, die eine Pflege Tätigkeit übernehmen, sowohl zeitlich als auch psychisch damit überfordert fühlen. Etwa die Hälfte fühlt sich auch körperlich überfordert (vgl. Statista, 2021a, o. S.).

Im Zusammenhang mit der älter werdenden Gesellschaft und der steigenden Pflegebedürftigkeit spielt auch der Fachkräftemangel in der Pflege eine Rolle. Bereits 2020 fehlten insgesamt ca. 375.000 Pflegekräfte. Bis zum Jahr 2025 wird damit gerechnet, dass es an etwa 419.000 Pflegekräften mangeln wird. Zehn Jahre weiter wird diese Zahl noch um etwa 74.000 steigen, sodass ca. 493.000 Pflegekräfte fehlen werden. Der größte Mangel an Pflegefachkräften wird sich in der stationären Pflege zeigen (vgl. Statista, 2021b, o. S.). Bereits im Jahr 2017 gaben ca. zwei Drittel der Angehörigen aller Pflegeberufe an, oft oder sehr oft unter Zeitdruck zu arbeiten. In der Krankenpflege war der Anteil dabei am größten (vgl. Statista, 2021c, o. S.). Es lässt sich vermuten, dass aufgrund der steigenden Zahlen an fehlenden Pflegekräften, der Zeitdruck in der Pflege auch weiterhin bestehen bleibt oder sogar zunehmen wird.

Eine Tabelle des Statistischen Bundesamtes zur Haushaltgröße von Privathaushalten (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021a, o. S.) zeigt, dass der Anteil an Haushalten mit drei oder mehr

Personen abnimmt und der Anteil an Ein- und Zweipersonenhaushalten zunimmt. Während 1961 nur ca. 20% aller Haushalte Einpersonenhaushalte waren, ist dieser Anteil bis 2019 auf etwa das Doppelte angestiegen. Auch der Anteil der Zweipersonenhaushalte ist in diesem Zeitraum von 26,5% auf 33,2% gestiegen. Im Gegenteil dazu hat sich der Anteil an Dreipersonenhaushalten zwischen 1961 und 2019 auf ca. 12% halbiert. Nur noch ein Viertel des Anteils von 1961 lebte 2019 in Haushalten mit mehr als fünf Personen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021a, o. S.). In einem Drittel aller Haushalte lebte 2019 mindestens ein Mensch, der älter als 65 Jahre war. Von diesen waren es etwa 6,7 Millionen Mehrpersonenhaushalte. Von diesen wiederum bestanden 64% der Haushalte nur aus Menschen, die älter als 65 Jahre sind. In nur 36% der Haushalte mit Menschen ab 65 Jahren lebten auch jüngere Menschen (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021, o. S.). Die Tendenz zu kleineren Haushalten, welche oft nur aus älteren Menschen bestehen und die Tatsache, dass es immer weniger junge Menschen im Vergleich zu älteren Menschen gibt, führen zu der Annahme, dass in Zukunft weniger Pflegebedürftige zuhause durch Angehörige versorgt werden können (vgl. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, o. J., o. S.). Daher lässt sich ebenfalls vermuten, dass zukünftig ein größerer Teil der älteren Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt werden wird.

In stationären Pflegeeinrichtungen mangelt es dabei oft an ausreichender Biographiearbeit. Dabei kommt dieser hinsichtlich der Vermittlung von Würde, Lebensqualität und Respekt eine wichtige Rolle zu. Sie hat positiven Einfluss auf den Lebensalltag von pflegebedürftigen Menschen in Langzeitpflegeeinrichtungen (vgl. Zegelin & Langner, 2020, S.49).

3. Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel sollen theoretische Grundlagen geschaffen werden, die für das Verständnis der Lebenssituation von Herrn Meyer nötig sind. Dabei wird zunächst die Lebensphase Alter thematisiert. Nach einer allgemeinen Erklärung der Lebensphase Alter werden die körperlichen Merkmale dieser Lebensphase sowie die verschiedenen Altersbilder, die in der Gesellschaft herrschen, erläutert. Im Anschluss daran werden die sozialen Beziehungen älterer Menschen thematisiert. Das nächste Thema in diesem Kapitel ist die Multimorbidität. Zunächst werden Möglichkeiten der Definition von Multimorbidität aufgezeigt und häufige Erkrankungen im Zusammenhang mit Multimorbidität genannt. Danach werden die Faktoren, welche Einfluss auf Multimorbidität haben und Folgen der Multimorbidität näher beleuchtet. Das letzte Thema, welches in diesem Kapitel thematisiert wird, ist der ländliche Raum. Dieser ist für diese Arbeit von Bedeutung, da Herr Meyer in einem solchen lebt. Hierbei geht es zunächst um Merkmale,

welche ländliche Räume aufweisen. Im Anschluss daran wird die Situation der älteren Bevölkerung am Beispiel der Samtgemeinde Emlichheim geschildert.

3.1 Lebensphase Alter

Im Duden wird der Begriff „Alter“ unter anderem als „die höhere Anzahl von Lebensjahren [oder] letzter Lebensabschnitt“ (Dudenredaktion, o. J., o. S.) definiert. Wann genau dieser letzte Lebensabschnitt allerdings beginnt, kann nicht eindeutig bestimmt werden. Bis ca. Mitte der 1970er Jahre wurde der Eintritt in den Ruhestand auch als Eintritt in das Alter angesehen. Da es mittlerweile allerdings verschiedene Modelle für den Übergang in den Ruhestand gibt, wie beispielsweise das Modell der Altersteilzeit oder Erwerbsminderungsrente, gibt es oft keinen konkreten Übergang in den Ruhestand mehr. Im Gegensatz zum Beginn der Lebensphase Alter ist das Ende klar durch den Tod begrenzt. Wird angenommen, dass die Lebensphase mit dem Eintritt in die Rente beginnt und mit dem Tod endet, ist sie für jeden Menschen individuell lang. Bei einem frühen Eintritt in den Ruhestand und einem hohen Sterbealter kann die Dauer dieser Lebensphase bis zu 50 Jahre betragen (vgl. Backes & Clemens, 2013, S.22).

Die Lebensphase Alter kann des Weiteren noch in kleinere Phasen unterteilt werden. Rosenmayr unterscheidet hier beispielsweise in drei Abschnitte des Alters. Der erste Abschnitt bietet den Menschen noch Chancen, während Menschen im zweiten Abschnitt bereits in einigen Tätigkeiten eingeschränkt sind. Der dritte Abschnitt ist von Abhängigkeit geprägt (vgl. Rosenmayr, 1996, S.35, zitiert nach Backes & Clemens, 2013, S.23).

Alter lässt sich auch anhand der Lebensjahre kategorisieren. Menschen zwischen 55 und 69 Jahren werden als ältere Personen, Menschen zwischen 70 und 75 Jahren als alte Personen, Menschen zwischen 76 und 80 Jahre als betagte Personen und Menschen, die älter als 80 Jahre sind, als hoch betagte Personen bezeichnet (vgl. IW JUNIOR, 2021, o. S.). Anhand dieser vorliegenden Definition ist der beschriebene Patient als betagt einzuordnen.

3.1.1 Körperliche Merkmale

Der Begriff „Biomorphose“ beschreibt Veränderungen des Körpers im Verlauf des Lebens, die irreversibel sind. Die Biomorphose beginnt mit der Befruchtung und dauert das gesamte Leben über an. Bei diesem Prozess entwickeln sich Organe und Gewebe und werden um- und abgebaut. Dieser Prozess hat zur Folge, dass sich Organe in ihrer Größe und Aktivität im Laufe des Lebens verändern. Der Abbau von Organen beginnt zwischen dem 30. und 50. Lebensjahr. Der dabei entstehende Funktionsverlust kann zunächst durch den Gesamtorganismus noch ausgeglichen werden, erst mit steigendem Alter werden die Funktionsverluste spürbar

und die körperlichen Veränderungen sichtbar. Die körperlichen Veränderungen stellen für andere Menschen Merkmale dar, anhand der sie das Alter einer Person einschätzen (vgl. Pfäfflin, 2016, S.40).

Zwei körperliche Merkmale des Alters sind die Körpergröße und der Körperumriss. Aufgrund von Veränderungen der Wirbelsäule, wie beispielsweise das Schrumpfen der Bandscheiben, nimmt die Körpergröße einer Person bis zu einem Alter von 80 Jahren durchschnittlich fünf bis sechs Zentimeter ab. Neben der Abnahme der Körpergröße kommt es aufgrund der Veränderungen der Wirbelsäule auch zu einem sogenannten Rundrücken. Außerdem kommt es zu Veränderungen der Körperhaltung: eine schmaler werdende Schulterpartie, ein breiter werdendes Becken sowie eine erschlaffende Rücken- und Bauchmuskulatur führen zu einer birnenförmigen Körperumriss. Ein weiteres körperliches Merkmal für Alter ist die Muskulatur, welche an Masse verliert und so das Körperbild verändert (vgl. Pfäfflin, 2016, S.40f.).

Auch Haare und Haut verändern sich im Alter. Die Haut bildet Falten und wird insgesamt dünner aufgrund von Wasserverlust und abnehmender Anzahl an Zellen. Durch die dünnere Haut treten die Venen stärker hervor. Neben der Entstehung von Falten kommt es auch zum Farbstoffverlust sowohl in der Haut als auch in den Haaren, sodass diese weiß oder grau werden. Auf der Haut kann es neben dem Farbverlust außerdem zu Ansammlungen von Pigmentflecken kommen. Auch der Gang ist ein Merkmal von älteren Menschen. Dieser wird mit steigendem Alter unsicherer, da der Gleichgewichtssinn abnimmt. Um dieser Problematik entgegenzuwirken, verlagern ältere Menschen ihr Gewicht, indem sie breitbeiniger gehen und stehen (vgl. Pfäfflin, 2016, S.40f.).

Alle Veränderungen, die der Prozess des Alterns mit sich bringt, sind nicht als Krankheit anzusehen, sondern als physiologische Veränderung des Körpers (vgl. Pfäfflin, 2016, S.39).

3.1.2 Altersbilder

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) beauftragte im Jahr 2007 eine Sachverständigenkommission, um den sechsten Altenbericht zu erstellen. Dieser Bericht wurde im Juni 2010 veröffentlicht und behandelt die Thematik „Altersbilder in der Gesellschaft“, welche in diesem Kapitel thematisiert werden.

Im sechsten Altenbericht werden Altersbilder als „individuelle und gesellschaftliche Vorstellungen vom Alter [...], vom Altern [...] oder von älteren Menschen“ (BMFSFJ, 2010, S.36) beschrieben. Altersbilder bestehen nicht nur innerhalb einer Gesellschaft, auch jede Einzelperson hat mehrere Bilder von Alter. Dabei sind Altersbilder nicht nur eine unwichtige Begleiterscheinung des Umgangs der Gesellschaft mit Alter, sondern eine Realität, die ursächlich für den Umgang der Gesellschaft mit Alter ist und damit auch zur Zukunft des Alters beiträgt.

Solche Altersbilder sind visuelle Darstellungen von älteren Menschen, die keinen weiteren Worten zur Erklärung bedürfen. Sie können sowohl über analoge als auch digitale Medien verbreitet werden. Medien in diesem Kontext sind beispielsweise das Internet, das Fernsehen, Bücher, aber auch der Körper eines älteren Menschen selbst. Wie im vorherigen Kapitel beschrieben, macht sich Alter körperlich bemerkbar im Aussehen und im Gangbild und wird daher für andere Menschen wahrnehmbar. Der Körper älterer Menschen ist daher prägend für die Entstehung von Altersbildern. Ein weiteres wichtiges Medium ist die Sprache, über die Vorurteile in einer sprachlichen Aussage geäußert werden (vgl. BMFSFJ, 2010, S.26ff.).

Vor dem Hintergrund des Falles von Herrn Meyer, welcher dieser Arbeit zugrunde liegt, ist die Betrachtung von Altersbildern im stationären pflegerischen Kontext ein relevanter Aspekt, welcher im sechsten Altenbericht ebenfalls thematisiert wird. Die Altersbilder in der stationären Pflege haben sich in den vergangenen Jahren gewandelt. Dies liegt zum einen daran, dass sich in der stationären Pflege die Orientierungen verändern. Es ist immer öfter die Rede von Wohngruppen und Wohngemeinschaften anstelle von Stationen, wie es sie im klinischen Bereich gibt. Dabei hat das Wohnen meist eine höhere Priorität als die Pflege. Auch aus der Perspektive der Semantik haben sich Veränderungen ergeben. So wird nicht mehr von Heimen gesprochen, sondern von Betreuungseinrichtungen, Einrichtungen oder Wohnformen, wodurch sich eine zunehmende Vielseitigkeit an Versorgungskonzepten in der stationären Pflege feststellen lässt (vgl. Klie & Schuhmacher, 2009, o. S., zitiert nach BMFSFJ, 2010, S.362f.). Auch die Bewohner werden zunehmend als Gäste einer Einrichtung oder Mitglieder einer Wohngemeinschaft angesehen. Durch die zunehmende Vielseitigkeit an Versorgungskonzepten und auch durch die Veränderungen in der Semantik kann das Bild von der Pflege älterer Personen sowohl in der Gesellschaft als auch im politischen Kontext verändert werden (vgl. BMFSFJ, 2010, S.363).

Die zunehmende Vielseitigkeit an Versorgungskonzepten ist für diese Arbeit besonders von Bedeutung, da ein geeignetes Versorgungskonzept für Herrn Meyer herausgearbeitet werden soll.

3.1.3 Soziale Beziehungen

Die meisten Menschen sind in einer Vielzahl an sozialen Beziehungen eingebunden. Dazu zählen neben der Beziehung zum Ehepartner und zu den eigenen Kindern auch Beziehungen zu Freunden und Nachbarn. Die Basis solcher sozialen Beziehungen ist die soziale Interaktion. Diese sozialen Interaktionen finden sowohl in Form von Gesprächen oder gemeinsamen Unternehmungen als auch in Form von Streit beziehungsweise Konflikten statt. Jeder Art von

Beziehung liegen andere Regeln und Verpflichtungen zugrunde. So ist das Gefühl, eine Gegenleistung erbringen zu müssen, in Beziehungen zu Freunden und Nachbarn stärker als in Beziehungen zu Familienmitgliedern (vgl. Tesch-Römer, 2010, S.16ff.).

Partnerschaft und Ehe als soziale Beziehungen haben eine besondere Bedeutung für den Menschen. Ehepartner sind die ersten Ansprechpartner, da sie und ihr jeweiliger Partner, die sich am nächsten stehenden Menschen sind. Ehepartner dienen als erster Ansprechpartner in allen Lebenslagen, seien es wichtige Lebensfragen oder alltägliche Fragen (vgl. Tesch-Römer, 2010, S.119). Partnerschaften stellen daher für viele ältere Menschen die wichtigste von allen sozialen Beziehungen dar. Partnerschaften im Alter weisen oft bestimmte Merkmale auf. Partnerschaften älterer Menschen, die schon lange bestehen, sind oft mit hoher Zufriedenheit gekennzeichnet. Diese zeigt sich an einem zärtlicheren Umgang miteinander, an weniger Konflikten und an größerer Freude an Unternehmungen mit dem Partner (vgl. Tesch-Römer, 2010, S.125f.). Ein weiteres Merkmal von Partnerschaften im Alter ist die abnehmende sexuelle Aktivität. Diese nimmt bei über 60-jährigen ab, unter anderem aufgrund von anatomischen und hormonellen Veränderungen (vgl. Beutel, Siedentopf & Brähler, 2009, o. S., zitiert nach Tesch-Römer, 2010, S.127; Bucher, 2009, o. S., zitiert nach Tesch-Römer, 2010, S.127). Der Fokus liegt bei Partnerschaften im Alter auf Zärtlichkeit und körperlicher Nähe (vgl. Tesch-Römer, 2010, S.127).

Auch die Beziehung der älter werdenden Eltern zu ihren mittlerweile erwachsenen Kindern verändert sich. In der Regel ist dies eine positive Beziehung, das heißt sie ist mit positiven Emotionen verbunden. Im Verlauf der Beziehung können aber auch Konflikte entstehen, die entweder sachlich oder auch aggressiv verlaufen können (vgl. Tesch-Römer, 2010, S.147). Etwa 80% der Menschen im Alter von 70 bis 85 Jahren schätzen die Beziehung zu Familienmitgliedern als gut bis sehr gut ein (vgl. Hoff, 2006, o. S., zitiert nach Tesch-Römer, 2010, S.148). Auch wenn die Kinder schon im Erwachsenenalter sind und ihr eigenes Leben führen, verfolgen die mittlerweile älteren Eltern das Leben ihrer Kinder sehr interessiert. Ein Merkmal der Beziehung älterer Menschen zu ihren Kindern kann die Veränderung der Machtverhältnisse innerhalb dieser Beziehung sein. Dies ist dann der Fall, wenn es zum Pflegebedarf seitens der Eltern kommt und die Kinder die Pflege übernehmen. Die Kinder sind dann der sorgende Teil der Beziehung, welcher bis dahin die Eltern waren (vgl. Tesch-Römer, 2010, S.141).

3.2 Multimorbidität

Eine einheitliche Definition von Multimorbidität ist in der Literatur nicht zu finden. Im Allgemeinen bedeutet Multimorbidität jedoch das Vorhandensein mehrerer Krankheiten zur gleichen

Zeit (vgl. Burkhardt, 2019, S.29). Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) definiert Multimorbidität in ihrer S3-Leitlinie zur Multimorbidität beispielsweise als das zeitgleiche Vorliegen von mindestens drei chronischen Erkrankungen, wobei es einen Zusammenhang zwischen einzelnen Erkrankungen geben kann, aber nicht muss. Keine der Erkrankungen steht dabei im Fokus (vgl. DEGAM, 2017, S.8f.). Die Academy of Medical Sciences dagegen definiert Multimorbidität in ihrem Report zur Multimorbidität als Co-Existenz von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen (vgl. The Academy of Medical Sciences, 2018, S.18). Bei diesen beiden Definitionen liegt die Anzahl der gleichzeitig bestehenden Erkrankungen im Fokus. Nach Kuhlmeier und Tesch-Römer liegt solchen Definitionen ein statistisches Multimorbiditätskonzept zugrunde, bei dem die Quantität im Mittelpunkt steht (vgl. Kuhlmeier & Tesch-Römer, 2013, S.13).

Marengoni et al. haben in einer systematischen Übersichtsarbeit zum Thema „Altern mit Multimorbidität“ neben der Möglichkeit, Multimorbidität anhand der Anzahl der gleichzeitig bestehenden Erkrankungen zu definieren, noch zwei weitere Möglichkeiten zur Definition herausgearbeitet. Zum einen kann Multimorbidität anhand von Instrumenten gemessen werden, wobei hier sowohl die Anzahl der Krankheiten als auch der Schweregrad eine Rolle spielen. Diese Art der Definition ist nach Marengoni et al. (vgl. 2011, S.430) besonders für klinische Studien geeignet, die zur Identifikation von Personen dienen, welche Risikofaktoren aufweisen und von bestimmten Interventionen profitieren könnten. Häufig verwendete Instrumente sind beispielsweise der Charlson Comorbidity Index, der Index of Co-Existent Diseases (ICED) oder die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS). Multimorbidität kann des Weiteren auch mit Hinblick auf das gleichzeitige Vorhandensein von Krankheiten beziehungsweise Symptomen, kognitiven und körperlichen Funktionseinschränkungen definiert sein. Diese Art der Definition ist dann geeignet, wenn es um komplexe Gesundheitsprobleme geht, die pflegerische Versorgung erfordern (vgl. Marengoni et al., 2011, S.430f.). Bezogen auf den Fall, welcher dieser Arbeit zugrunde liegt, scheint diese Definition sehr geeignet, da hier nicht nur mehrere Krankheiten gleichzeitig bestehen, sondern auch körperliche Funktionseinschränkungen zur Pflegebedürftigkeit führen.

3.2.1 Einflussfaktoren

In der S3-Leitlinie der DEGAM werden verschiedene Einflussfaktoren beschrieben, die zu Multimorbidität beitragen. Ein solcher Faktor ist zum einen das Alter. Mit steigendem Alter nimmt die Multimorbiditätsprävalenz zu, wobei in den meisten Studien Frauen stärker betroffen sind als Männer. Eine weitere Rolle spielt der soziale Status. Hierbei tragen ein niedrigerer Bildungsgrad sowie die Herkunft aus einer niedrigeren sozialen Schicht dazu bei, dass es früher und häufiger zu Multimorbidität kommt. Auch die psychische Gesundheit hat Einfluss auf die

Entstehung von Multimorbidität. Die Depression ist ein Risikofaktor, der zur späteren Entstehung von chronischen Krankheiten beitragen kann. Aber auch eine chronische Krankheit kann wiederum zu Depression führen. Neben der Depression leiden Menschen mit chronischen Krankheiten oft auch an Demenz (vgl. DEGAM, 2017, S.12).

Einige von der DEGAM beschriebene Einflussfaktoren lassen sich in einer Studie von Chudasama et al. wiederfinden, welche sich mit dem Zusammenhang von körperlicher Aktivität, Multimorbidität und der Lebenserwartung befasst. Innerhalb der Gruppe der Teilnehmer mit Multimorbidität, welche in dieser Studie als das Vorhandensein von mindestens zwei Erkrankungen definiert ist, lag der Anteil der Frauen bei 53,6% und ist somit höher als bei den männlichen Teilnehmern. Auch, dass die Multimorbiditätsprävalenz mit steigendem Alter zunimmt, bestätigt die Studie. Während 15,3% der Teilnehmer mit Morbidität noch keine 50 Jahre alt sind, steigt der Anteil auf 32,8% bei 51- bis 60- Jährigen und bis auf 51,9% bei über 60- Jährigen an. Dies wird auch daran deutlich, dass sich insgesamt mehr Teilnehmer mit Multimorbidität im Ruhestand befinden als beschäftigt sind. Der soziale Status wird ebenfalls in der Studie erfasst. Ein Viertel der multimorbiden Teilnehmer gehört der Schicht an, welche die am meisten benachteiligte ist, während 17,8% aus der privilegiertesten Schicht stammt. Auch das Körpergewicht spielt in Zusammenhang mit Multimorbidität eine Rolle. Knapp über drei Viertel der multimorbiden Teilnehmer wiesen entweder Übergewicht oder Adipositas auf (vgl. Chudasama et al., 2019, o. S.).

3.2.2 Folgen

In einer Studie von Jani et al. (vgl. 2019, o. S.), die Zusammenhänge zwischen Multimorbidität, demografischen Faktoren und Mortalität untersucht, zeigte sich eine erhöhte Mortalität von Studienteilnehmern mit Mehrfacherkrankungen. Die Teilnehmer der Studie wurden je nach Anzahl ihrer Erkrankungen in Gruppen eingeteilt. Dabei gibt es fünf Gruppen, bei denen die Teilnehmer keine, eine, zwei, drei oder mehr als vier chronische Erkrankungen gleichzeitig haben. Im Studienzeitraum verstarben aus der Gruppe ohne Erkrankungen 1,4% der Teilnehmer, während in der Gruppe mit vier oder mehr Erkrankungen 7,75% der Teilnehmer im selben Zeitraum verstorben sind. In der Gruppe mit zwei Erkrankungen verstarben 3,7% der Teilnehmer (vgl. Jani et al., 2019, o. S.). Aus diesen Ergebnissen lässt sich schließen, dass die Mortalität mit höherer Anzahl an gleichzeitig bestehenden Erkrankungen steigt.

Bei Patienten mit Multimorbidität steigt außerdem die Wahrscheinlichkeit für einen Krankenhausaufenthalt. Je mehr Krankheiten gleichzeitig bestehen, desto höher ist diese Wahrscheinlichkeit. Neben der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte verändert sich auch die Dauer. Menschen mit Mehrfacherkrankungen sind oft länger im Krankenhaus. Außerdem kommt es bei multimorbiden Menschen häufiger zu postoperativen Komplikationen sowie zu erneuter

stationärer Einweisung nach Entlassung. Ein Risiko, welches ein Krankenhausaufenthalt für Menschen mit Mehrfacherkrankung mit sich bringt, ist, dass sich dauerhafte Einschränkungen der körperlichen Funktionen einstellen und der Ausgangszustand nicht wieder erreicht wird. Hinzu kommt ein steigendes Risiko für den Übergang in Pflegeeinrichtungen nach einem Krankenhausaufenthalt (vgl. DEGAM, 2017, S.15).

3.3 Ländlicher Raum

Ländliche Regionen sind laut Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) unter anderem gekennzeichnet durch eine niedrige Bevölkerungsdichte bei gleichzeitig größeren Wohngrundstücken und durch eine Flächennutzung überwiegend für Land- und Forstwirtschaft. Dabei liegen zahlreiche ländliche Räume außerhalb von Ballungsräumen. Ländliche Strukturen können allerdings auch Räume aufweisen, die sich in geringer Entfernung von solchen Ballungsräumen befinden (vgl. BMEL, 2020, S.7). Anstatt den ländlichen Raum als einzelnen anzusehen, sollten eher ländliche Räume im Plural verwendet werden. Der Grund dafür ist, dass jeder ländlicher Raum individuell ist, sowohl in sozialer als auch in wirtschaftlicher Hinsicht. So gibt es auch keinen typischen Lebensstil, der für alle ländlichen Regionen gleichermaßen gilt. Obwohl jeder ländliche Raum individuell ist, gibt es dennoch Merkmale, die ländliche von urbanen Räumen unterscheiden lassen (vgl. Küpper, 2020, o. S.). Auf diese wird im Verlauf des Kapitels noch näher eingegangen.

Das Thünen-Institut hat 2016 ein Arbeitspapier zur Typisierung und Abgrenzung von ländlichen Räumen herausgegeben. Dies soll dazu dienen weiterführende Analysen und deren Ergebnisse einfacher kommunizieren und systematisieren zu können. Diese Typisierung basiert auf den zwei Dimensionen Ländlichkeit und sozioökonomische Lage. Die Dimension Ländlichkeit dient dazu ländliche und nicht ländliche Regionen voneinander abzugrenzen. Innerhalb von ländlichen Regionen wird nochmals unterschieden zwischen sehr ländlichen und eher ländlichen Räumen. Diese werden anhand der Dimension der sozioökonomischen Lage differenziert. Auf diese Weise entstanden neben dem nicht ländlichen Raum vier verschiedene Arten von ländlichen Räumen (vgl. Küpper, 2016, S.1ff.). Diese werden beschrieben als „eher ländlich und weniger gute sozioökonomische Lage [,] eher ländlich und gute sozioökonomische Lage [,] sehr ländlich und weniger gute sozioökonomische Lage [und] sehr ländlich und gute sozioökonomische Lage“ (Küpper, 2016, S.4). Eine Karte, auf der diese unterschiedlichen ländlichen Regionen gekennzeichnet sind (Anhang 1) zeigt, dass der Fall von Herrn Meyer, welcher in Norddeutschland lebt, in einem sehr ländlichen Raum verortet ist, in dem die sozioökonomische Lage zwischen gut und weniger gut schwankt.

3.3.1 Merkmale

Das BMEL führt zehn Kategorien auf, in denen ländliche Räume Herausforderungen und Chancen bieten (vgl. BMEL, 2020, S.13). Anhand dieser Kategorien lassen sich auch Merkmale von ländlichen Räumen ableiten.

Im Bereich des Wohnens lassen sich ländliche Räume nicht pauschal beschreiben. Der Grund hierfür ist, dass es ländliche Regionen gibt, die stark wachsen, und solche, die schrumpfen. Kennzeichnend für wachsende ländliche Räume sind eine erhöhte Nachfrage an Wohnraum und dadurch Engpässe im Angebot von diesem. Bei schrumpfenden Regionen im ländlichen Raum dagegen kommt es zu Leerständen und abnehmenden sinkenden Immobilienpreisen. Hier gibt es außerdem oft einen höheren Altersdurchschnitt als in wachsenden Regionen, da mit Abwanderung oftmals auch eine abnehmende Geburtenrate einhergeht (vgl. BMEL, 2020, S.14). Im Bereich des Arbeitens lässt sich in ländlichen Räumen auch ein eindeutiges Merkmal identifizieren. In ländlichen Räumen arbeitet der Großteil der Bevölkerung genauso wie in urbanen Räumen auch im Dienstleistungssektor. Der Anteil der Menschen im ländlichen Raum, die im forst- und landwirtschaftlichen Bereich arbeiten ist hier allerdings achtmal höher als in nicht ländlichen Regionen, und somit ein Kennzeichen von ländlichen Regionen (vgl. BMEL, 2020, S.16).

Wie auch in Städten gibt es in ländlich gelegenen Orten ein Zentrum beziehungsweise einen Ortskern. Auch hier muss wieder zwischen wachsenden und schrumpfenden Regionen unterschieden werden. Kennzeichnend für wachsende Regionen sind oft belebte Ortskerne. Schrumpfende ländliche Regionen dagegen sind oft durch leerstehende Läden oder Wohnhäuser geprägt. In diesem Zusammenhang kommt es dazu, dass beispielsweise Lebensmitteläden, Friseure oder gesundheitliche Dienste aus einigen ländlichen Regionen wegziehen. Einige ländliche Räume sind daher durch eine Abnahme der Versorgungsangebote gekennzeichnet (vgl. BMEL, 2020, S.18ff.).

Auch im Bereich der Mobilität sind Merkmale feststellbar. Hierzu zählt zum einen die Verwendung des Autos, welches für nahezu zwei Drittel der zurückgelegten Strecken in ländlichen Regionen verwendet wird. Außerdem können nur etwa ein Drittel der Menschen in ländlichen Regionen den nächsten größeren Ort mit Bahn und Bus erreichen. Hierdurch bestehen besonders für ältere Menschen oder Kinder, die noch nicht oder nicht mehr in der Lage sind, Auto zu fahren, Nachteile (vgl. BMEL, 2020, S.22f.).

Im Bereich Gesundheit stellt der Ärztemangel ein Merkmal von ländlichen Räumen dar. Dieser Ärztemangel betrifft sowohl Haus- als auch Fachärzte. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung steigt der Bedarf an gesundheitlichen Diensten aber gleichzeitig (vgl. BMEL, 2020, S.28).

3.3.2 Situation der älteren Bevölkerung

Ein im Rahmen der 50+ Befragung veröffentlichter Abschlussbericht von Blotenberg, Egerer & Seeling befasst sich mit dem „Leben von Menschen im ländlichen Raum“ (Blotenberg, Egerer & Seeling, 2018, S.1), genauer gesagt in der Samtgemeinde Emlichheim. Wie oben bereits beschrieben wurde, lassen sich ländliche Räume nicht pauschal beschreiben. Anhand dieses Abschlussberichts lässt sich allerdings die Situation der älteren Bevölkerung beispielhaft an der Samtgemeinde Emlichheim konkreter darstellen. Die Teilnehmer der Befragung waren mindestens 50 Jahre alt. Da aber ca. 80% der Befragten bereits älter als 55 Jahre sind, und bereits ab diesem Alter von älteren Menschen gesprochen werden kann (vgl. IW JUNIOR, 2021, o. S.), und sich fast die Hälfte der Befragten bereits in Altersteilzeit, im Vorruhestand oder im Ruhestand befindet, lässt sich anhand dieser Ergebnisse auch auf die Situation älterer Menschen schließen.

Mit der Nahversorgung sind etwas weniger als drei Viertel der Befragten zufrieden. Besonders die Nachbarschaft, die Einkaufsmöglichkeiten und das Angebot an Dienstleistungen werden vom Großteil als gut empfunden. Die Zentrale Lage dagegen wird eher als mittelmäßig bis gut beschrieben. Am insgesamt schlechtesten wird die Verkehrsanbindung empfunden. In diesem Kontext stellt der Abschlussbericht auch Daten zu Fortbewegungsmitteln zur Verfügung. Diese zeigen, dass auf nahezu allen Wegen das Auto von mehr als der Hälfte der Befragten genutzt wird. Das heißt unter anderem für Wege zu Einkaufsmöglichkeiten, zur Bank, zum Arztbesuch oder auch zum Friedhof. Aber auch das Fahrrad wird von vielen genutzt. Bus und Bahn werden im Allgemeinen von weniger als einem Fünftel der Befragten genutzt, wobei hier nicht näher auf die infrastrukturellen Gegebenheiten eingegangen wird. Die meisten Ziele, wie der nächste Einkaufsladen oder die Bank, können die Befragten innerhalb von 15 Minuten erreichen. Um Ärzte und Apotheken zu erreichen, benötigen Menschen dagegen oft bis zu 30 Minuten (vgl. Blotenberg, Egerer & Seeling, 2018, S.11ff.).

Der Großteil der älteren Menschen in der Samtgemeinde Emlichheim, welcher an der Befragung teilgenommen hat, bewohnt ein eigenes Haus oder eine Eigentumswohnung. Nur ein sehr kleiner Teil wohnt in dieser Region zur Miete. Außerdem wohnt über die Hälfte der Befragten zusammen mit seinem Partner und nahezu ein Viertel mit seinem Partner und seinem Kind oder ihren Kindern. Ein Auszug aus dem aktuellen Wohnraum ist für einen Großteil der Menschen nicht vorstellbar. Nur ein kleiner Teil der älteren Menschen würde umziehen, wenn die Lust an der Garten- und Hausarbeit abnimmt. Auch altersgerechtes Wohnen wurde in der Befragung thematisiert. Viele der Befragten geben an in einem altersgerechten Haus oder einer altersgerechten Wohnung zu leben. Dazu zählen eine ebenerdige Wohnung, Barrierefreiheit oder ein altersgerechtes Badezimmer. Sollten alltägliche Tätigkeiten nicht mehr geleistet werden können, würde die Hälfte der Befragten ihre Angehörigen mit einbeziehen und fast

ein Viertel einen ambulanten Pflegedienst beauftragen. Sollte das Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit aufgrund von Einschränkungen der Selbstständigkeit nicht mehr möglich sein, würde sich die Mehrheit für einen Umzug in eine Anlage für betreutes Wohnen entscheiden. Nur etwa halb so viele Menschen könnten sich einen Umzug in ein Pflegeheim oder eine Wohngemeinschaft mit anderen älteren Menschen vorstellen (vgl. Blotenberg, Egerer & Seeling, 2018, S.10ff.).

4. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen zur Erstellung der vorliegenden Arbeit genauer erläutert. Dabei wird zunächst die hermeneutische Fallanalyse thematisiert, welche die Grundlage für die Fallarbeit ist und auch im Fall von Herrn Meyer angewendet wird. Im Anschluss daran wird die Literaturrecherche, welche die Verfasserin durchgeführt hat, näher beschrieben.

4.1 Hermeneutische Fallanalyse

Die Methodik der Fallarbeit stellt die Hermeneutische Fallanalyse dar. Die Hermeneutik hat zum Ziel, „Unverständliches verstehbar zu machen“ (Schrems, 2016, S.55). Die gesamte Situation des Falls soll in ihrem Kontext sinnvoll gedeutet und ausgelegt werden (vgl. Schrems, 2016, S.55).

Die Deutung und Auslegung eines Falls hängt dabei unter anderem vom Vorverständnis der pflegenden Person ab. Je nach Ausbildung und Erfahrung, welche die Pflegeperson bereits gemacht hat, kann sie ein stärker oder weniger stark ausgeprägtes Vorverständnis haben. Dieses ist ausschlaggebend für die erste Hypothese, die die Pflegeperson aus der Situation schließt. Ein weiterer Faktor, der die Deutung und Auslegung des Falls beeinflusst, ist ein systematisiertes Pflegewissen. Hierbei vergleicht die Pflegeperson ihre Hypothese zur Situation mit Merkmalen von beispielsweise Standards oder Theorien (vgl. Schrems, 2016, S.59f.). Die Lebenswelt ist ein weiterer Faktor, der in der Deutung und Auslegung des Falls eine Rolle spielt. Dabei ist die Lebenswelt für jeden Menschen eine andere. Somit legt jeder Mensch eine Situation vor dem Hintergrund der eigenen Lebenswelt aus (vgl. Schrems, 2016, S.61).

Um die Fallsituation ganzheitlich zu verstehen kann der Fall auf drei verschiedene Arten gedeutet werden. Zunächst kann ein Perspektivwechsel zum ganzheitlichen Verständnis beitragen. Beispielsweise können Sichtweisen anderer Personen, die an der Situation beteiligt sind, betrachtet werden. Auch das Herausnehmen des Falls aus dem eigentlichen Kontext kann

eine Möglichkeit sein, sich ein ganzheitliches Bild des Falls zu machen. Die dritte Möglichkeit ist, den Fall in Zusammenhang mit einer Theorie zu analysieren (vgl. Schrems, 2016, S.63ff.).

Die Fallarbeit besteht aus zwei Schritten: Die Fallbeschreibung und die Fallbesprechung (vgl. Schrems, 2016, S.73ff.). Die Fallbeschreibung kann sowohl mündlich als auch schriftlich erfolgen. Hierbei können mehrere Problematiken identifiziert werden, wobei deutlich werden muss auf welcher Problematik der Fokus liegen soll. Die Fallbeschreibung sollte so formuliert sein, dass auch an der Situation Nichtbeteiligte im Stande sind, diese zu verstehen. Die Fallbeschreibung muss daher ausreichend Informationen enthalten und strukturiert und verständlich aufgebaut sein (vgl. Schrems, 2016, S.74f.). Der Schritt der Fallbeschreibung erfolgte bereits im vorherigen Semester. Der zweite Schritt in der Fallarbeit ist die Fallbesprechung. Hierbei stellt die Fallgeberin zunächst den Fall vor. Die Teilnehmer können bei Bedarf Rückfragen zum Fall stellen. Ziel der Fallvorstellung ist es, dass alle Teilnehmer ein gemeinsames Bild des Falls entwickeln. Nach der Fallschilderung folgt die Fallbearbeitung. In diesem Teil der Fallbesprechung sind alle Teilnehmer beteiligt, indem sie unterschiedliche Perspektiven des Falls betrachten. Im Teil der Fallauswertung soll die Lösung für ein Problem entwickelt oder ein Phänomen bezeichnet werden (vgl. Schrems, 2016, S.77ff.). Der Schritt der Fallbesprechung erfolgte im Rahmen des Moduls Multiperspektivische Fallanalyse in Form einer kollegialen Fallberatung. Nachdem die Studentin den Fall vorgestellt hat und Rückfragen geklärt wurden, haben die Kommilitonen und Kommilitoninnen, welche je eine Rolle als Berater eingenommen hatten, Aspekte und Gedanken zum Fall aus verschiedenen Perspektiven eingebracht. Alle Gedanken und Aspekte wurden dabei schriftlich festgehalten. Am Ende der kollegialen Fallberatung hat sich eine Frage ergeben, welche das Thema für die vorliegende Bachelorarbeit darstellt (vgl. Peterberns, 2021, o. S.).

4.2 Literaturrecherche

Vor Beginn der Erstellung dieser Arbeit wurde zunächst eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, durch die ein Gesamtüberblick über die bestehende Literatur zu allen Themen verschafft werden konnte. Nach einer ersten Orientierung wurden geeignete Themen für den Problemhintergrund ausgewählt und auch die Gliederung der Arbeit final angepasst. Zum Teil wurde zur Bearbeitung der einzelnen Themen noch einmal intensiver recherchiert, um zusätzliche Informationen zu erhalten. Vor der Ausarbeitung des Transferteils wurde eine erneute Literaturrecherche speziell zur Identifikation geeigneter Wohnformen im landwirtschaftlichen Kontext durchgeführt.

Zunächst wurde die Suchmaschine Scinos der Hochschule Osnabrück verwendet. Im Anschluss daran wurde auch in den Datenbanken Springerlink und PubMed sowie auf den Inter-

netseiten des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft recherchiert. Die verwendeten Suchbegriffe, sowohl deutsche als auch englische, bestanden aus: „Alter“, „altern“, „ältere Menschen“, „Lebensphase“, „Senioren“, „old“, „elderly“, „people“, „aging“, „age“, „Multimorbidität“, „multimorbidity“, „Krankheit“, „Erkrankung“, „disease“, „Studie“, „study“, „ländlicher Raum“, „ländliche Region“, „ländlich“, „Landwirtschaft“, „agriculture“, „green care“, „care“, „Pflege“, „Wohnform“, „wohnen“, „Langzeitpflege“, „Einrichtung“ und „long term“. Diese wurden mithilfe Boolescher Operatoren (AND, OR und NOT) konkretisiert, sodass unter anderem folgende Suchbegriffe entstanden sind: „multimorbidity AND study AND aging OR older OR elderly“, „Multimorbidität AND Krankheit OR Erkrankung“ oder „Pflege AND älter AND Landwirtschaft OR ländlich OR ländlicher Raum OR ländliche Region“. Einschlusskriterien für alle Arten an Literatur war das Vorliegen in deutscher oder englischer Sprache sowie der kostenlose Zugriff auf den Volltext. Bezüglich des Alters der Literatur wurde keine Eingrenzung vorgenommen. Bei der Auseinandersetzung mit der jeweiligen Quelle wurde individuell entschieden, ob die Aktualität ausreichend ist. Bei Studien und Zeitschriftenaufsätzen dagegen wurde eine Eingrenzung bezüglich des Alters vorgenommen. Artikel oder Studien, welche vor 2015 veröffentlicht wurden, wurden ausgeschlossen. Eine Übersichtsarbeit wurde außerdem über das Schneeballsystem identifiziert. Die verwendete Literatur besteht aus Sammelwerken, Monografien, Zeitschriftenaufsätzen, Studien, Übersichtsarbeiten und Internetdokumenten. Aufgrund des großen Umfangs der Literaturrecherche war es der Verfasserin nicht möglich eine Grafik zu erstellen, welche die gesamte Literaturrecherche darstellt.

Für die Recherche nach Wohnformen im landwirtschaftlichen Kontext wurden zunächst wieder die Datenbanken Springerlink und PubMed verwendet. Nachdem das Thema Green Care als mögliche Rahmung dieser Wohnformen identifiziert wurde, wurde überwiegend auf die Internetsuchmaschine Google zurückgegriffen. Der Grund hierfür ist, dass aktuell bestehende Wohnformen im Kontext von Green Care in Deutschland identifiziert werden sollten, welche sich nicht in Fachliteratur finden lassen.

5. Fallbeschreibung

Der Fall von Herrn Meyer, welcher dieser Arbeit zugrunde liegt, wurde im Dezember 2020 auf einer allgemeinchirurgischen Station in einem Krankenhaus in Niedersachsen erhoben. Wie bereits zu Beginn dieser Arbeit erklärt wurde, sind alle in dieser Arbeit verwendeten Namen von Personen, Orten und Institutionen anonymisiert.

Alle Daten, die im Rahmen der Fallarbeit von der Verfasserin (vgl. Peterberns, 2020, o. S.) erhoben wurden, stammen entweder aus dem direkten Gespräch mit Herrn Meyer, aus der

Patientenakte oder von anderen Pflegefachkräften, welche Herrn Meyer betreut haben. Aufgrund der Covid-19-Pandemie war es der Verfasserin leider nicht möglich die Angehörigen in die Datenerhebung mit einzubeziehen.

5.1 Allgemeine Informationen

Herr Meyer wurde am 18.12.2020 aufgrund von über mehrere Tage anhaltenden starken Oberbauchschmerzen und einer bekannten Hiatushernie auf einer allgemeinchirurgischen Station aufgenommen. Im Verlauf erhielt er eine Fundoplicatio¹. Dieser Eingriff war bereits im Sommer 2020 geplant, wurde allerdings aufgrund der Covid-19-Pandemie vorerst abgesagt.

Zu seinen Vorerkrankungen zählen eine arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern, intermittierende Koprostase und ein Apoplex im Jahr 2018, durch welchen Herr Meyer eine linksseitige Hemiparese aufweist. Er ist in den Pflegegrad fünf eingestuft.

Er ist 77 Jahre alt und verheiratet. Neben zwei Kindern, welche seine Frau mit in die Ehe brachte, hat er mit seiner Frau einen gemeinsamen Sohn. Seit 2010 befindet sich Herr Meyer im Ruhestand. Bis dahin war er Landwirt und besaß einen eigenen landwirtschaftlichen Betrieb. Mit Eintritt in den Ruhestand sind er und seine Ehefrau innerhalb ihres Dorfes in Norddeutschland in einen Bungalow umgezogen.

5.2 Pflegeanamnese anhand der ABEDL

Die Pflegeanamnese orientiert sich an den 13 Kategorien der ABEDL nach Monika Krohwinkel und wird durch ihre Assessment- und Diagnoseinstrumente (vgl. Krohwinkel, 2013, S.88ff.) unterstützt.

5.2.1 Kommunizieren

Herr Meyer ist während des gesamten Aufenthalts auf der allgemeinchirurgischen Station bei Bewusstsein. Er ist außerdem immer örtlich und zeitlich orientiert. Meist ist er auch situativ orientiert. Die situative Orientierung kann mit fraglich vorhanden beschrieben werden. Dies liegt daran, dass er tagsüber meist adäquat auf Situationen, wie beispielsweise die Visite oder einfache Gespräche, reagiert. Bei der morgendlichen Grundversorgung zeigt er sich allerdings mehrfach unkooperativ und unfreundlich. Die Seh- und Hörfähigkeiten von Herrn Meyer lassen zwar altersbedingt nach, dennoch ist er mithilfe seiner Brille und seiner Hörgeräte in der Lage diese Defizite auszugleichen.

¹ Operationsverfahren; soll dem Rückfluss von Mageninhalt in die Speiseröhre entgegenwirken

Herr Meyer ist im Denken und Erinnern nicht eingeschränkt und kann sowohl verbal als auch nonverbal kommunizieren.

Aufgrund des Apoplex im Jahr 2018 ist Herr Meyer in der Wahrnehmung zum Teil eingeschränkt. Seitdem leidet er an einer linksseitigen Hemiparese, wodurch seine Sensibilität auf dieser Seite abgenommen hat.

5.2.2 Sich bewegen

Der Apoplex führte zunächst dazu, dass Herr Meyer nicht in der Lage war, seine linken Extremitäten zu bewegen. Durch eine anschließende Rehabilitation hat sich der Zustand so weit gebessert, dass er diese wieder eigenständig bewegen kann, aber dennoch eine eindeutige Schwäche in diesen Extremitäten besteht.

Herr Meyer kann sich größtenteils unabhängig bewegen. Seinen Kopf kann er aufrecht halten sowie in alle Richtungen bewegen. Auch seinen Rumpf kann er eigenständig aufrecht halten. Beim Stehen und Gehen ist hier eine nach vorn gebeugte Körperhaltung auffällig. Im Liegen und beim Positionswechsel sowie im Sitzen kann er sich eigenständig ohne Unterstützung bewegen. Beim Aufstehen, Stehen und Gehen ist er jedoch eingeschränkt. Dies liegt an seiner Gang- und Standunsicherheit, welche durch den Apoplex entstanden sind. Durch die linksseitige Hemiparese hat Herr Meyer eine Schwäche im linken Bein sowie im linken Arm, weshalb seine Bewegungen nicht als symmetrisch beschrieben werden können und er an Gleichgewichtsstörungen im Stehen und Gehen leidet. Es fällt ihm schwer kleine Dinge, wie zum Beispiel eine Zahnbürste mit der linken Hand festzuhalten. Herr Meyer fühlt sich bereits nach kurzen Gehstrecken schnell erschöpft und bewegt sich nur wenn es notwendig ist, wie beispielsweise für den Gang ins Bad. Als Hilfsmittel hat er einen Rollator. Diesen nutzt er sowohl zum Gehen und Stehen als auch als Hilfsmittel, um von einer sitzenden Position in die stehende Position zu gelangen. Mit der Nutzung des Rollators ist Herr Meyer vertraut. Obwohl er mit dem Rollator ein stabiles Gangbild aufweist, fühlt er sich dennoch unsicher beim Gehen. Dies zeigt sich daran, dass sich Herr Meyer während des gesamten Aufenthalts auf der allgemeinenchirurgischen Station meldet, wenn er aufstehen möchte, sodass ihn eine Pflegekraft begleitet. Im Gespräch erzählt er, dass er sich auch zuhause kaum noch bewege, aufgrund eines zunehmenden Schwächegefühls.

5.2.3 Vitale Funktionen aufrechterhalten

In seiner Atmung ist er nicht eingeschränkt. In Ruhe weist er eine normale Atemfrequenz von ca. 15 Atemzügen pro Minute auf. Bereits kurze Gehstrecken, wie die Strecke vom Bett zum

Bad und wieder zurück, reichen jedoch aus, dass Herr Meyer außer Atem gerät, sodass er schneller und tiefer atmet als sonst.

Im Bereich der Herz- und Herzkreislauffunktionen weist Herr Meyer aufgrund der im Jahr 2006 diagnostizierten arteriellen Hypertonie Defizite auf. Hierdurch ist eine tägliche Blutdruckkontrolle erforderlich. Zudem leidet er an Vorhofflimmern. Gegen diese Problematiken ist er medikamentös eingestellt. Am Morgen liegt der Blutdruck im Durchschnitt bei etwa 160/100 mmHg und der Puls bei 80 Schlägen pro Minute. Nach Einnahme seiner Medikamente sinkt der Blutdruck auf etwa 140/80 mmHg.

5.2.4 Sich pflegen und sich kleiden

Im Kontext der Fähigkeiten zur Körperpflege und zum Bekleiden ist festzuhalten, dass viele Fähigkeiten, die hierzu benötigt werden, bei Herrn Meyer vorhanden sind. Er ist körperlich in der Lage sein Gesicht und den Oberkörper zu waschen, abzutrocknen und an- beziehungsweise auszuziehen. Ausgenommen hierbei ist der Rücken, den er nicht allein waschen kann. Auch seine Hände und Arme kann er eigenständig waschen und abtrocknen. Aufgrund der Gang- und Standunsicherheit und der Gleichgewichtsstörungen ist die Fähigkeit, den Intimbereich und den restlichen Unterkörper eigenständig zu waschen und zu bekleiden nur eingeschränkt vorhanden. Bei der morgendlichen Pflege ist daher immer eine Pflegefachkraft anwesend, welche Herrn Meyer anleitet und unterstützt. Mithilfe eines Schuhanziehers kann Herr Meyer seine Alltagsschuhe eigenständig an- und ausziehen. Das selbstständige Duschen ist für Herrn Meyer nicht möglich. Auch hierbei erhält er Unterstützung durch eine Pflegefachkraft. Die Fähigkeit sich zu rasieren, die Zähne zu putzen und die Haare zu kämmen ist vorhanden, vorausgesetzt die Utensilien wurden zuvor bereitgelegt. Herr Meyer hat Zahnprothesen für den Ober- und Unterkiefer.

Bis vor der Krankenseinweisung hat er sich täglich allein gepflegt und angezogen, nachdem seine Frau alle Utensilien und die Kleidung bereitgelegt hat. Er hat in der letzten Zeit allerdings wahrgenommen, dass er bei der Pflege allein zunehmend schlechter zurechtkommt.

5.2.5 Ausscheiden

Herr Meyer leidet an einer Urininkontinenz, weshalb er Vorlagen verwendet. Sofern diese in der Nähe der Toilette sind, ist er in der Lage diese selbstständig auszutauschen. Die Inkontinenz ist am Morgen nach dem Aufwachen am stärksten ausgeprägt. Die Fähigkeit die Toilette eigenständig zu nutzen ist vorhanden. Aufgrund seiner Gleichgewichtsstörung benötigt er aber hin und wieder Unterstützung durch die Pflegefachkraft beim An- und Auskleiden des Unterkörpers und beim Reinigen des Gesäßes. Beim Aufsuchen des Badezimmers meldet sich Herr

Meyer, damit ihn jemand begleitet. Der Urin ist meist konzentriert, was sich durch eine dunkle Farbe bemerkbar macht. Bezüglich der Stuhlausscheidung ist festzuhalten, dass Herr Meyer an einer intermittierenden Koprostase leidet, wodurch es alle paar Monate zu Schwierigkeiten bei der Stuhlausscheidung kommt. Herr Meyer selbst gibt an, dass er in der Regel einmal pro Tag Stuhlgang hat.

5.2.6 Essen und Trinken

Im Zubereiten von Speisen und Getränken ist Herr Meyer eingeschränkt. Das Zerkleinern der Speisen kann ebenfalls als eingeschränkt beschrieben werden. Je nach Speise ist es ihm möglich, dies eigenständig auszuführen. Bei sehr festen Speisen, wie beispielsweise Fleisch, wird dies von einer Pflegefachkraft übernommen. Die Fähigkeit das Essen zu sich zunehmen, zu kauen und zu schlucken ist vorhanden. Während des Aufenthaltes nimmt Herr Meyer ausreichend Nahrung zu sich. Er nimmt am Morgen zwei Scheiben Brot zu sich und isst zu Mittag meist die komplette Mahlzeit. Auch die am Nachmittag und Abend bereitgestellte Mahlzeit nimmt Herr Meyer komplett zu sich. Zum Trinken muss er allerdings mehrmals täglich angehalten werden.

Er gibt an, in den letzten Wochen einen verminderten Appetit zu verspüren. Auch in seiner Häuslichkeit nimmt er in der Regel vier Mahlzeiten am Tag zu sich. Das Frühstück besteht auch meist aus zwei Scheiben Brot und zwei Tassen Kaffee. Das Mittagessen bereitet hier seine Frau für ihn zu, sodass er dies nur noch in der Mikrowelle erwärmen muss. Als Zwischenmahlzeit isst Herr Meyer gerne Plätzchen oder ein Stück Kuchen zu einer Tasse Kaffee. Sein Abendessen besteht in der Regel aus einer Scheibe Brot und einem Nachtisch. Das Frühstück und Abendessen nimmt er gemeinsam mit seiner Ehefrau ein. Da die Ehefrau berufstätig ist, isst er werktags mittags allein.

5.2.7 Ruhen, Schlafen und sich entspannen

Herr Meyer schläft nach eigenen Angaben ca. acht bis neun Stunden pro Nacht. Er leidet während des Krankenhausaufenthaltes gelegentlich an Schlafstörungen, weshalb er eine Schlafmedikation erhält. Zum Einschlafen benötigt er eine dunkle Umgebung. Nach dem Mittagessen legt sich Herr Meyer für etwa ein bis zwei Stunden für einen Mittagsschlaf hin. Während seines Krankenhausaufenthaltes gab er an den meisten Tagen an, in der Nacht schlecht geschlafen zu haben. Fraglich ist, ob dies eventuell ursächlich für die unfreundliche und teils laute Art der Kommunikation am Morgen ist.

5.2.8 Sich beschäftigen

Bis vor dem Ruhestand war er selbstständiger Landwirt und verbrachte viel Zeit mit den Tieren und der Arbeit auf seinem Hof. Auch nachdem er mit seiner Ehefrau von seinem landwirtschaftlichen Hof in ein kleineres Haus gezogen ist, verbrachte er noch viel Zeit draußen. Zu seinen täglichen Freizeitaktivitäten zählten immer das Fahrradfahren, die Gartenarbeit und die Beschäftigung mit seinem Hund. Das Ausüben dieser Tätigkeiten ist ihm nicht mehr möglich. Aufgrund der zunehmenden Schwäche verlässt Herr Meyer das Haus mittlerweile nur noch in Begleitung seiner Frau. Er berichtet, dass er sich tagsüber überwiegend mit Fernsehen und dem Lesen der Zeitung beschäftigt. Er wirkt oft antriebslos und muss dazu angeregt werden, sich zu beschäftigen.

5.2.9 Für eine sichere und fördernde Umgebung sorgen

Aufgrund der durch den Apoplex bedingten Einschränkungen ist es für Herrn Meyer wichtig, Gefahren erkennen zu können und sich dementsprechend zu verhalten. Hierzu ist er in der Lage. Aufgrund seiner Gangunsicherheit nutzt er immer seinen Rollator. Auch beim Duschen ist er immer aufmerksam und verhält sich dem nassen Boden angemessen. Nach eigenen Angaben fällt ihm das Leben zuhause zunehmend schwerer, da er sich zunehmend schwächer fühlt und er tagsüber größtenteils allein ist. Dies ist der Grund weshalb sich Frau Meyer den Umzug in eine Langzeitpflegeeinrichtung wünscht. Diesem Wunsch steht Herr Meyer zwiesgespalten gegenüber, da er auf der einen Seite seine Frau verstehen kann, auf der anderen Seite aber lieber zuhause wohnen bleiben möchte.

5.2.10 Soziale Beziehungen sichern und gestalten

Im Kontext der sozialen Beziehungen lässt sich zunächst festhalten, dass Herr Meyer in der Lage ist, zu anderen Menschen Kontakt aufzubauen und zu halten. Er ist seit 25 Jahren mit seiner Frau verheiratet. Sie haben einen gemeinsamen Sohn, der in Berlin studiert. Mit diesem telefoniert Herr Meyer regelmäßig, da persönliche Treffen aufgrund der Distanz nur selten möglich sind. Frau Meyer hat bereits aus erster Ehe zwei Kinder, zu denen Herr Meyer auch eine gute Beziehung hat. Als weitere Beziehung ist hier auch die zu seinem Hund zu erwähnen, welcher das Ehepaar Meyer seit ca. sechs Jahren begleitet.

5.2.11 Mit existenziellen Erfahrungen des Lebens umgehen

Im Kontext von existenziellen Erfahrungen kann beispielsweise der frühe Verlust des Vaters genannt werden. Dieser verschwand im zweiten Weltkrieg, wodurch Herr Meyer schon im Kin-

desalter oft für seinen kleinen Bruder verantwortlich war, da ihre Mutter den landwirtschaftlichen Betrieb allein weiterführen musste. Durch die frühe Verantwortungsübernahme ist Herr Meyer nach eigenen Angaben früh selbstständig geworden. Eine aktuelle existenzielle Erfahrung ist die zunehmende Pflegebedürftigkeit. Der Wunsch von Frau Meyer, dass ihr Mann in eine Langzeitpflegeeinrichtung ziehen soll, stellt für Herrn Meyer eine akute Belastung dar, welche er bewältigen muss.

5.3 Dimension und Perspektive

Im Rahmen des Moduls „Multiperspektivische Fallanalyse“ im siebten Semester wurden kollegiale Fallberatungen durchgeführt, die zur Themenfindung für die Bachelorarbeit dienten. Hierbei wurde der Fall von Herrn Meyer zunächst vorgestellt. Im Anschluss daran war es die Aufgabe der Kommilitonen ihre Wahrnehmungen und Gedanken zu dem Fall zu äußern.

Herr Meyer zählt aufgrund seines Alters zur betagten Altersgruppe. Aufgrund seiner diversen Vorerkrankungen kann er als multimorbid bezeichnet werden. Hierbei spielt der Apoplex, welchen er 2018 erlitten hat, eine besondere Rolle, da Herr Meyer durch diesen eine linksseitige Hemiparese entwickelt hat. Durch den sich verschlechternden Allgemeinzustand benötigt Herr Meyer zunehmend mehr Unterstützung im Alltag. Da die Ehefrau die Pflege nicht übernehmen wird, steht ein Einzug in eine Langzeitpflegeeinrichtung bevor. In der Bachelorarbeit wird die Dimension des Pflegeempfängers vertieft, da es das Ziel ist, geeignete Wohnformen für Herrn Meyer als ehemaligen Landwirt herauszuarbeiten und so zur Lebensqualität beizutragen.

Nach dem Krankenhausaufenthalt wird Herr Meyer zunächst in eine Kurzzeitpflegeeinrichtung gehen. Währenddessen soll die Suche nach einer geeigneten Langzeitpflegeeinrichtung beginnen, in der Herr Meyer zeitnah einziehen wird. Da Herr Meyer sein Leben lang in der Landwirtschaft tätig war und auch einen eigenen landwirtschaftlichen Betrieb hatte, wäre eine Einrichtung mit landwirtschaftlichem Kontext eine gute Möglichkeit. Auf diese Weise könnte er seine landwirtschaftliche Biografie auch im Alter weiterführen. Aus diesem Grund wird die Perspektive der Bachelorarbeit die Handlungsebene sein. Es sollen für Herrn Meyer als ehemaligen Landwirt geeignete Wohnformen erarbeitet werden, in denen er sich wohlfühlt. Dies ist für ihn von besonderer Bedeutung, da er selbst es bevorzugen würde zuhause wohnen zu bleiben und einem Einzug in eine Pflegeeinrichtung nur zugestimmt hat, um seine Frau nicht zu belasten. Ein gewohntes Umfeld könnte so zum Wohlbefinden von Herrn Meyer beitragen. (Vgl. Peterberns, 2021, o. S.)

6. Fallanalyse

Die Analyse erfolgt anhand der sechs Module des Neuen Begutachtungsassessments (NBA) des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (vgl. MDS, 2019, S.5ff.). Auf diese Weise kann der Pflegegrad ermittelt werden. In jedem Modul erfolgt zunächst eine Beschreibung der Pflegebedürftigkeit anhand des NBA (Anhang 2) mithilfe der in der Pflegeanamnese erhobenen Daten und des subjektiven Eindrucks des Patienten auf die Verfasserin. In einigen Modulen werden außerdem noch der Barthel-Index, der erweiterte Barthel-Index und der Tinetti Test, sowie ein Genogramm und das Modell der Wechselwirkungen des ICF verwendet, um Fähigkeiten, Beeinträchtigungen und Wechselwirkungen zwischen diesen, näher darzustellen.

6.1 Mobilität

Herr Meyer weist sowohl beim Positionswechsel im Bett, beim Umsetzen als auch beim Sitzen in einer stabilen Position Selbstständigkeit auf. Beim Fortbewegen auf Wohnbereichsebene, welche während des Aufenthaltes sein Zimmer und das angehörige Bad waren, ist Herr Meyer überwiegend selbstständig. Er ist dabei auf seinen Rollator angewiesen, mit dem er ein stabiles Gangbild aufweist. Dennoch fordert er aus einem Gefühl der Unsicherheit heraus bei fast allen Gängen Begleitung durch eine Pflegefachkraft, welche zwar nicht aktiv unterstützen, aber dennoch anwesend sein muss. Die Begleitung trägt dabei zu seinem Sicherheitsgefühl bei. Hier kann er daher nicht als komplett selbstständig beschrieben werden. Insgesamt werden in diesem Modul nach NBA vier Punkte vergeben, die erhebliche Funktionsbeeinträchtigungen bedeuten (vgl. MDS, 2019, S.18).

Mithilfe des Tinetti Tests (Anhang 3), kann neben dem Gang auch das Gleichgewicht beurteilt werden. Herr Meyer sitzt immer stabil und zeigt hier keine Einschränkung des Gleichgewichts, sodass hier ein Punkt vergeben werden kann. Beim Aufstehen benötigt er seinen Rollator, an dem er sich hochziehen kann. Da er dabei in der Regel nur einen Versuch benötigt, erhält er hier drei Punkte. In den ersten fünf Sekunden nach dem Aufstehen steht er mithilfe seines Rollators sicher, sodass hier ein Punkt vergeben werden kann. Die Stehsicherheit kann ebenfalls mit einem Punkt bewertet werden. Sowohl die Balance bei geschlossenen Augen als auch das Drehen um 360° werden mit null Punkten bewertet, da er hierbei unsicher und auf seinen Rollator als Hilfsmittel angewiesen ist. Würde ihm leicht gegen die Brust gestoßen werden, würde er wahrscheinlich mehrere Schritte zum Balanceausgleich machen, sodass hier ein Punkt vergeben wird. Das Hinsetzen muss mit null Punkten bewertet werden, da er sich gegen Ende des Vorgangs in den Stuhl fallen lässt. Nach Aufforderung zum Gehen kommt Herr Meyer dieser direkt nach, wobei der Gang hier zunächst stockend wirkt. Der Gang kann dabei

als schlurfend beschrieben werden. Hier erhält er jeweils einen Punkt. Die Schrittlänge kann mit zwei Punkten bewertet werden, da diese immer etwa eine Fußlänge beträgt. Die Schritte sind nicht symmetrisch. Das heißt dass die Schrittlänge zum Teil variiert, sodass hier keine Punkte vergeben werden können. Herr Meyer hält beim Gehen zwischenzeitlich kurz an. Es gibt also Phasen, in den beide Beine auf dem Boden sind. Dies muss mit einem Punkt bewertet werden. Auch ein leichtes Schwanken während des Gehens, welches er aufweist, wird mit einem Punkt bewertet. Rumpfstabilität muss mit null Punkten bewertet werden, da er den Oberkörper meist nach vorn gebeugt hält und sich dabei stark auf dem Rollator stützt. Die Schrittbreite dagegen kann wieder mit einem Punkt bewertet werden, da er keinen breitbeinigen Gang aufweist.

Insgesamt entsteht so eine Gesamtsumme von 14 Punkten. Diese sagen aus, dass Herr Meyers Mobilität mäßig eingeschränkt ist und er ein deutlich erhöhtes Sturzrisiko aufweist (vgl. Medizinisch Geriatrische Kliniken der Evangelischen Stiftung Augusta, 2021, o. S.).

6.2 Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

In diesem Modul ist Herr Meyer weitestgehend unbeeinträchtigt. Er ist in der Lage Personen aus seinem Umfeld zu erkennen, sich zeitlich sowie örtlich zu orientieren und sich an Gesprächen zu beteiligen. Auch das Erinnern an wichtige Ereignisse ist Herrn Meyer möglich. Im Rahmen des NBA kann er allerdings im Verstehen von Informationen und Sachverhalten sowie im Steuern mehrschrittiger Alltagshandlungen nicht als unbeeinträchtigt dargestellt werden. Begründet werden kann dies dadurch, dass Herr Meyer nicht in der Lage war, beispielsweise geplante Behandlungsschritte, welche ihm im Rahmen der Visite dargelegt wurden, nachzuvollziehen. Dass er im Steuern mehrschrittiger Alltagshandlungen nicht als unbeeinträchtigt beschrieben werden kann liegt daran, dass er bei der Grundpflege zwischenzeitlich Anleitung benötigt. Insgesamt ergeben sich in diesem Modul zwei Punkte, welche für eine geringe Einschränkung in den hier erfassten Fähigkeiten stehen (vgl. MDS, 2019, S.18).

6.3 Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul zeigen sich mehrere Auffälligkeiten. Herr Meyer zeigt kein selbstverletzendes oder physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Menschen oder Gegenständen. Allerdings erforderten die Schlafstörungen während seines Krankenhausaufenthaltes zweimal die Gabe einer Schlafmedikation. Des Weiteren zeigt sich Herr Meyer in dieser Zeit mehrfach antriebslos. Er zeigt kein Interesse daran, sich in irgendeiner Art zu beschäftigen. Im Kontext der Verhaltensweisen ist auch die zeitweise inadäquate soziale Verhaltensweise zu erwähnen, welche Herr Meyer im Verlauf mehrfach aufwies. Diese tritt meist in Zusammenhang mit der Ablehnung pflegerischer Maßnahmen auf und kennzeichnet sich zum Teil auch durch verbale

Aggression. Diese inadäquate Verhaltensweise führte dazu, dass es im Verlauf des Aufenthaltes mehrfach dazu kam, dass die Situation durch die betroffene Pflegekraft beendet wurde. Da Herr Meyer sich auch in seiner Häuslichkeit in der Regel morgens wäscht, kann dieses Verhalten nicht mit einer veränderten Tagesroutine begründet werden. In diesem Modul werden insgesamt 13 Punkte vergeben. Diese drücken eine vollständige Beeinträchtigung in diesem Bereich aus (vgl. MDS, 2019, S.18).

Um die beschriebenen Auffälligkeiten im Bereich der Verhaltensweise messbar zu machen, wird der erweiterte Barthel-Index (Anhang 4) angewendet. Beim erweiterten Barthel-Index zur Bewertung der kognitiven Funktionen können maximal 90 Punkte in sechs Kategorien vergeben werden (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019, o. S.). In den Kategorien Verstehen und sich verständlich machen erhält Herr Meyer die höchste Punktzahl, da er hierbei keinerlei Einschränkungen aufweist. Im Bereich soziale Interaktion können nur fünf Punkte vergeben werden. Dies kann damit begründet werden, dass Herr Meyer sich gelegentlich unkooperativ zeigt und der Situation entsprechend nicht angemessen reagiert. In der Kategorie Lösen von Alltagsproblemen können nicht alle Punkte vergeben werden, da er geringe Unterstützung benötigt, beispielsweise beim Richten der Medikamente. Auch in der Kategorie Gedächtnis, Lernen und Orientierung können nur fünf Punkte vergeben werden. Herr Meyer muss regelmäßig daran erinnert werden, genügend Flüssigkeit zu sich zu nehmen, da er während des Krankenhausaufenthaltes von allein nicht ausreichend getrunken hat. Dies wird vermutlich auch in der häuslichen Umgebung der Fall sein. Eine mögliche Erklärung für das mangelnde Trinken könnte die Angst vor Inkontinenz sowie vor häufigem Aufstehen für einen Toilettengang sein. In der Kategorie Sehen und Neglect ist Herr Meyer weitgehend uneingeschränkt und erhält daher die höchste Punktzahl.

Die erreichte Punktzahl beträgt 65. Diese drückt aus, dass Herr Meyer mittlere kognitive Funktionseinschränkungen aufweist (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2012, o. S.), was sich mit den zu Beginn beschriebenen Auffälligkeiten deckt.

6.4 Selbstversorgung

Dieses Modul umfasst Tätigkeiten aus verschiedenen Bereichen des täglichen Lebens. Im Bereich der Körperpflege benötigt Herr Meyer Unterstützung. Er ist zwar in der Lage den vorderen Oberkörper und auch das Gesicht eigenständig zu waschen, beim Waschen des Intimbereichs jedoch benötigt er Hilfe. Er ist dabei aufgrund seiner Gleichgewichtsstörung nicht in der Lage das Gesäß eigenständig zu waschen, weshalb diese Tätigkeit von einer Pflegefachkraft übernommen werden muss. Auch beim Duschen ist Herr Meyer auf Unterstützung durch das Pflegepersonal angewiesen. Durch die Gleichgewichtsstörung und die Gang- und Standunsicherheit auf dem nassen Boden besteht eine erhöhte Sturzgefahr. Im Bereich des

An- und Auskleidens benötigt Herr Meyer beim Unterkörper überwiegend Unterstützung. Diese umfasst das Hochziehen der Hose nach jedem Toilettengang, sowie das An- und Ausziehen von Socken und Schuhen. Die Benutzung der Toilette erfolgt überwiegend selbstständig. Die Reinigung des Gesäßes erfolgt durch eine Pflegekraft. Beim Be- und Entkleiden des Oberkörpers ist er weitgehend selbstständig, sofern die Kleidung zuvor durch eine Pflegekraft bereitgelegt werden. Im Essen selbst ist er uneingeschränkt. Bei der mundgerechten Zubereitung dagegen benötigt er bei festeren Speisen, wie beispielsweise Fleisch, Hilfe, da er aufgrund der Hemiparese zu wenig Kraft in der linken Hand hat. Im Trinken selbst ist Herr Meyer ebenfalls uneingeschränkt. Dadurch, dass er aber den ganzen Tag über zum Trinken angehalten werden muss und er das Glas nicht allein wieder füllt, muss er als überwiegend selbstständig eingeschätzt werden. Hier erhält Herr Meyer insgesamt zwölf Punkte, was bedeutet, dass er in diesem Modul erhebliche Einschränkungen aufweist (vgl. MDS, 2019, S.18).

Die Alltagsfähigkeiten werden mithilfe des Barthel-Index (Anhang 5) messbar. Der Barthel-Index ist ein Assessmentinstrument, mit dem die Alltagsfunktionen bewertet werden, wobei insgesamt 100 Punkte in insgesamt zehn Kategorien vergeben werden können (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019, o. S.).

In der Kategorie Essen erhält Herr Meyer nach diesem Index fünf Punkte. Dies lässt sich damit begründen, dass er zwar komplett selbstständig Nahrung zu sich nehmen kann, diese aber je nach Festigkeit mundgerecht zubereitet werden muss, aufgrund fehlender Kraft in der linken Hand. Auch das Zubereiten von Mahlzeiten ist Herrn Meyer nicht mehr möglich, dies übernimmt seine Ehefrau. In der Kategorie Aufsetzen und Umsetzen ist er jedoch vollständig selbstständig, sodass er hier 15 Punkte erreicht. Die Fähigkeiten in der Kategorie sich waschen lassen sich auf den ersten Blick nicht eindeutig bewerten. Der Grund dafür ist, dass Herr Meyer während seines Krankenhausaufenthaltes täglich Unterstützung bei der Grundpflege erhalten hat, welche aus Sicht der Verfasserin und auch anderer Pflegefachkräfte notwendig ist aufgrund von Gleichgewichtsstörung und Standunsicherheit. Herr Meyer selbst hat im Gespräch mit der Verfasserin allerdings angegeben, sich zuhause bisher noch immer allein versorgt zu haben, nachdem seine Frau alle Utensilien bereitgelegt hat. Da aber damit zu rechnen ist, dass sich der Gesundheitszustand nach der Entlassung nicht schlagartig verbessern wird, werden in dieser Kategorie keine Punkte vergeben. Ähnlich ist es mit der Kategorie Toilettenbenutzung. Während Herr Meyer bisher zuhause eigenständig die Toilette benutzte, benötigte er während des Krankenhausaufenthaltes auch hier regelmäßig Unterstützung. Meist umfasste diese Unterstützung das Hochziehen der Hose nach der Toilettenbenutzung, aber auch das Säubern des Gesäßes. Auch hier können wieder nur fünf Punkte vergeben werden mit der Begründung, dass eine plötzliche Verbesserung des Zustandes von Herrn Meyer nicht zu erwarten ist. In der Kategorie Baden/Duschen werden keine Punkte vergeben.

Wie bereits zu Beginn beschrieben ist Herr Meyer aufgrund der Sturzgefahr nicht in der Lage sich eigenständig zu duschen oder baden. Auch zuhause hat er die Dusche in der letzten Zeit nicht mehr genutzt, da er befürchtet auf dem nassen Boden auszurutschen. Während des Krankenhausaufenthaltes erhielt er beim Duschen Unterstützung. Die Fähigkeiten der Kategorie Aufstehen und Gehen lassen sich erneut nicht eindeutig bewerten. Herr Meyer ist in der Lage mithilfe seines Rollators, aber ohne personelle Hilfe, vom Sitzen in den Stand zu kommen. Eine Strecke von 50 Metern ist er während des Aufenthaltes nicht gegangen, weshalb hier nur gemutmaßt werden kann, ob er dies schaffen würde. Aufgrund der Tatsache, dass Herr Meyer bereits nach dem Weg ins Bad, welches ca. fünf Meter von seinem Patientenbett entfernt ist, erschöpft und außer Atem war, lässt sich vermuten, dass er eine Strecke von 50 Metern ohne eine oder mehrere Pausen zwischendurch nicht schaffen wird. Außerdem wünschte er nahezu immer personelle Begleitung. Die Schwäche wird aktuell durch die vorangegangene Operation verstärkt, habe aber bereits in den letzten Wochen stark zugenommen. Hier erhält er daher nicht die volle Punktzahl. Zum Erreichen von fünf Punkten, muss eine Person in der Lage sein, innerhalb des Wohnbereichs Strecken zu bewältigen. Da der Wohnbereich im Falle von Herrn Meyer bisher seine häusliche Umgebung ist und er angibt, dort zwar zunehmend schlechter, aber immer noch zurecht zu kommen, können diese Punkte vergeben werden. Die Fähigkeit zum Treppensteigen hat Herr Meyer aufgrund seiner Kraftlosigkeit und des beeinträchtigten Gleichgewichtssinns nicht. Hier erhält er keine Punkte. Auch in der Kategorie An- und Auskleiden können fünf Punkte vergeben werden, da er in der Lage ist den Oberkörper eigenständig zu bekleiden. Beim Bekleiden des Unterkörpers erhält er Unterstützung. In der Kategorie Stuhlkontinenz erhält Herr Meyer die volle Punktzahl, da er stuhlkontinent ist. Auch im Bereich Harnkontinenz erhält er die volle Punktzahl, obwohl er an Urininkontinenz leidet. Der Grund dafür ist, dass er diese mit Vorlagen kompensieren kann und Kleidung oder Bettwäsche nicht eingenässt werden.

Insgesamt ergibt die Bewertung der Alltagsfunktionen 55 Punkte. Bei diesem Wert wird von einer mittelschweren motorischen Funktionseinschränkung gesprochen (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2012, o. S.).

6.5 Umgang mit krankheitsbedingten Anforderungen und Belastungen

Das fünfte Modul handelt von der Selbstständigkeit des Menschen, seine Gesundheitsprobleme zu bewältigen (vgl. MDS, 2019, S.9). Da viele der im NBA beschriebenen therapiebedingten Anforderungen nicht auf Herrn Meyer zutreffen, ergeben sich hier nur in zwei der 16 Punkte Unterstützungsbedarf. Dieser ergibt sich zum einen im Zusammenhang mit der Medikation und zum anderen bei der regelmäßig erforderlichen Blutdruckkontrolle. Zur Einnahme

der Medikation ist es erforderlich, dass diese zuvor vom Pflegepersonal gestellt wird. An die Einnahme muss er dreimal täglich erinnert werden. Aufgrund der Hypertonie ist es erforderlich, dass Herr Meyer einmal pro Tag seinen Blutdruck kontrolliert. Dieses wird ebenfalls von einer Pflegekraft übernommen, da er aufgrund der Hemiparese nicht in der Lage ist, das Blutdruckmessgerät eigenständig anzuwenden. Laut NBA erhält Herr Meyer hier vier Punkte, die für erhebliche Beeinträchtigung seiner Fähigkeiten in diesem Modul stehen (vgl. MDS, 2019, S.18).

6.6 Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

In den Aktivitäten Ruhen und Schlafen sowie in der direkten Interaktion mit anderen Personen ist Herr Meyer uneingeschränkt. Erste Einschränkungen zeigen sich hier in der Beschäftigung. Er wirkt oft antriebslos und muss dazu angeregt werden, sich zu beschäftigen. Denkbar ist, dass diese Antriebslosigkeit mit dem nahenden Auszug aus seinem Zuhause zusammenhängt, welcher mit Ängsten und Unsicherheit verbunden ist. In der häuslichen Umgebung gehören bisher das Lesen der Tageszeitung und das Fernsehen zu seinen täglichen Beschäftigungen. Aufgrund seiner Einschränkungen in der Mobilität ist er in den Möglichkeiten an Aktivitäten eingeschränkt. Größere Aktivitäten, wie zum Beispiel ein Gang durch den Garten oder ein kleiner Spaziergang mit seinem Hund sind nur in Begleitung möglich. Aufgrund der motorischen Einschränkungen ist Herr Meyer auch nicht in der Lage öffentliche Verkehrsmittel wie Bus und Bahn zu nutzen, um beispielsweise Freunde und Familienmitglieder zu besuchen. Die Nutzung eines Taxis ist jedoch möglich. Aufgrund der weiten Strecken, welche typisch für ländliche Räume sind, und den dadurch entstehenden hohen Kosten, nutzt Herr Meyer diese Möglichkeit allerdings nur selten. Obwohl ihm persönliche Kontakte daher nur eingeschränkt möglich sind, ist er in der Kontaktpflege überwiegend selbstständig, indem er telefonisch Kontakt zu seinen Angehörigen hält. In diesem Modul ist Herr Meyer mit vier vergebenen Punkten als erheblich beeinträchtigt eingestuft (vgl. MDS, 2019, S.18).

Werden alle vergebenen Punkte entsprechend gewichtet, ergibt sich aus diesen eine Gesamtsumme von 57,5 Punkten. Mit einem solchen Punktwert fällt Herr Meyer in den Pflegegrad drei (vgl. MDS, 2019, S.12). Dieser Pflegegrad kennzeichnet sich durch „schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten“ (MDS, 2019, S.12) aus.

Im Kontext des Alltagslebens und der sozialen Kontakte werden in diesem Kapitel im Folgenden das Familiensystem der Familie Meyer anhand eines Genogramms dargestellt und analysiert. In diesem Zusammenhang soll auch eine mögliche Erklärung gefunden werden, weshalb die Versorgung zuhause weiterhin nicht möglich ist. Im Anschluss daran werden die Auswirkungen und beeinflussenden Faktoren seiner körperlichen Beeinträchtigungen auf die Gestaltung des Alltagslebens und auf seine soziale Teilhabe näher erläutert.

6.6.1 Familiensystem

Um das Familiengefüge und die familiären Beziehungen von Herrn Meyer vereinfacht darzustellen, wurde ein Genogramm nach Wright et al. (vgl. 2021, S.107ff.) erstellt (Abb. 1). Hieran wird zunächst die gesamte Familienkonstellation näher erläutert und anschließend Rückschlüsse auf die häusliche Versorgung geschlossen.

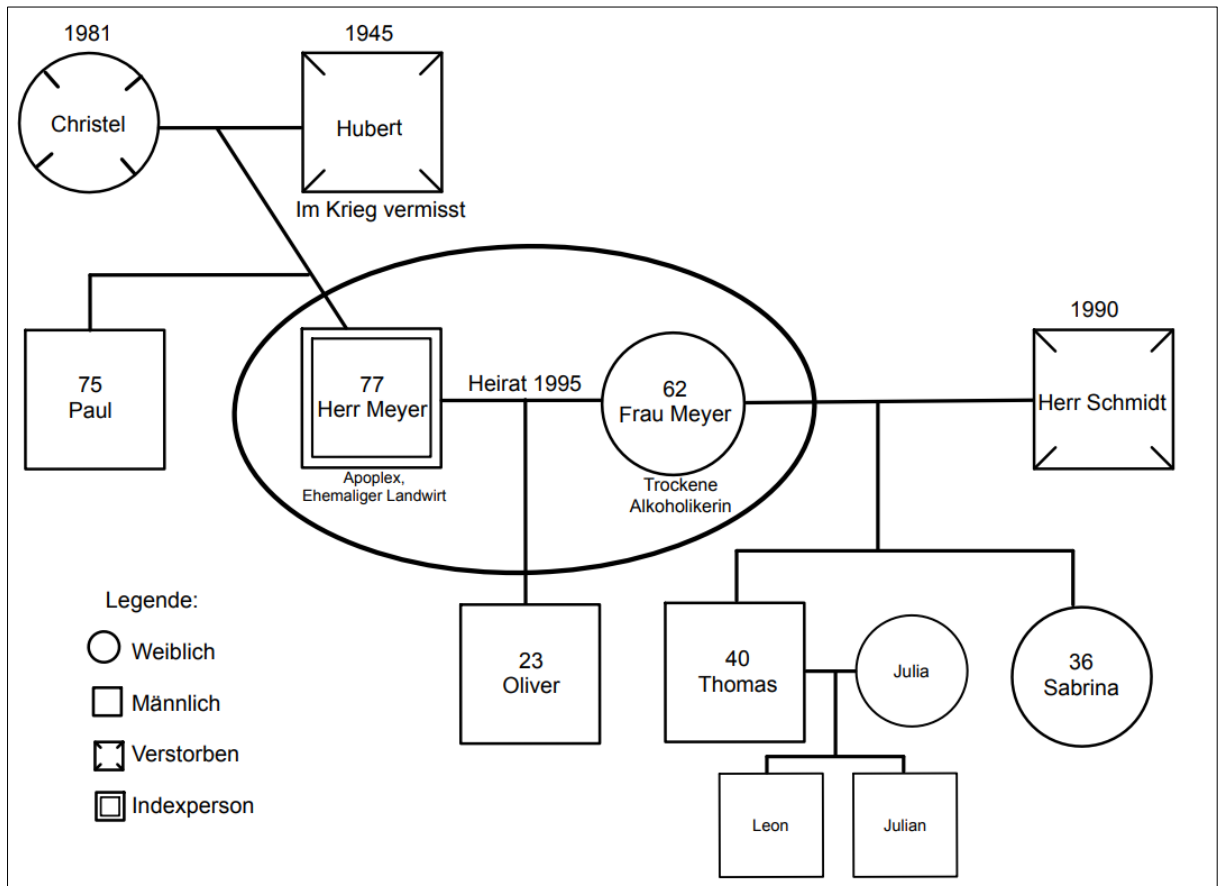


Abbildung 1: Genogramm Familie Meyer

(eigene Darstellung nach Wright, Leahey, Shajani & Snell, 2021, S.107ff.)

Die Indexperson dieses Falls ist Herr Meyer. Er wurde 1943 als erster Sohn seiner Eltern geboren. Seine Eltern führten einen landwirtschaftlichen Betrieb. Im Jahr 1945 kehrte Hubert aus dem zweiten Weltkrieg nicht mehr zurück. Herr Meyer war zu diesem Zeitpunkt erst zwei Jahre alt und hat daher keine eigenen Erinnerungen an seinen Vater. Seine Mutter Christel bekam im selben Jahr einen zweiten Sohn und war seitdem allein für ihre Kinder und den Hof zuständig, welchen sie allein weiterführte. Herr Meyer schildert, dass er zu seiner Mutter immer ein sehr gutes Verhältnis hatte. Nachdem er den Hof übernommen hatte, wohnte seine Mutter weiterhin mit ihm dort zusammen und kümmerte sich um den Haushalt. Seine Mutter starb im Alter von 63 Jahren an einem Herzinfarkt. In den Jahren davor hatte sie körperlich bereits

abgebaut, sodass Herr Meyer zunehmend auch den Haushalt führte und sich um seine Mutter kümmerte.

Zu seinem Bruder Paul, welcher zwei Jahre jünger ist, hat Herr Meyer eine sehr enge Beziehung. Da der Vater aus dem Krieg nicht mehr zurückkehrte und seine Mutter sich neben den Kindern auch um den Hof kümmern musste, war Herr Meyer schon sehr früh für ihn zuständig. Er berichtet, dass er schon früh die Verantwortung für seinen Bruder übernehmen musste. Zu seinem Bruder hat Herr Meyer noch regelmäßigen Kontakt. Sie telefonieren mehrmals wöchentlich und sehen sich etwa zweimal im Monat.

Im Jahr 1992 lernte Herr Meyer seine Frau auf einem Dorffest kennen. Drei Jahre später heirateten die beiden. Frau Meyer war zuvor bereits einmal verheiratet. Aus dieser Ehe gingen zwei Kinder hervor, Thomas und Sabrina. Im Jahr 1990 verstarb Herr Schmidt allerdings. Es ist der Verfasserin leider nicht bekannt, was der Grund hierfür war. Herr Meyer gab im Gespräch jedoch an, dass seine Frau ihren ersten Mann einige Monate bis zu seinem Tod pflegte. Nach der Hochzeit zogen Frau Meyer und ihre Kinder zu Herrn Meyer auf den landwirtschaftlichen Betrieb. Herr Meyer berichtete, dass der Beziehungsaufbau zu den Kindern zunächst schwierig war, er sie aber nach einiger Zeit wie seine eigenen empfand. Zwei Jahre nach der Hochzeit bekam das Ehepaar Meyer ihren Sohn Oliver.

Nach dem Eintritt in den Ruhestand und dem Verkauf des Hofes, zogen Herr und Frau Meyer mit dem jüngsten Sohn in ein kleineres Haus innerhalb des Ortes um. Thomas und Sabrina zogen zuvor bereits aus. Auch der jüngste Sohn zog fünf Jahre später aus, um zu studieren. Der aktuelle Haushalt besteht aus Herrn und Frau Meyer. Da Frau Meyer 15 Jahre jünger als ihr Mann ist, steht sie noch im Berufsleben. Herr Meyer fühlte sich in der Beziehung zu seiner Frau immer sehr wohl. Er gibt aber an, dass sie sich in den letzten Jahren etwas auseinandergelebt haben. Herr Meyer führt dabei den Altersunterschied und die damit verbundenen Interessenunterschiede als Grund an. Auch durch die Tatsache, dass seine Frau den Wunsch geäußert hat, dass er in eine Langzeitpflegeeinrichtung ziehen soll, äußert Herr Meyer, sich etwas zurückgewiesen zu fühlen, obwohl er diesen Wunsch seitens seiner Ehefrau einerseits auch nachvollziehen kann. Es kann vermutet werden, dass hier eine beeinträchtigte Beziehung vorliegt. Die Pflegediagnose *beeinträchtigte Beziehung* wird nach Doenges, Moorhouse & Murr als „ein partnerschaftliches Muster [...], das nicht ausreichend ist, um die gegenseitigen Bedürfnisse zu erfüllen“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2015, S.150) definiert. Merkmale einer beeinträchtigten Beziehung, welche im Fall vom Ehepaar Meyer zutreffen, stellen unter anderem eine unausgeglichene Autonomie zwischen den Ehepartnern und die fehlende gegenseitige Unterstützung in täglichen Aktivitäten dar (vgl. Doenges, Moorhouse & Murr, 2015, S.150).

Herr Meyer benötigt bei täglichen Aktivitäten Unterstützung, was bereits im vorherigen Teil des Kapitels näher beschrieben wurde. Herr Meyer gibt an, dass seine Frau diese Unterstützung in fast allen Bereichen erbringt. Sie bereitet täglich Mahlzeiten vor, sodass Herr Meyer diese nur noch erwärmen muss, wenn seine Frau bei der Arbeit ist, und legt ihm Kleidung und andere Utensilien für die Pflege bereit. Bei der Pflege selbst ist Herr Meyer allerdings bisher in der Häuslichkeit auf sich allein gestellt gewesen, obwohl er selbst bereits seit längerem einen Unterstützungsbedarf wahrnimmt. Er äußert, dass er das Gefühl hat, dass er seine Frau mit der Hilfe bei der Pflege belasten würde. Andersherum betrachtet, unterstützt Herr Meyer seine Frau zwar auch nicht, was aber aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen nachvollziehbar ist. Die Autonomie innerhalb der Beziehung ist insofern nicht ausgeglichen, da Herr Meyer auf Unterstützung durch seine Frau angewiesen ist. Er ist darauf angewiesen, dass diese ihm Mahlzeiten vorbereitet und ihm Utensilien sowie Kleidung griffbereit legt. Auch in der Freizeitgestaltung ist Herr Meyer eingeschränkt. Aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen kann er seinen früheren Hobbies nicht mehr nachgehen. Beispielhaft sei hier die Bewegung im Freien genannt. Seine Gangunsicherheit erfordert Begleitung. Er ist in seinem autonomen Handeln also eingeschränkt. Im Gegenteil zu Herrn Meyer lebt Frau Meyer sehr autonom. Sie geht jeden Tag arbeiten und ist in der Lage ihre Freizeitaktivitäten eigenständig zu planen und auszuüben. Einen weiteren beeinflussenden Faktor stellt die „kognitive Veränderung eines Partners“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2015, S.150) dar. Diese weist Herr Meyer auf, indem er teils inadäquate Verhaltensweisen zeigt, welche zuvor bereits beschrieben wurden. Auch dies kann sich negativ auf die Beziehung des Ehepaars auswirken.

Der älteste Sohn des Ehepaars Meyer ist Maurer und lebt mit seiner Frau und ihren zwei Kindern etwa eine halbe Stunde von seinen Eltern entfernt. Herr Meyer hat regelmäßig Kontakt zu Thomas. Fast jeden Samstag kommt Thomas, oft mit den Enkelkindern, zu Besuch. Zu Sabrina hat Herr Meyer weniger Kontakt als zu Thomas. Da sie in Süddeutschland lebt, sieht er sie nur selten. Frau Meyer telefoniert jedoch regelmäßig mit ihr, wodurch auch Herr Meyer am Leben der Tochter teilhaben kann. Der jüngste Sohn lebt in Ostdeutschland. Hier studiert er im IT-Bereich. Herr Meyer äußerte im Gespräch, dass er sehr stolz auf ihn ist. Zu ihm hat er den meisten Kontakt. Sie telefonieren mehrmals wöchentlich und Herr Meyer scheint sehr interessiert an seinem Leben.

6.6.2 Rollenüberbelastung der Ehefrau

Nachdem die Beziehungen und die Gegebenheiten innerhalb der Familie näher geschildert wurden, kann vermutet werden, weshalb die Versorgung in der Häuslichkeit nicht gewährleistet werden kann. Zwei der Kinder wohnen weit entfernt. Da sie dort ihre Arbeit beziehungsweise ihr Studium und auch ihr soziales Umfeld haben, ist es ihnen nicht möglich regelmäßig

oder sogar dauerhaft zurück zu den Eltern zu ziehen für die Versorgung ihres Vaters. Aufgrund dessen, dass Herr Meyer immer voller Freude vom Leben seiner Kinder erzählt hat, ist fraglich, ob er dies jemals von ihnen verlangen würde. Auch der älteste Sohn Thomas ist aufgrund seiner eigenen Familie und der Berufstätigkeit nicht in der Lage mehrmals pro Tag den Weg zu seinem Vater auf sich zu nehmen. Aufgrund der Tatsache, dass Herr und Frau Meyer zusammen in einem Haushalt wohnen, liegt die Versorgung durch seine Frau nahe. Sie ist vor Ort und könnte ihren Mann daher unmittelbar unterstützen. Auch sie ist allerdings berufstätig, weshalb sie nicht rund um die Uhr anwesend ist. Es wäre ihr dennoch zeitlich möglich ihrem Mann am Morgen und am Abend bei der Pflege und beim Umziehen zu unterstützen. Dies ist jedoch wie oben beschrieben nicht der Fall. Fraglich ist, weshalb sie ihren Mann nur unzureichend unterstützt.

Einen möglichen erklärenden Ansatz stellt die Pflegediagnose *Rollenüberbelastung der pflegenden Bezugsperson* dar. Diese ist definiert als „Schwierigkeiten, die Rolle als pflegende Bezugsperson in der Familie auszuüben“ (Doenges, Moorhouse & Murr, 2015, S.614). Es gibt verschiedene Merkmale, welche hierfür kennzeichnend sind. Auch in der Beziehung zwischen Herrn und Frau Meyer lassen sich einige dieser Merkmale wiederfinden. Das Zutreffen der meisten Merkmale kann dabei allerdings nur vermutet werden, da die Verfasserin keine Informationen von der Ehefrau des Patienten selbst erhalten konnte. Aufgrund der Tatsache, dass Frau Meyer bereits ihren ersten Mann gepflegt hat, wäre denkbar, dass es ihr schwerfällt, erneut eine Krankheit des Partners zu durchleben. Nach Informationen durch Herrn Meyer, entwickelte seine Ehefrau in zeitlichem Zusammenhang mit der Pflege beziehungsweise dem Verlust ihres ersten Mannes eine Alkoholabhängigkeit. Aus diesem Grund lässt sich vermuten, dass sie in ihrer individuellen Bewältigung beeinträchtigt ist. Ein weiteres Merkmal kann die fehlende Zeit für die Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse darstellen. Frau Meyer ist berufstätig und verbringt vor und nach der Arbeit Zeit mit dem Haushalt und der Versorgung ihres Mannes, indem sie ihm Essen vorkocht und ihm auch im Alltag hilft, indem sie ihn beispielsweise nach draußen begleitet. Durch die Berufstätigkeit hat sie nicht genügend Zeit, sich ausreichend um ihren Mann zu kümmern und sich gleichzeitig Zeit für sich zu nehmen. Ein Grund dafür, dass sie ihren Ehemann bei der Pflege nicht ausreichend unterstützt, kann sein, dass sie währenddessen etwas Zeit für sich allein sucht. Auch das Vorliegen einiger Faktoren, welche die Rollenüberbelastung beeinflussen, sprechen dafür, dass diese Pflegediagnose auf die Situation von Frau Meyer zutrifft. Zu diesen Faktoren gehören unter anderem die Chronizität der Erkrankung des Pflegeempfängers, welches auf den Fall zutrifft. Auch ein steigender Pflegebedarf liegt bei Herrn Meyer vor und ist auch im weiteren Verlauf zu erwarten. Des Weiteren erfordert der Pflegebedarf von Herrn Meyer im Verlauf des Tages immer wieder Unterstützung,

sodass eine 24-Stunden-Versorgung vorliegt, welche seine Frau allerdings nicht gewährleisten kann. In diesem Zusammenhang trifft auch die ungenügende Erholung als beeinflussender Faktor zu. Einen weiteren Faktor stellt die Sucht seitens der Pflegeperson dar, welcher aufgrund der früheren Alkoholabhängigkeit von Frau Meyer zutrifft. Auch die fehlende Privatsphäre der Ehefrau beeinflusst die Übernahme der pflegerischen Versorgung. Da sie mit ihrem Mann zusammenlebt, teilen sie sich den Wohnraum, weshalb Frau Meyer hier keinen Rückzugsort hat. Fraglich ist, inwieweit das unkooperative und unfreundliche Verhalten von Herrn Meyer auch in der häuslichen Umgebung vorkommt. Dieses Verhalten kann ebenfalls die Rollenüberbelastung beeinflussen.

Es wird deutlich, dass die Versorgung durch die Ehefrau nicht länger geleistet werden kann, da diese aufgrund ihrer Berufstätigkeit und der gleichzeitigen Versorgung ihres Ehemannes nicht in der Lage ist, sich Zeit für sich zu nehmen. Vor dem Hintergrund der vermuteten unzureichenden Bewältigungsfähigkeit und der früheren Alkoholabhängigkeit könnte die weitere Übernahme der Versorgung ihres Ehemannes zu gesundheitlichen Beschwerden ihrerseits führen. Um Herrn Meyer das Verbleiben in seinem Zuhause und seiner Frau Entlastung zu ermöglichen, gibt es verschiedene Möglichkeiten, wie zum Beispiel die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes oder einer 24-Stunden-Betreuung sowie das Besuchen einer Tagespflegeeinrichtung. Diese Möglichkeiten wurden von der Frau aber abgelehnt, wobei der Verfasserin nicht bekannt ist, weshalb dies der Fall ist. Hierdurch wird die Notwendigkeit eines Einzugs in eine Pflegeeinrichtung ersichtlich.

6.6.3 Alltagsgestaltung

Beeinträchtigungen der körperlichen Funktionen sind nicht als Merkmal zu betrachten, sondern als Prozess, der Dynamik aufweist (vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation, 2015, S.18). Die ICF bietet ein Modell, mit dem sich dieser Prozess anhand von Wechselwirkungen zwischen den Komponenten *Gesundheitsproblem*, Körperfunktionen- und Strukturen, Aktivitäten, Teilhabe und Umwelt- sowie personenbezogenen Faktoren ansatzweise darstellen lässt (vgl. WHO, 2005, S.23).

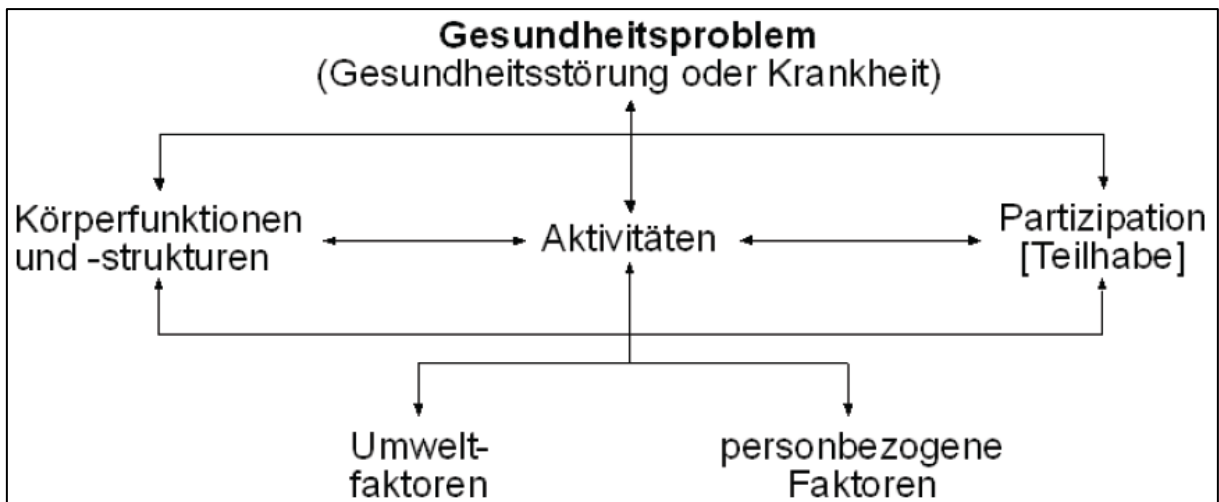


Abbildung 2: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF
(Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2021, o. S.)

Anhand dieses Modells werden nun Herr Meyers Gesundheitszustand und dessen Auswirkungen auf seine Aktivitäten und seine soziale Teilhabe näher betrachtet.

Zu den Gesundheitsproblemen zählen bei Herrn Meyer eine Hypertonie, Vorhofflimmern sowie eine linksseitige Hemiparese nach einem Apoplex im Jahr 2018 und eine intermittierende Koprostase. Hier lässt sich die in Kap. 3.2 beschriebene Multimorbidität erkennen. Diese Gesundheitsprobleme haben Auswirkungen auf die anderen Komponenten. Durch die Hemiparese entstehen in der Komponente *Körperfunktionen- und Strukturen* folglich eine Schwäche im linken Bein und im linken Arm sowie eine Gang- und Standunsicherheit und eine Gleichgewichtsstörung. Diese wiederum haben in der Komponente *Aktivitäten* zur Folge, dass Herr Meyer beim Gehen auf seinen Rollator angewiesen ist. Der Rollator stellt gleichzeitig einen Umweltfaktor dar, welcher unterstützend auf die Komponente *Aktivitäten* einwirkt. Auch in der Komponente *Partizipation* zeigen sich Auswirkungen der *Körperfunktionen*. Herr Meyer ist in seiner Selbstversorgung beeinträchtigt. Er ist nicht in der Lage sich eigenständig zu versorgen in nahezu allen Bereichen seines Lebens. Das bedeutet gleichzeitig, dass er in einigen Aktivitäten eingeschränkt ist. Dass er mit seiner Ehefrau zusammenlebt, kann in diesem Zusammenhang als unterstützender *Umweltfaktor* angesehen werden. Unterstützend deshalb, weil er durch sie Entlastung erfährt, indem diese Einkäufe tätigt, das Essen zubereitet und die Medikamente stellt. Die Medikamente selbst sind dabei ebenfalls als unterstützender *Umweltfaktor* anzusehen, da sie Körperfunktionen positiv beeinflussen, indem sie beim Gesundheitsproblem ansetzen. So erfährt Herr Meyer aufgrund einer blutdrucksenkenden Medikation weniger hypertoniebedingte Einschränkungen in anderen Komponenten.

Die zunehmende allgemeine Schwäche, über die Herr Meyer klagt, kann nicht auf ein einzelnes Gesundheitsproblem zurückgeführt werden. Sie kann eher als Folge der Multimorbidität

angesehen werden, welche durch das Alter von 77 Jahren als *personenbezogener Faktor* zusätzlich negativ beeinflusst wird. Aktuell wird sie außerdem durch die vorangegangene Operation verstärkt. Diese allgemeine Schwäche trägt, wie auch die Gang- und Standunsicherheit und die Gleichgewichtsstörung, dazu bei, dass Herr Meyer in täglichen *Aktivitäten*, wie der Körperpflege und dem Kleiden Unterstützung benötigt. Hierbei wirkt die ebenerdige Wohnung des Ehepaars positiv, da Herr Meyer alle Räumlichkeiten ohne Barrieren, wie zum Beispiel Stufen, erreichen kann. Das unkooperative Verhalten, welches Herr Meyer während des Krankenhausaufenthaltes des Öfteren zeigt, ist ein *personenbezogener Faktor*, der sich negativ auf seine Aktivitäten, insbesondere der pflegerischen Tätigkeiten auswirkt, indem er zum Teil Unterstützung verweigert.

Nicht alle Einschränkungen im Fall von Herrn Meyer gehen von den Gesundheitsproblemen aus. Ein Teil ergibt sich auch aus negativen *Umweltfaktoren*. Hierzu zählt zum Beispiel, dass zwei seiner Kinder weit entfernt leben, wodurch sich Auswirkungen in der Komponente *Partizipation* zeigen. Persönliche Treffen mit diesen Kindern sind dadurch aufgrund seiner körperlichen Einschränkungen erschwert. Meist erfolgt der Kontakt daher telefonisch. Auch persönliche Treffen mit seinem ältesten Sohn und den Enkelkindern oder mit seinem Bruder, welche vergleichsweise in der Nähe leben, sind erschwert. Da Herr Meyer Verkehrsmittel nicht eigenständig nutzen kann, ist er darauf angewiesen mit seiner Frau zu fahren oder den Besuch bei sich zuhause zu empfangen.

Für Herrn Meyer besonders gravierende Einschränkungen in seinen *Aktivitäten* und in seiner sozialen *Teilhabe* ergeben sich aufgrund seiner landwirtschaftlichen Biografie. Herr Meyer wuchs auf einem landwirtschaftlichen Betrieb auf. Da seine Mutter alleinerziehend war, half er bereits als Kind bei täglichen Aufgaben auf dem Hof mit. Einige Jahre später übernahm er den Betrieb und führte ihn bis zum Eintritt in den Ruhestand. Das bedeutet, dass Herr Meyer hier 67 Jahre seines Lebens verbracht hat. In all dieser Zeit war sein Leben geprägt von der Arbeit auf dem Hof und dem Leben in ländlicher Region. Diese Arbeit umfasste neben der Versorgung der Tiere auch das Bewirtschaften von Ackerflächen. Aufgrund seiner Arbeit befand sich Herr Meyer fast immer draußen, was er auch nach dem Ruhestand fortgeführt hat. Zu seinen Freizeitaktivitäten zählten nach Eintritt in den Ruhestand das Fahrradfahren und die Beschäftigung mit seinem Hund aber auch die Gartenarbeit. Das Ausüben dieser *Aktivitäten* ist Herrn Meyer durch seine körperlichen Einschränkungen nicht mehr beziehungsweise nur noch eingeschränkt möglich. Auch wenn Herr Meyer sich mit seinem Hund nicht mehr im vollen Umfang beschäftigen kann, stellt dieser dennoch einen förderlichen *Umweltfaktor* dar. Durch ihn erfährt Herr Meyer auch tagsüber, wenn seine Frau bei der Arbeit ist, Ablenkung und Beschäftigung, wenn auch nur innerhalb der Wohnung. Auch die Tatsache, dass er nicht in der Lage ist, das Haus ohne Begleitung zu verlassen, stellt für Herrn Meyer vermutlich eine gravierende

Einschränkung dar, da er das Aufhalten an der frischen Luft immer genossen hat. Trotzdem kann vermutet werden, dass die ländliche Umgebung, in der er wohnt, aufgrund seiner ländlichen Biografie einen positiven *Umweltfaktor* darstellt.

Obwohl Backes & Clemens (vgl. Backes & Clemens, 2013, S.139) Alterstheorien eher kritisch gegenüberstehen, scheint der Kontinuitätsansatz in diesem Fall sehr treffend. Dieser Ansatz geht davon aus, dass ältere Menschen eine höhere Zufriedenheit aufweisen, wenn die Lebenssituation im Alter der des mittleren Alters ähnelt (vgl. Backes & Clemens, 2013, S.137). In Betracht dieses Ansatzes sollte auch bei möglichen Wohnformen auf eine Lage in ländlichen Gegenden mit Zugang zur Natur geachtet werden. Ein Umzug in eine Pflegeeinrichtung in urbanen Räumen könnte sich negativ auf die Zufriedenheit von Herrn Meyer auswirken. Auch der Kontakt zu Tieren sollte zukünftig weiterhin möglich sein. Da sein mittleres Lebensalter nicht nur von Haustieren wie Hunden und Katzen, sondern auch von landwirtschaftlichen Nutztieren geprägt war, wäre der Kontakt zu diesen sicherlich ein fördernder Faktor für die Zufriedenheit.

7. Transfer – Wohnformen für Herrn Meyer

Nachdem im vorherigen Teil der Arbeit ersichtlich wurde, inwieweit Herr Meyer pflegebedürftig ist und weshalb die Versorgung durch Familienangehörige nicht möglich ist, sollen nun geeignete Wohnformen für Herrn Meyer aufgezeigt werden. Dabei spielt der ländliche und landwirtschaftliche Kontext eine zentrale Rolle, da dieser die Biografie von Herrn Meyer geprägt hat. Ein Ansatz, der geeignete Wohnformen hervorbringt, stellt Green Care dar.

„Der Begriff Green Care fasst alle Interventionen zusammen, die die positive und unterstützende Wirkung der Natur, von Tieren und Pflanzen nutzen, um Menschen zu helfen und sie zu fördern.“ (Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik, 2021, o. S.) Neben der körperlichen soll dabei auch die seelische Gesundheit gefördert werden. Auch wenn keine Verbesserung des Gesundheitszustandes mehr zu erreichen ist, sollen Green Care-Angebote weiteren Verschlechterungen entgegenwirken. Das Wohlbefinden des Menschen steht beim Green Care Ansatz im Mittelpunkt. Mögliche Angebote sind neben Tiergestützten Interventionen auch Wohn- und Betreuungsangebote für ältere Menschen auf Bauernhöfen (vgl. Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik, 2021, o. S.; Landwirtschaftskammer Nordrhein-Westfalen, 2018, o. S.).

Solche Wohn- und Betreuungsangebote stellen für Herrn Meyer als ehemaligen Landwirt einen geeigneten Lösungsansatz dar. Bei Wohnangeboten auf Bauernhöfen kann seine sehr landwirtschaftlich geprägte Biografie in den Alltag mit einfließen. Die pflegerische Versorgung

ist außerdem bei einigen Wohnangeboten mit inkludiert. Im Folgenden werden zwei Beispiele für Wohnangebote auf Bauernhöfen vorgestellt.

7.1 Alter(s)garten

Der Alter(s)garten ist ein Wohnkonzept, welches seit 2012 auf dem Birkenhof in Wilnsdorf besteht. Dabei handelt es sich um ein barrierefreies Haus auf einem landwirtschaftlichen Betrieb, welches insgesamt acht Wohnungen und auch einen Gemeinschaftsraum bietet. Insgesamt haben hier zwölf Personen Platz. Diese können sich am Hofleben nach eigenem Ermessen beteiligen. Der Hof bietet neben der Landwirtschaft eine große Vielfalt an Leistungsbereichen an, wie beispielsweise einen Hofladen, eine Gärtnerei oder ein Café (vgl. Landwirtschaftliche Gemeinschaft Siegerland e. V., o. J., o. S.).

Herr Meyer hat hier die Möglichkeit eine der Wohnungen anzumieten. Da hier keine pflegerischen Leistungen inkludiert sind, müssten diese zusätzlich organisiert werden. Eine mögliche Lösung wäre hierbei die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes. Herr Meyer kann hierbei genau die Leistungen beziehen, welche er benötigt. Da er bei der Körperpflege nur zum Teil Unterstützung benötigt, bietet sich eine kleine Morgen- und Abendpflege an. Diese umfasst neben dem An- und Auskleiden auch das Teilwaschen und Hilfe bei der Mundpflege. Das Teilwaschen umfasst dabei auch die Unterstützung bei der Toilettennutzung (vgl. Beta Institut gemeinnützige GmbH, 2019, o. S.), welche Herr Meyer dahingehend benötigt, dass er sich nach der Toilettenbenutzung nicht allein wieder bekleiden kann. Auf diese Weise wird er morgens bei der Grundpflege und auch bei der Abendtoilette unterstützt. Dreimal wöchentlich wäre eine große Morgentoilette denkbar, welche die Unterstützung bei der Ganzkörperwäsche umfasst (vgl. Beta Institut gemeinnützige GmbH, 2019, o. S.). Herr Meyer ist damit in der Lage sich auch regelmäßig duschen zu können. Da Herr Meyer sich bisher in der Regel immer am Morgen wäscht, sollte dieser Zeitpunkt auch zukünftig beibehalten werden. Auch eine tägliche Blutdruckkontrolle kann vom Pflegedienst übernommen werden, sofern diese vom Arzt verordnet ist und somit unter die Behandlungspflege fällt.

Auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten können vom ambulanten Pflegedienst erbracht werden. Tätigkeiten, die der Pflegedienst in diesem Bereich bei Herrn Meyer übernehmen müsste, wäre das Reinigen der Wohnung, das Entsorgen des Abfalls und das Waschen sowie Einräumen der Wäsche. Im Rahmen der täglichen Versorgung muss auch für regelmäßige Mahlzeiten gesorgt werden. Die am Hof integrierte Bäckerei stellt mit dem Lieferservice eine geeignete Lösung dar. Herr Meyer könnte hierüber täglich frisches Brot oder Brötchen beziehen. Da Herr Meyer auch beim Zubereiten der Mahlzeit Unterstützung benötigt, wäre denkbar, dass der Pflegedienst bei den morgendlichen und abendlichen Besuchen eine Mahlzeit zubereitet. Um

auch täglich eine warme Mahlzeit zu sich nehmen zu können, sollte ein Mahlzeitendienst beauftragt werden. Auch beim Einkaufen benötigt Herr Meyer Unterstützung. Hierbei wären zwei Lösungen denkbar. Die erste Möglichkeit stellt dabei wieder der ambulante Pflegedienst dar. Dieser könnte den Wocheneinkauf für Herrn Meyer nach der gemeinsamen Erstellung einer Einkaufsliste ausführen. Eine weitere Möglichkeit im Bereich des Einkaufens stellen die Bewohner der anderen Wohnungen dar. Noch selbstständige Nachbarn könnten den Einkauf für Herrn Meyer übernehmen oder ihn beim Einkauf begleiten. Dies würde seine Selbstständigkeit fördern und zu seiner sozialen Teilhabe beitragen. Über den Gemeinschaftsraum kann Herr Meyer Kontakt zu seinen Nachbarn aufnehmen. Da diese sich ebenfalls für das Wohnen auf einem landwirtschaftlichen Betrieb entschieden haben, werden sie vermutlich ähnliche Interessen haben wie Herr Meyer, sodass diese eine Gesprächsgrundlage darstellen, die ihn besonders am Anfang beim Kennenlernen seiner Mitbewohner unterstützen kann.

Der landwirtschaftliche Betrieb bietet verschiedene Möglichkeiten an, mit denen Herr Meyer seinen Alltag gestalten kann. Für ihn bieten sich besonders Tätigkeiten oder Beschäftigungen mit den Tieren des Hofes an. Mögliche Tätigkeiten können hierbei im Bereich der Tiere entstehen. Ein landwirtschaftlicher Betrieb wie der Birkenhof hält neben größeren Tieren zur landwirtschaftlichen Nutzung auch andere Tiere wie zum Beispiel Katzen, Hunde und Schafe (vgl. Betriebsgemeinschaft Birkenhof GbR, o. J., o. S.). Besonders im Bereich der kleineren Tiere kann Herr Meyer eine geeignete Beschäftigung finden. Das Füttern der Katzen und Hunde könnte eine tägliche Aufgabe darstellen, die Herrn Meyer das Gefühl vermittelt, trotz seiner Einschränkungen eine sinnvolle Aufgabe übernehmen zu können. Außerdem gehörte das Versorgen von Tieren auch früher zu seinen beruflichen Aufgaben. Eine Studie von van Hoof et al. zeigt, dass das Ausüben von sinnvollen und auch im früheren Leben ausgeübten Tätigkeiten für Bewohner von großer Bedeutung ist. Die Übernahme von sinnvollen Tätigkeiten wie das Füttern der Hunde und Katzen wird Herrn Meyer des Weiteren zu einem höheren Grad an Aktivität bewegen, da er sich der Bedeutung seiner Aufgabe, von der das Wohlbefinden der Tiere abhängt, bewusst sein wird. Des Weiteren wird sich seine Aktivität auch aufgrund der Weitläufigkeit eines landwirtschaftlichen Betriebes steigern. Um die Ställe oder Wiesen, in beziehungsweise auf denen sich die Rinder und Schweine befinden, zu erreichen, muss Herr Meyer im Vergleich zu seinem aktuellen Wohnumfeld weite Strecken zurücklegen. Die gesteigerte Aktivität und das Zurücklegen weiterer Strecken kann sich positiv auf den Allgemeinzustand von Herrn Meyer auswirken, indem sich der Muskelstatus und die Ausdauer verbessern. Auch die kognitive Leistungsfähigkeit wird durch körperliche Aktivitäten gebessert. Dies zeigt eine Übersichtsarbeit von Wöhl, Siebert & Blättner (vgl. Wöhl, Siebert & Blättner, 2018, S.33). Aufgrund der Gangunsicherheit stellen die weiteren Wege für Herrn Meyer gleichzeitig auch eine Herausforderung dar. Während des Aufenthaltes im Krankenhaus forderte Herr Meyer stets eine

Begleitung, auch für kurze Strecken, obwohl sein Gangbild mithilfe seines Rollators sehr stabil wirkt. Damit Herr Meyer sich auf dem Hof auch ohne Begleitung nach eigenen Wünschen unabhängig bewegen kann, bietet ein Hausnotrufsystem mit großer Reichweite eine geeignete Lösung. Ein mobiles Notrufsystem ermöglicht es, dass per Knopfdruck auf einen Sender, welcher um den Hals oder um das Handgelenk getragen wird, Kontakt zu einer Notrufzentrale hergestellt wird und diese die genaue Position über GPS empfängt und an hinterlegte Kontaktpersonen weiterleitet (vgl. Der Johanniterorden, o. J., o. S.). Ein Notrufknopf könnte Herrn Meyer Sicherheit vermitteln und so die Mobilität steigern. Sollte er auf den Wegen zu Ställen und Wiesen oder aber auch innerhalb der Wohnung stürzen, kann er über den Knopf sofort Hilfe anfordern. Hier wäre es sinnvoll eine Kontaktperson zu hinterlegen, welche auf dem Hof lebt, da diese im Notfall aufgrund der räumlichen Nähe schnell eingreifen kann. Sollte hier niemand erreichbar sein, bietet es sich an, den Pflegedienst als Zweitkontakt zu hinterlegen.

Weitere mögliche Aktivitäten, denen Herr Meyer nachgehen könnte, könnte der Besuch des Hofladens oder der des hofeigenen Cafés sein. Diese würden seine soziale Teilhabe positiv beeinflussen, indem er hier mit anderen Hofmitgliedern aber auch mit Kunden aus benachbarten Orten in Kontakt treten kann und sich so mit anderen über das neueste Geschehen der Region austauschen kann. Der angebotene Lieferdienst im Rahmen des Hofladens bietet Herrn Meyer ebenfalls eine Möglichkeit sich am Hofleben zu beteiligen. Auch wenn er hier nicht körperlich unterstützen kann, wäre es ihm möglich bei den Auslieferungen mitzufahren und so auch soziale Kontakte außerhalb des Hofes zu erfahren. Auch das hofeigene Café ist ein förderlicher Faktor für die soziale Teilhabe. Zum einen kann Herr Meyer hier neue Menschen kennenlernen. Zum anderen könnten hier regelmäßige Treffen mit anderen Bewohnern des Alter(s)garten stattfinden.

Dem Hof ist des Weiteren ein Kindergarten angegliedert. Die dort betreuten Kinder nehmen ebenfalls am Hofleben teil (vgl. Landwirtschaftliche Gemeinschaft Siegerland e. V., o. J., o. S.). Der Kontakt zu den Kindern stellt auch eine Beschäftigungsmöglichkeit für Herrn Meyer dar. Hierbei könnte er den Kindern das landwirtschaftliche Leben aufgrund seiner Erfahrungen und seinem Wissen näherbringen. Beide Parteien würden davon profitieren. Einerseits übernimmt Herr Meyer damit eine sinnvolle Tätigkeit, andererseits können die Kinder von seinem Wissen über das Leben und Arbeiten auf einem Bauernhof lernen.

Ein jährlich stattfindendes Hoffest kann ebenfalls zur sozialen Teilhabe beitragen. Herr Meyer hat auch in seinem früheren Leben gerne Dorffeste besucht, welche in seiner Heimat zur Tradition gehören. Auf einem solchen Fest hat er auch seine Frau kennengelernt. Ein jährliches Fest kann somit auch zum Wohlbefinden beitragen, indem es positive Erinnerungen hervorruft und soziale Interaktionen fördert.

Aufgrund der Entfernung zu seiner Heimatregion Norddeutschland werden sich regelmäßige persönliche Treffen mit seiner Familie schwierig gestalten. Bei einer Fahrtzeit von zwei bis vier Stunden sind tägliche Treffen mit seiner Frau nicht möglich. Da er hier aber eine ganze Wohnung bewohnen würde, gibt es ausreichend Platz für mögliche Gäste. Frau Meyer könnte daher auch spontan für einen Besuch über das Wochenende zu ihrem Mann fahren, ohne sich um eine Unterkunft kümmern zu müssen. Dadurch, dass zum Hof auch Ferienapartments gehören, sind auch Treffen der gesamten Familie möglich. Da Herr Meyer eine gute Beziehung zu allen Kindern hat, sind regelmäßige Treffen wichtig für ihn. Um den Kontakt zu seiner Heimat auch sonst aufrecht zu halten, stellen regelmäßige Telefonate zu seiner Frau, seinen Kindern und Enkelkindern sowie zu seinem Bruder eine wichtige Maßnahme dar. Um auch über Geschehnisse in seiner Heimat informiert zu sein, stellt das Abonnieren der Tageszeitung seiner norddeutschen Heimat eine mögliche Lösung dar.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei dieser Wohnform besonders die Vielfältigkeit der Angebote des Hofes Herrn Meyer zugutekommen wird. Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, wie Herr Meyer sich in das Hofleben integrieren kann, was positive Auswirkungen auf seinen körperlichen Zustand und seine soziale Teilhabe haben würde. Die Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst kann zum jetzigen Zeitpunkt als ausreichend angesehen werden. Die ambulante Versorgung wäre auch in seinem jetzigen Zuhause möglich. In Verbindung mit dem Wohnen auf einem landwirtschaftlichen Betrieb bietet die ambulante Versorgung allerdings Vorteile, welche eine ambulante Versorgung in seinem jetzigen Zuhause nicht bieten würde.

7.2 Bauernhof-WG

Bei der Bauernhof-WG handelt es sich um eine betreute Wohngemeinschaft in Marienrachedorf. Bei dem Bauernhof handelt es sich um einen Familienbetrieb, welcher bereits seit 250 Jahren im Besitz der Betreiberfamilie ist und auf dem neben Rindern und Schweinen auch ein Pferd, Gänse, Hühner, Alpakas und Katzen gehalten werden. Ein Pflegedienst, welcher 24 Stunden am Tag anwesend ist, hilft den Bewohnern bei der täglichen Versorgung (vgl. Pusch & Pusch, 2021, o. S.).

Sollte Herr Meyer in diese Wohngemeinschaft einziehen, würde er ein leeres Zimmer beziehen. Er hat hier also die Möglichkeit das Zimmer nach seinen eigenen Vorstellungen zu gestalten und auch eigene Möbel aus seinem bisherigen Zuhause mitzubringen. Eine Studie von van Hoof et al. zeigt, dass das Mitbringen eigener Besitztümer zum Wohlbefinden der Bewohner beiträgt (vgl. van Hoof et al., 2016, S.4f.). Da Herr Meyer bisher mit seiner Ehefrau zusammenlebt und daher vermutlich ein gemeinsames Ehebett mit ihr teilt, ist die Mitnahme des Bettes wahrscheinlich nicht möglich. Da er aber in der letzten Zeit einen Großteil seiner Zeit

im Haus mit Fernsehen und Zeitunglesen verbracht hat, wäre es eine Möglichkeit, dass Herr Meyer den Sessel oder das Sofa, auf dem er immer viel Zeit verbracht hat, mit in das neue Zuhause bringt. Auf diese Weise kann eine familiäre und vertraute Umgebung geschaffen werden.

Durch eine Betreuung über 24 Stunden am Tag ist die pflegerische Versorgung immer gewährleistet. Er kann also genau die Unterstützung im Alltag erhalten, die er benötigt. Am Morgen würde die Unterstützung Hilfestellungen bei der Körperpflege und beim Kleiden umfassen. Auch im Verlaufe des Tages benötigt er beispielsweise bei der Toilettennutzung geringfügige Unterstützung, welche durch eine immer anwesende Pflegekraft gewährleistet ist. Am Abend kann Herr Meyer erneut Unterstützung beim Umziehen erhalten. Durch eine 24-Stunden-Betreuung ist Herr Meyer in der Tagesgestaltung sehr flexibel. Sollte er beispielsweise einmal länger schlafen wollen oder sollte es ihm aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich sein, zu seiner gewohnten Zeit aufzustehen, stellt dies kein Problem dar. Im Vergleich zur oben beschriebenen Versorgung durch einen ambulanten Pflegedienst, welcher meist zu festen Zeiten kommt, ist die pflegerische Versorgung zu jeder Zeit sichergestellt.

Gemeinschaftlich genutzte Räume, wie die Küche oder der Wohnbereich, bieten Herrn Meyer Kontaktmöglichkeiten zu seinen Mitbewohnern. Vermutlich wohnen auch in dieser Wohngemeinschaft viele Bewohner mit landwirtschaftlicher oder ländlicher Herkunft. Dies fördert die Kommunikation zwischen den Bewohnern, da sie durch ihren früheren Beruf als Landwirt oder das Leben auf dem Land gleiche Interessen oder Erfahrungen miteinander austauschen können, und kann auch zur Qualität der Beziehungen beitragen. Die Studie von van Hoof et al. zeigt auch, dass sich Pflegeheimbewohner den Umgang und Aktivitäten mit den anderen Bewohnern wünschen (vgl. van Hoof et al., 2016, S.8). Bei der Bauernhof-WG handelt es sich zwar nicht um ein Pflegeheim, dennoch lassen sich diese Wünsche auf WG-Bewohner übertragen, da auch hier die Interaktion mit anderen Bewohnern eine zentrale Rolle spielt. Zu diesen gemeinsamen Aktivitäten kann zum Beispiel das Kochen zählen. In den letzten Jahren hat Herr Meyer nicht mehr selbst gekocht, aufgrund der Folgen des Apoplex. Vermutlich wird er auch in dieser Wohngemeinschaft nicht aktiv kochen. Dennoch kann er sich in der Gruppe dahingehend beteiligen, dass er Wünsche bezüglich des Essens einbringt oder die Mitbewohner zu neuen Rezepten anregt.

Bezüglich der Aktivitäten kommen auch den auf dem Hof lebenden Tiere eine wichtige Rolle zu. Herr Meyer hatte in seinem bisherigen Leben immer Kontakt zu Tieren. Auf seinem landwirtschaftlichen Betrieb gab es neben Rindern und Schweinen auch immer Katzen und Hunde. Auch nach der Aufgabe des Betriebes und Umzug in ein kleineres Haus hatte er immer einen Hund an seiner Seite. Aktivitäten mit Tieren sollte er daher auch in seiner neuen Umgebung nachgehen. Wie im Kontext des Alter(s)garten bereits beschrieben, bestätigt die Studie von

van Hoof et al., dass Menschen gerne Tätigkeiten nachgehen möchten, welche sie auch in früheren Jahren ausgeübt haben. Dabei ist den Bewohnern auch wichtig, dass diese Tätigkeiten sinnvoll sind (vgl. van Hoof et al., 2016, S.8). Eine mögliche Tätigkeit für Herrn Meyer auf diesem Bauernhof wäre das tägliche Füttern der Tiere. Er könnte das tägliche Füttern der Katzen oder Hühner übernehmen. Zusätzlich könnte er täglich die Eier der Hühner einsammeln und in seinem Rollator in die Küche bringen. Auf diese Weise übernimmt er sinnvolle Tätigkeiten, welche die Gemeinschaft bereichern, indem die Eier zum Kochen verwendet werden. Das Füttern der größeren Tiere, also der Schweine oder Rinder, kann Herr Meyer aufgrund seines aktuellen körperlichen Zustandes nicht übernehmen. Dennoch könnte er bei der Fütterung anwesend sein, sodass er auch hier den Kontakt zu den Tieren hat. Plattner, Brandstötter & Paal führen in einer Literaturübersicht zu Einsamkeit in Pflegeheimen die Maßnahme der tiergestützten Therapie auf. Durch Interaktionen wie Sprechen und Kuscheln mit Tieren verbesserte sich die Stimmung der Bewohner. Die Tiere führen außerdem dazu, dass weniger Bewohner angeben, dass ihnen Gesellschaft fehlt (vgl. Plattner, Brandstötter & Paal, 2021, o. S.). Herr Meyer wird in dieser Wohngemeinschaft also neben seinen Mitbewohnern auch durch den direkten Kontakt mit den Tieren Geselligkeit erleben, welche er bisher in dem Umfang nicht erlebt hat. Zu klären wäre, ob Herr Meyer seinen Hund in diese Einrichtung mitnehmen kann. Dies würde sich zusätzlich positiv auf ihn auswirken, da dieser ihn bereits seit einigen Jahren begleitet und so zu einem vertrauten Gefühl beitragen könnte.

Die unmittelbare Umgebung Tiere zum Wohnraum wird dabei von Herrn Meyer außerdem deshalb als angenehm empfunden, da ihn die mit den Tieren verbundenen Gerüche sein Leben lang begleitet haben. Gerüche können dadurch Sicherheit vermitteln und zur Lebensqualität beitragen (vgl. Zegelin & Langner, 2020, S.50). Über bekannte Gerüche können die Bewohner außerdem ins Gespräch kommen, indem sie damit verbundene Erinnerungen miteinander austauschen.

In der letzten Zeit hat sich der Allgemeinzustand von Herrn Meyer verschlechtert, sodass er sich zunehmend schwächer fühlt. Dies führt dazu, dass er sich nur noch selten bewegt und den Großteil der Zeit mit sitzenden Tätigkeiten verbracht hat. Die Tiere könnten daher einen Anreiz schaffen, der Herrn Meyer dazu bewegt, sich vermehrt zu bewegen. Bisher hat er einen großen Teil des Tages allein verbracht, da seine Frau bei der Arbeit ist. Das Zusammenleben mit anderen kann ihn zusätzlich zu mehr Bewegung und Aktivitäten anregen. Auch tägliche kurze Spaziergänge zur benachbarten Wiese, auf der die Rinder stehen, können Herrn Meyer zu Bewegung anregen. Ein positiver Effekt der Wohngemeinschaft ist, dass Herr Meyer nie allein ist. Durch die Anwesenheit anderer Personen und einer Pflegekraft wird Herr Meyer sich sicherer fühlen. Dass ihm die Anwesenheit anderer Personen das Gefühl von Sicherheit vermittelt, wurde wie oben bereits geschildert während des Krankenhausaufenthaltes deutlich,

indem er immer durch eine Pflegekraft begleitet werden wollte, obwohl sein Gang mit dem Rollator sehr sicher wirkt. Sollte Herr Meyer stürzen oder anderweitig verletzen, ist immer jemand in räumlicher Nähe. Diese Sicherheit könnte ebenfalls dazu beitragen, dass er sich im Vergleich zu seiner jetzigen Wohnsituation vermehrt bewegt.

Auch diese Wohngemeinschaft liegt zwischen zwei und vier Stunden von seinem norddeutschen Heimatort entfernt, sodass auch hier regelmäßige persönliche Treffen mit seiner Frau oder anderen Familienangehörigen nicht möglich sein werden. Auch hier stellen regelmäßige Telefonate mit Familie und Freunden oder das Abonnieren der Tageszeitung aus der Heimat wichtige Maßnahmen dar, durch die Herr Meyer mit seiner Heimat verbunden bleibt.

Es ist festzuhalten, dass bei dieser Wohnform zwar nicht die Vielfältigkeit geboten ist, wie es beim Alter(s)garten der Fall ist, aber das Wohnen in der unmittelbaren Umgebung zu Tieren sich positiv auf Herrn Meyer auswirken wird. Ein ausschlaggebender Faktor, der für die Auswahl dieser Wohnform spricht, ist die 24 Stunden Versorgung, welche auch einen zukünftig steigenden Pflegebedarf decken kann.

7.3 Regionales Szenario

Sollte Herr Meyer aufgrund seiner regionalen Verbundenheit seine Heimatregion nicht verlassen wollen, sollte eine Wohnform gefunden werden, welche neben der pflegerischen Versorgung auch Aktivitäten mit Bezug zu Tieren und der Natur anbietet. Die pflegerische Versorgung kann sowohl in Pflegeheimen als auch in betreuten Wohngemeinschaften erbracht werden. Diese können auch eine zukünftig eventuell zunehmende Pflegebedürftigkeit decken, ohne dass Herr Meyer erneut umziehen muss.

Betreute Wohngemeinschaften haben gegenüber Pflegeheimen den Vorteil, dass es sich um kleine Gruppen handelt, welche gemeinsam alltägliche Tätigkeiten ausüben. Wie auch schon im Kontext der Bauernhof-WG beschrieben, können die Bewohner beispielsweise gemeinsam kochen. In Pflegeheimen werden tägliche Aufgaben in der Regel übernommen, sodass viele noch bestehende Fähigkeiten der Bewohner nicht gefördert werden. Hinzu kommt, dass aufgrund der kleineren Wohngruppen die Beziehungen zwischen den Bewohnern an Qualität gewinnen können. Eine Studie von Bennett & Riedel (vgl. 2013, S.25) zeigt, dass ältere Menschen mit einem starken sozialen Netz eine höhere Lebenszufriedenheit zeigen. Das soziale Miteinander spielt auch vor dem Hintergrund der ländlichen Herkunft von Herrn Meyer eine wichtige Rolle. In einer Befragung zur Lebensqualität im ländlichen Raum betonen besonders die Senioren soziales Miteinander als eine Stärke des ländlichen Raumes (vgl. Opitz & Paffenbach, 2018, S.173). Das soziale Miteinander innerhalb einer Wohngemeinschaft kann daher auch zur Zufriedenheit beitragen.

Unabhängig davon, für welche Wohnform Herr Meyer sich entscheidet, sollte der Zugang zur Natur möglich sein. Ein angegliederter Garten könnte hierbei ein Ansatz sein. Zu seinen früheren Hobbies gehörte die Gartenarbeit, welche Herr Meyer durch das Vorhandensein eines Hochbeetes wiederaufnehmen könnte, da er hierbei in einer aufrechten Position verbleiben kann. Auch tiergestützte Therapie würde positive Auswirkungen auf Herrn Meyer haben, wie bereits im Kontext der Bauernhof-WG erläutert wurde, weshalb auch auf die Möglichkeit solcher Aktivitäten bei der Auswahl einer geeigneten Einrichtung geachtet werden sollte.

Auch wenn in der Region Norddeutschland keine Möglichkeit zum Wohnen auf oder in unmittelbarer Nähe zu landwirtschaftlichen Betrieben oder Bauernhöfen vorhanden sind, können regelmäßige Tagesausflüge eine mögliche Alternative sein. Mögliche Ziele könnten regionale landwirtschaftliche Betriebe sein, auf denen Herr Meyer Kontakt zu Tieren und dem landwirtschaftlichen Alltag hat, welcher sein früheres Leben stark geprägt hat. Denkbar sind aber auch andere Aktivitäten, wie beispielsweise Planwagenfahrten mit den Bewohnern innerhalb der Region. Auch das Besuchen einer Tagespflegeeinrichtung in seinem Heimatort wäre eine weitere Möglichkeit. Hier könnte Herr Meyer mit anderen Ortsbewohnern im gleichen Alter in Kontakt kommen. Dies würde seine soziale Teilhabe fördern. Da die Region sehr ländlich geprägt ist, werden wahrscheinlich noch weitere Gäste der Tagespflege eine landwirtschaftlich geprägte Biografie haben, sodass Herr Meyer sich mit diesen über landwirtschaftliche Themen austauschen könnte.

Sollte Herr Meyer sich entscheiden in seiner Herkunftsregion zu verbleiben, stellen die oben genannten Möglichkeiten Alternativen zum ganzheitlichen Wohnen auf einem Bauernhof dar. Allerdings bieten diese Alternativen Herrn Meyer keine Flexibilität, wie es beim Alter(s)garten oder der Bauernhof-WG der Fall ist.

8. Fazit

Zu Beginn der Arbeit wurde im Rahmen des Problemhintergrundes (Kap. 2) auf die zunehmende Zahl an Pflegebedürftigen Menschen aufmerksam gemacht. In Zusammenhang mit der gleichzeitigen Abnahme des Anteils jüngerer Menschen und vermehrten Einpersonenhaushalten werden daher zukünftig mehr pflegebedürftige Menschen in stationären Wohnformen versorgt werden müssen. Auch der Patient Herr Meyer, welcher die Grundlage für diese Arbeit bildet, ist aktuell mit dem Umzug aufgrund seiner zunehmenden Pflegebedürftigkeit konfrontiert. Obwohl der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung zum Zeitpunkt der Fallerhebung bereits feststand, wurde der Rahmen der Analyse (Kap. 6) neben den Auswirkungen der Gesundheitsprobleme auf seine Aktivitäten und die soziale Teilhabe auch herausgearbeitet, warum die pflegerische Versorgung in der Häuslichkeit nicht weiterhin möglich ist. Gründe hierfür

sind zum einen die zunehmende Pflegebedürftigkeit und die aktuelle Familiensituation. Im Bereich der familiären Situation zeigte sich dabei außerdem eine beeinträchtigte Beziehung zu seiner Ehefrau. Gleichzeitig konnte auch aufgezeigt werden, dass eine weitere Versorgung in der Häuslichkeit durch die Ehefrau aufgrund einer möglichen Rollenüberbelastung als pflegende Bezugsperson nicht möglich ist.

Im Rahmen der Beantwortung der Frage „Welche Wohnformen eignen sich für einen betagten multimorbiden Mann aus einem landwirtschaftlichen Kontext?“ wurden im Anschluss zwei konkrete Wohnformen im Kontext von Green Care auf Herrn Meyer angewendet. Dabei zeigt sich, dass das Wohnen auf einem Bauernhof beziehungsweise auf einem landwirtschaftlichen Betrieb positive Auswirkungen auf Herrn Meyer haben kann. Die Nähe zu den Tieren schafft dabei einen Anreiz, sich vermehrt zu bewegen, was wiederum zu Verbesserungen des Allgemeinzustandes führen kann, indem sich der Muskelstatus und die Ausdauer steigern. Auch die Übernahme sinnvoller Tätigkeiten, wie das Füttern der Tiere, kann das Wohlbefinden steigern. Wesentliche Unterschiede bei den beiden angewendeten Wohnformen zeigen sich in der Vielseitigkeit des landwirtschaftlichen Betriebes und in der pflegerischen Versorgung. Durch die Vielseitigkeit eines Betriebes bestehen verschiedene Möglichkeiten sich in das Hofleben einzubringen, welches positive Auswirkungen auf Herrn Meyer haben kann. Herr Meyers aktueller Pflegebedarf kann bei beiden Wohnformen gedeckt werden. In Bezug auf die pflegerische Versorgung ist allerdings festzuhalten, dass eine Wohngemeinschaft mit einer 24 Stunden Versorgung mit Blick auf die Zukunft die bessere der beiden Lösungen darstellt, da hier auch ein steigender Pflegebedarf gedeckt werden kann, ohne dass ein erneuter Umzug nötig ist.

9. Ausblick

Die Arbeit hat gezeigt, dass die Berücksichtigung der Biografie ein wichtiger Aspekt für die Gestaltung von möglichen Wohnformen ist. Die intensive Auseinandersetzung mit Wohnmöglichkeiten für ältere Menschen im ländlichen und landwirtschaftlichen Kontext, insbesondere im Kontext von Green Care, hat allerdings auch gezeigt, dass es in Deutschland bisher nur wenige solcher Wohnmöglichkeiten gibt. Dabei liegt der Fokus von Green Care in Deutschland oft mehr auf Angeboten für Menschen mit Behinderungen (vgl. Landwirtschaftskammer Nordrhein-Westfalen, o. J., S.6). Die Literaturrecherche in diesem Kontext hat auch gezeigt, dass das Wohnen auf Bauernhöfen oft speziell für Menschen mit Demenz thematisiert wird. Das Wohnen auf landwirtschaftlichen Betrieben und der damit verbundene Kontakt zu Tieren hat aber auch positive Auswirkungen auf die Zufriedenheit von Bewohnern ohne Kognitive Ein-

schränkungen. Es besteht eindeutig Handlungsbedarf dahingehend, dass mehr solcher Einrichtungen entstehen sollten. Dieser Handlungsbedarf gewinnt auch daran an Bedeutung, dass die Zahl der pflegebedürftigen Menschen in naher Zukunft stark ansteigen wird.

Auch im Fall von Herrn Meyer besteht Handlungsbedarf. Ihm sollten zunächst die bearbeiteten Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung auf landwirtschaftlichen Betrieben vorgestellt werden. Dabei sollten ihm Vor- und Nachteile der jeweiligen Wohnmöglichkeit sachlich verständlich gemacht werden, sodass er für sich entscheiden kann, ob ihm ein solches Wohnen zusagt. Sollte er sich doch dafür entscheiden, in seiner Heimat zu bleiben und in eine herkömmliche stationäre Langzeitpflegeeinrichtung zu ziehen, sind Möglichkeiten der Aktivitäten im landwirtschaftlichen Kontext nur begrenzt. Auch hier besteht daher noch zukünftiger Handlungsbedarf hinsichtlich der Ausweitung solcher Angebote.

10. Kritische Reflexion

In Folgendem soll das Vorgehen zur Erstellung dieser Arbeit kritisch reflektiert werden. Es hat sich gezeigt, dass die zu Beginn durchgeführte Literaturrecherche für die Bearbeitung des theoretischen Teils der Arbeit ausreichend war. Es zeigte sich allerdings auch, dass diese in Hinblick auf den Transferteil der Arbeit und dazu benötigten Studien zunächst tiefer hätte gehen müssen. Durch eine erneute Recherche, während der Bearbeitung des Transferteils, konnten diese Lücken geschlossen werden. Des Weiteren ergaben sich Probleme bei der Analyse dahingehend, dass zwar für die Fallsituation relevante Themen bearbeitet wurden, diese aber zunächst sehr zusammenhangslos schienen. Erst im Verlauf wurde eine Rahmung für den Analyseteil gefunden, welche die bereits behandelten Inhalte zu einem zusammenhängenden Ganzen vereinte und gleichzeitig auch die Pflegebedürftigkeit mit aufgriff. In diesem Zusammenhang sei auch die Covid-19-Pandemie als Hindernis bei der Datenerhebung erwähnt. Hierdurch war der Verfasserin das Einbeziehen der Angehörigen in die Informationssammlung nicht möglich, sodass Aspekte der Familie, besonders seitens der Ehefrau, welche eine zentrale Rolle für die Notwendigkeit des Auszugs aus der Häuslichkeit spielt, nur anhand von Informationen aus Gesprächen mit Herrn Meyer vermutet werden können.

Auch der Transfer soll hier kritisch reflektiert werden. Die hier angewendeten Wohnformen befinden sich beide nicht in der Herkunftsregion von Herrn Meyer. Dies erscheint der Verfasserin allerdings legitim, da die Recherche nach solchen Wohnformen in Norddeutschland keine Ergebnisse hervorbrachte. Kritisch zu betrachten ist auch, dass eine der hier angewendeten Wohnformen keine pflegerischen Leistungen umfasst, und dabei die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes als Lösung aufgezeigt wird. Ein solcher Pflegedienst könnte auch

in seiner Heimat engagiert werden, wodurch Herr Meyer auch weiterhin zuhause wohnen bleiben könnte. Da der Auszug aus der Häuslichkeit aber zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthaltes bereits feststand und die unmittelbare Umgebung zur Landwirtschaft und den damit verbundenen Tätigkeiten positive Auswirkungen auf Herrn Meyer haben wird, scheint die Lösung der ambulanten Pflege in Verbindung mit dem Wohnen auf einem Bauernhof trotzdem eine für die Fragestellung geeignete Lösung darzustellen.

IV. Literaturverzeichnis

- Backes, G. M. & Clemens, W. (2013).** *Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung.* (4. Auf.). Weinheim: Beltz Juventa.
- Bennett, J. & Riedel, M. (2013).** Was beeinflusst die Lebenszufriedenheit im hohen Alter?. Repräsentative Studie zur ambulanten Altenpflege und -betreuung in der Deutschschweiz. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46 (1), 21-26. Zugriff am 03.05.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-012-0457-5.pdf>
DOI 10.1007/s00391-012-0457-5
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (o. J.).** *Auswirkungen des demografischen Wandels auf die Pflege.* Zugriff am 17.04.2021. Verfügbar unter https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Demografischer-Wandel/Auswirkungen-auf-die-Pflege/Auswirkungen_Pflege.html
- Beta Institut gemeinnützige GmbH (2019).** *Leistungskomplexe.* Zugriff am 01.05.2021. Verfügbar unter <https://www.betanet.de/leistungskomplexe.html>
- Betriebsgemeinschaft Birkenhof GbR (o. J.).** *Tiere.* Zugriff am 01.05.2021. Verfügbar unter <https://www.birkenhof-siegerland.de/joomla/index.php/der-hof/tiere>
- Beutel, M. E., Siedentopf, F. & Brähler, E. (2009).** Sexuelle Aktivität und Zufriedenheit mit Sexualität und Partnerschaft. In E. Brähler & H. J. Berberich (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft im Alter* (S.27-44). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Blotenberg, B., Egerer, V. & Seeling, S. (2018).** *Abschlussbericht der Sekundärdaten der 50+ Befragung der Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Grafschaft Bentheim, Niedersachsen, auf die Samtgemeinde Emlichheim bezogen. Das Leben von Menschen im ländlichen Raum.* Lingen: Eigenverlag. Zugriff am 24.04.2021. Verfügbar unter https://www.hs-osnabrueck.de/fileadmin/HSOS/Homepages/Dorf2-0/Abschlussbericht_Sekundaerdatenanalyse_50plus.pdf
- Brähler, E. & Berberich, H. J. (Hrsg.). (2009).** *Sexualität und Partnerschaft im Alter.* Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bucher, T. (2009).** Altern und Sexualität. In E. Brähler & H. J. Berberich (Hrsg.), *Sexualität und Partnerschaft im Alter* (S. 45-63). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hrsg.). (2015).** *ICF-Praxisleitfaden 1. Trägerübergreifende Informationen und Anregungen für die praktische Nutzung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeiten, Behinderung und Gesundheit (ICF).* (2. überarb. Aufl.). Frankfurt/Main: Eigenverlag.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021).** *ICF.* Zugriff am 26.04.2021. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/index.html>
- Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (Hrsg.). (2020).** *Ländliche Regionen verstehen. Fakten und Hintergründe zum Leben und Arbeiten in ländlichen Regionen.* Zugriff am 14.04.2021. Verfügbar unter https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/LaendlicheRegionen-verstehen.pdf?__blob=publicationFile&v=10

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2010). *Sechster Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Altersbilder in der Gesellschaft.* Berlin: Eigenverlag. Zugriff am 07.04.2021. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/re-source/blob/101922/b6e54a742b2e84808af68b8947d10ad4/sechster-altenbericht-data.pdf>

Burkhardt, H. (2019). *Umgang mit Multimorbidität und Multimedikation. Grundlagen und Konsequenzen für die Praxis.* Stuttgart: W. Kohlhammer.

Chudasama, Y. V., Khunti, K. K., Zaccardi, F., Rowlands, A. V., Yates, T., Gillies, C. L. et al. (2019). Physical activity, mulitmorbidity, and life expectance: a UK Biobank longitudinal study. *BMC Medicine*, 17 (108). Zugriff am 13.04.2021. Verfügbar unter https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6560907/pdf/12916_2019_Article_1339.pdf
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1339-0>

Der Johanniterorden (o. J.). *Johanniter KombiNotruf. Der Hausnotruf mit mehr Reichweite.* Zugriff am 01.05.2021. Verfügbar unter <https://www.johanniter.de/dienste-leistungen/pflege-und-begleitung/notrufsysteme/johanniter-kombiNotruf/>

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (Hrsg.). (2017). *Multimorbidität.* S3-Leitlinie. Berlin: DEGAM. Zugriff am 12.04.2021. Verfügbar unter https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-047_Multimorbiditaet/053-047I_%20Multimorbiditaet_redakt_24-1-18.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005). *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit.* Genf: DIMDI Verlag.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2012). *Kapitel XXII. Schlüsselnummern für besondere Zwecke.* Zugriff am 25.04.2021. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2013/block-u50-u52.htm>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017). *Barthel-Index.* Zugriff am 25.04.2021. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/zusatz-06-barthelindex.htm>

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019). *Erweiterter Barthel-Index.* Zugriff am 25.04.2021. Verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/zusatz-07-erwbarthelindex.htm>

Doenges, M. E., Moorhouse, M. F. & Murr A. C. (2015). *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen* (5. überarb. u. erw. Auflage). Bern: Hans Huber.

Dudenredaktion (Hrsg.). (o. J.). *Alter.* Zugriff am 01.04.2021. Verfügbar unter https://www.duden.de/rechtschreibung/Alter_Lebensabschnitt

Hochschule für Agrar- und Politikpädagogik (Hrsg.). (2021). *Was ist Green Care?.* Zugriff am 30.04.2021. Verfügbar unter <https://www.greencare.at/green-care/>

Hoff, A. (2006). Intergenerationale Familienbeziehungen im Wandel. In C. Tesch-Römer, H. Engstler & S. Wurm (Hrsg.), *Altwerden in Deutschland. Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte* (S. 231-287). Wiesbaden: VS Verlag.

IW JUNIOR (2021). *Alter – Altern.* Zugriff am 15.04.2021. Verfügbar unter <https://www.wirtschaftsschule.de/wirtschaftslexikon/a/alter---altern/>

Jani, B. D., Hanlon, P., Nicholl, B. I., McQueenie, R., Gallacher, K. I., Lee, D. et al. (2019). Relationship between multimorbidity, demographic factors and mortality: findings from the UK Biobank cohort. *BMC Medicine*, 17 (74). Zugriff am 13.04.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12916-019-1305-x.pdf>
DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1305-x>

Klie, T. & Schuhmacher, B. (2009). Wohngruppen in geteilter Verantwortung für Menschen mit Demenz. Forschungsbericht „Das Freiburger Modell“. Berlin: Bundesministerium für Gesundheit.

Köther, I. (Hrsg.). (2016). *Altenpflege.* Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Kuhlmeiy, A., Tesch-Römer, C. (2013). Autonomie trotz Multimorbidität im Alter: Eine Einführung. In ders. (Hrsg.), *Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter* (S. 9-21). Göttingen: Hogrefe.

Kuhlmeiy, A., Tesch-Römer, C. (Hrsg.). (2013). *Autonomie trotz Multimorbidität. Ressourcen für Selbstständigkeit und Selbstbestimmung im Alter.* Göttingen: Hogrefe.

Küpper, P. (2016). *Abgrenzung und Typisierung ländlicher Räume.* Braunschweig: Johann Heinrich von Thünen-Institut. Zugriff am 14.04.2021. Verfügbar unter https://literatur.thuenen.de/digbib_extern/dn057783.pdf

Küpper, P. (2020). *Was sind eigentlich ländliche Räume?* Zugriff am 14.04.2021. Verfügbar unter <https://www.bpb.de/izpb/laendliche-raeume-343/312687/was-sind-eigentlich-laendliche-raeume>

Landwirtschaftliche Gemeinschaft Siegerland e. V. (o. J.). *Alter(s)garten.* Zugriff am 30.04.2021. Verfügbar unter https://www.birkenhof-siegerland.de/joomla/index.php/traegerverein_menuue/alter-s-garten

Landwirtschaftskammer Nordrhein-Westfalen (2018). *Green Care.* Zugriff am 30.04.2021. Verfügbar unter <https://www.landwirtschaftskammer.de/landwirtschaft/landservice/medien-landwirtschaft/greencare/index.htm>

Landwirtschaftskammer Nordrhein-Westfalen (Hrsg.). (o. J.). *Green Care. Potenziale für einen lebenswerten ländlichen Raum. Ideen und Fallbeispiele.* Münster: Eigenverlag. Zugriff am 02.05.2021. Verfügbar unter <https://www.landwirtschaftskammer.de/landwirtschaft/landservice/pdf/green-care-fallbeispiele.pdf>

Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A. et al. (2011). Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10 (4), 430-439. Zugriff am 12.04.2021. Verfügbar unter <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163711000249>
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (Hrsg.). (2019). *Das neue Begutachtungsinstrument der sozialen Pflegeversicherung. Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit.* Essen: Koffler DruckManagement GmbH. Zugriff am 27.04.2021. Verfügbar unter https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/Fachinfo_PSG_II.pdf.pdf

Medizinisch Geriatrische Kliniken der Evangelischen Stiftung Augusta (2021). *Motilitätstest nach Tinetti*. Zugriff am 02.05.2021. Verfügbar unter <https://www.geriatrie-bochum.de/assessment/motilitaetstest-nach-tinetti.php>

Opitz, S. & Pfaffenbach, C. (2018). Lebensqualität im ländlichen Raum. Wie bewerten Bewohner ihr Wohnumfeld?. *Standort*, 42 (3), 171-177. Zugriff am 03.05.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00548-018-0544-y.pdf>
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00548-018-0544-y>

Peterberns, P., Studentin im Studiengang Pflege B. Sc. (dual), Hochschule Osnabrück (März 2021). *Kollegiale Fallberatung* (Gespräch).

Peterberns, P., Studentin im Studiengang Pflege B. Sc. (dual), Hochschule Osnabrück (Dezember 2020). *Gespräch zur Fallerhebung mit dem Patienten Herrn Meyer* (Gespräch).

Pfäfflin, U. (2016). Alte Menschen. In I. Köther (Hrsg.), *Altenpflege* (S.33-66). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Plattner, L., Brandstötter, C. & Paal, P. (2021). Einsamkeit im Pflegeheim – Erleben und Maßnahmen zur Verringerung. Eine Literaturübersicht. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. Zugriff am 01.05.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00391-021-01881-z.pdf>
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00391-021-01881-z>

Pusch, A. & Pusch, G. (2021). *Über uns. Ein Bauernhof mit Tradition*. Zugriff am 30.04.2021. Verfügbar unter <https://www.bauernhof-wohngemeinschaft.de/>

Rosenmayr, L. (1996). *Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikte und Liebe in den späten Jahren*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Statista (2021). *Verhältnis des Pflegers/ der Pflegerin zur pflegebedürftigen Person in Deutschland im Jahr 2015*. Zugriff am 17.04.2021. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/480975/umfrage/verhaeltnis-des-pflegers-zur-pflegebeduerften-personen-in-deutschland/>

Statista (2021a). *Umfrage zur Überforderung durch eine Pflgetätigkeit in Deutschland nach Altersgruppen im Jahr 2015*. Zugriff am 17.04.2021. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/481570/umfrage/ueberforderung-durch-eine-pflegetaetigkeit-in-deutschland-nach-altersgruppen/>

Statista (2021b). *Prognostizierter Bedarf an stationären und ambulanten Pflegekräften in Deutschland bis zum Jahr 2035*. Zugriff am 17.04.2021. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/172651/umfrage/bedarf-an-pflegekraeften-2025/>

Statista (2021c). *Umfrage zum Arbeiten unter Zeitdruck in den pflegenden Berufen in Deutschland im Jahr 2017*. Zugriff am 17.04.2021. Verfügbar unter <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1046887/umfrage/arbeiten-unter-zeitdruck-in-pflegenden-berufen/>

Statistisches Bundesamt (2021). *Demografischer Wandel*. Zugriff am 15.04.2021. Verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/_inhalt.html

Statistisches Bundesamt (2021a). *Privathaushalte nach Haushaltsgrößen im Zeitvergleich. Haushalte nach Haushaltsgröße. Lange Reihen mit Jahresergebnisse ab 1961. Tabellen.* Zugriff am 17.04.2021. Verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Tabellen/lrbev05.html>

Tesch-Römer, C. (2010). *Soziale Beziehungen alter Menschen.* (Grundriss Gerontologie, Bd. 8). Stuttgart: W. Kohlhammer.

Tesch-Römer, C., Engstler, H. & Wurm, S. (Hrsg.). (2006). *Altwerden in Deutschland, Sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte.* Wiesbaden: VS Verlag.

The Academy of Medical Sciences (Hrsg.). (2018). *Multimorbidity: a priority for global health research.* London: Eigenverlag. Zugriff am 12.04.2021. Verfügbar unter <https://acmedsci.ac.uk/file-download/82222577>

Van Hoof, J., Verbeek, H., Janssen, B. M., Eijkelenboom, A., Molony, S. L., Felix, E. et al. (2016). A three perspective study of the sense of home of nursing home residents: the views of residents, care professionals and relatives. *BMC Geriatrics*, 16 (169). Zugriff am 30.04.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12877-016-0344-9.pdf>
DOI 10.1186/s12877-016-0344-9

Wöhl, C., Siebert, H. & Blättner, B. (2018). Körperliche Aktivität zur Stärkung kognitiver Ressourcen. Systematische Übersicht der Wirksamkeit in Pflegeheimen. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 13 (1), 32-38. Zugriff am 01.05.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11553-017-0612-3.pdf>
DOI: <https://doi.org/10.1007/s11553-017-0612-3>

Wright, L. M., Leahey, M., Shajani, Z. & Snell, H. (2021). *Familienzentrierte Pflege. Lehrbuch für Familien-Assessment und Intervention* (3., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Hogrefe.

Zegelin, A. & Langner, B. (2020). Mehr Biografie-Arbeit, bitte!, *Pflege Zeitschrift*, 73 (1-2), 49-51. Zugriff am 28.04.2021. Verfügbar unter <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s41906-019-0219-8.pdf>

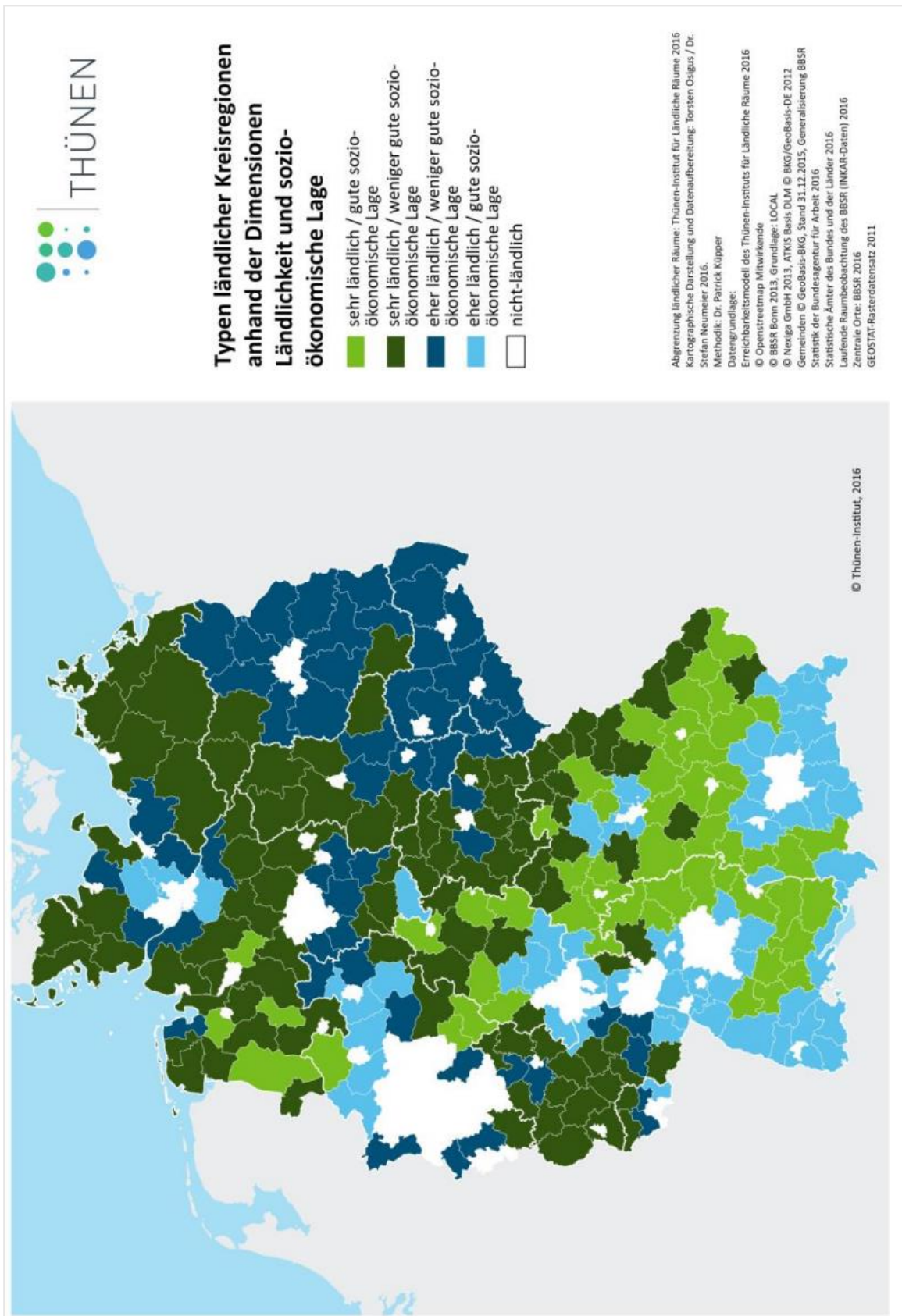
V. Rechtsquellenverzeichnis

Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014,1015), das zuletzt durch Artikel 15 des Gesetzes vom 28. März 2021 (BGBl. I S. 591) geändert worden ist

VI. Anhang

Anhang 1: Karte zur Typisierung ländlicher Räume	XVI
Anhang 2: NBA	XVII
Anhang 3: Tinetti-Test.....	XXIII
Anhang 4: Erweiterter Barthel-Index	XXIV
Anhang 5: Barthel-Index	XXV

Anhang 1: Karte zur Typisierung ländlicher Räume



(vgl. Küpper, 2016, S.26)

Anhang 2: Neues Begutachtungsassessment

DIE MODULE IM EINZELNEN

DIE MODULE IM EINZELNEN



Modul 1: Mobilität

Dieses Modul umfasst zentrale Aspekte der Mobilität im Wohnbereich eines Menschen – sei es in der eigenen Wohnung oder im Heim. In diesem Modul geht es um die motorischen Fähigkeiten eines Menschen und nicht um die Frage, ob die Mobilität aufgrund von kognitiven Beeinträchtigungen eingeschränkt ist. Die Bewertung der Selbstständigkeit erfolgt anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen „selbstständig“, „überwiegend selbstständig“, „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“.

Die Abgrenzung der vier Ausprägungen der Selbstständigkeit soll anhand des Kriteriums „Treppensteigen“ erläutert werden: Das Treppensteigen ist in den Begutachtungs-Richtlinien als das „Überwinden von Treppen zwischen zwei Etagen“ definiert. Das Treppensteigen ist dabei unabhängig von der individuellen Wohnsituation zu bewerten. Selbstständig ist jemand, der ohne Hilfe durch eine andere Person eine Treppe in aufrechter Position steigen kann. Unselbstständig ist dagegen jemand, der getragen oder mit Hilfsmitteln transportiert werden muss und dabei keine Eigenbeteiligung zeigt. Überwiegend selbstständig ist eine Person, die eine Treppe alleine steigen kann, aber die wegen eines Sturzrisikos Begleitung benötigt. Wenn jemand überwiegend unselbstständig ist, dann ist das Treppensteigen nur mit Stützen oder Festhalten der Person möglich.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3
1.6	Besondere Bedarfskonstellation * Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein		

* Kann ein pflegebedürftiger Mensch weder die Arme noch die Beine einsetzen, dann wird er automatisch in den Pflegegrad 5 eingestuft. Dies gilt jedoch nur beim vollständigen Verlust der Greif-, Steh- und Gehfunktionen.



Modul 2: Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Im Modul 2 geht es um grundlegende mentale Funktionen eines Menschen. Die Gutachter schätzen nicht die Selbstständigkeit ein, sondern in welchem Ausmaß die jeweilige geistige Fähigkeit vorhanden ist („vorhanden/unbeeinträchtigt“, „größtenteils vorhanden“, „in geringem Maße vorhanden“ und „nicht vorhanden“). Das Gesamtergebnis in diesem Modul spiegelt das Ausmaß der Beeinträchtigung von Kommunikation und Kognition wider.

Jeder Ausprägung ist ein Punktwert zugeordnet: Ist eine Fähigkeit unbeeinträchtigt, so entspricht das 0 Punkten, ist eine Fähigkeit gar nicht mehr vorhanden, so entspricht das der höchstmöglichen Wertung für von 3 Punkten.

		Die Fähigkeit ist:			
		vorhanden / unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

DIE MODULE IM EINZELNEN



Modul 3: Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

In diesem Modul geht es um Verhaltensweisen und psychische Problemlagen als Folge von Gesundheitsproblemen, die immer wieder auftreten und personelle Unterstützung erforderlich machen. Zentral ist bei der Einschätzung die Frage, inwieweit die Person ihr Verhalten selbstständig steuern kann. Der Gutachter erfasst, wie oft diese Verhaltensweisen personelle Unterstützung erforderlich machen. Ist die Unterstützung nie oder selten notwendig, so entspricht dies 0 Punkten – ist die Unterstützung dagegen täglich nötig, so werden 5 Punkte erreicht.

		Wie oft muss eine Pflegeperson eingreifen/unterstützen?			
		nie oder sehr selten	selten ein- bis dreimal innerhalb von zwei Wochen	häufig zweimal bis mehr- mals wöchentlich, aber nicht täglich	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5



Modul 4: Selbstversorgung

Das Modul Selbstversorgung umfasst mit Ausnahme der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten alle Verrichtungsbereiche, die im heute gültigen Begutachtungsinstrument von Relevanz sind. Hierzu gehören das Waschen, das An- und Auskleiden, die Ernährung (z. B. Trinken) und das Ausscheiden (z. B. Toilette/Toilettenstuhl benutzen). Der Gutachter schätzt hier, wie auch im Modul Mobilität, die Selbstständigkeit ein. Bestimmte Kriterien werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die Bewältigung des Alltags besonders gewichtet werden. Wenn zum Beispiel jemand überwiegend unselbstständig beim Essen ist, werden 6 Einzelpunkte vergeben. Der Gutachter bewertet, ob der Versicherte die Aktivität praktisch durchführen kann. Es ist dabei unerheblich, ob die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit aufgrund von Schädigungen somatischer oder mentaler Funktionen bestehen.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

			Versorgung mit Hilfe		
		Versorgung selbstständig	Nicht täglich, nicht auf Dauer	Täglich zusätzlich zu oraler Ernährung	Ausschließlich oder nahezu ausschließlich
4.13	Ernährung parenteral oder über Sonde	0	0	6	3

DIE MODULE IM EINZELNEN



Modul 5: Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Hier geht es um die Selbstständigkeit eines Menschen bei der Bewältigung seiner Gesundheitsprobleme. Der Gutachter bewertet, wie selbstständig jemand mit Therapien und anderen krankheitsbedingten Anforderungen umgehen kann. Für die Berechnung des Gesamtergebnisses gehen die einzelnen Maßnahmen je nach Komplexität und Aufwand unterschiedlich gewichtet ein.

Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen in Bezug auf:		Häufigkeit der Hilfe (Anzahl eintragen)				
		entfällt	selbstständig	pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation			3 (1)		
5.2	Injektionen	0				
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0				
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0				
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0				
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen			1 (1)		
5.7	Körpernahe Hilfsmittel		0			
5.8	Verbandwechsel und Wundversorgung	0				
5.9	Versorgung mit Stoma	0				
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden	0				
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0				
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0				
5.13	Arztbesuche	0				
5.14	Besuch anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Std.)	0				
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Std.)	0				
5.16	Einhaltung einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften, und zwar:	0 entfällt oder selbstständig 1 überwiegend selbstständig (Erinnerung/Anleitung ist mindestens einmal täglich notwendig) 2 überwiegend unselbstständig (benötigt meistens Anleitung/Beaufsichtigung, mehrmals täglich) 3 unselbstständig (benötigt immer Anleitung/Beaufsichtigung)				



Modul 6: Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Dieses Modul bildet Bereiche des Alltagslebens ab, die nach dem bisherigen Pflegebedürftigkeitsbegriff zum größten Teil nicht berücksichtigt werden. Bei der Gestaltung des Alltagslebens spielen sowohl mentale als auch motorische Fähigkeiten eine Rolle. Der Gutachter stellt fest, ob der pflegebedürftige Mensch individuell und bewusst seinen Tagesablauf gestalten kann und ob er in der Lage ist, mit Menschen in seinem unmittelbaren Umfeld Kontakt aufzunehmen. Wie in den Modulen 1 und 4 erfolgt eine Bewertung der Selbstständigkeit anhand einer vierstufigen Skala mit den Ausprägungen „selbstständig“, statt; „überwiegend selbstständig“, statt; „überwiegend unselbstständig“ und „unselbstständig“.

		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes	0	1	2	3

(vgl. MDS, 2019, S.5ff.)

Anhang 3: Tinetti-Test

Motilitätstest nach TINETTI

Hilfsmittel: Nein, X Ja, welches? Rollator

I. Balancetest

	0	1	2	3	4
Gleichgew. im Sitzen	unsicher	sicher, stabil <input checked="" type="checkbox"/>			
Aufstehen vom Stuhl Zeit: ___ s	nicht möglich	nur mit Hilfe	diverse Versuche, rutscht nach vorn	braucht Armlehne oder Halt (nur 1 Versuch) <input checked="" type="checkbox"/>	in einer fließenden Bewegung
Balance in den ersten 5 s	unsicher	sicher, mit Halt <input checked="" type="checkbox"/>	sicher, ohne Halt		
Stehsicherheit	unsicher	sicher, aber ohne geschlossene Füße <input checked="" type="checkbox"/>	sicher, mit geschl. Füßen		
Balance mit geschl. Augen	unsicher <input checked="" type="checkbox"/>	sicher, ohne Halt			
Drehung 360° mit offenen Augen	unsicher, braucht Halt <input checked="" type="checkbox"/>	diskontin. Bewegung bd. Füße am Boden vor dem nächsten Schritt	kontin. Bewegung sicher		
Stoß gegen die Brust (3x leicht)	fällt ohne Hilfe oder Halt	muß Füße bewegen, behält Gleichgewicht <input checked="" type="checkbox"/>	gibt sicheren Widerstand		
Hinsetzen Zeit: ___ s	läßt sich plumpsen, unzentriert braucht Lehne <input checked="" type="checkbox"/>	flüssige Bewegung			

II. Gehprobe

	0	1	2
Schrittauslösung (Patient wird aufgefordert zu gehen)	Gehen ohne fremde Hilfe nicht möglich	zögert, mehrere Versuche, stockender Beginn <input checked="" type="checkbox"/>	beginnt ohne Zögern zu gehen, fließende Bewegungen
Schritthöhe (von der Seite beobachtet)	kein selbständiges Gehen möglich	Schlurfen, übertriebenes Hochziehen <input checked="" type="checkbox"/>	Fuß total vom Boden gelöst max. 2-4 cm über Grund
Schrittlänge (von Zehen des einen bis Ferse des anderen Fußes)		weniger als Fußlänge	mindestens Fußlänge <input checked="" type="checkbox"/>
Schrittsymmetrie	Schrittlänge variiert, Hinken <input checked="" type="checkbox"/>	Schrittlänge bds. gleich	
Gangkontinuität	kein selbständiges Gehen möglich	Phasen mit Beinen am Boden, diskontinuierlich <input checked="" type="checkbox"/>	beim Absetzen des einen wird der andere Fuß gehoben, keine Pausen
Wegabweichung	kein selbständiges Gehen mgl.	Schwanken, einseitige Abweichung <input checked="" type="checkbox"/>	Füße werden entlang einer imaginären Linie abgesetzt
Rumpfstabilität	Abweichung, Schwanken, Unsicherheit <input checked="" type="checkbox"/>	Rücken u. Knie gestreckt, kein Schwanken, Arme werden nicht zur Stabilisierung gebraucht	
Schrittbreite	Ganz breitbeinig oder überkreuz	Füße berühren sich beinahe <input checked="" type="checkbox"/>	

Punkte B: 7 Punkte G: 7 Gesamtpunktzahl: 14

Evaluation	
20 - 27 Punkte	Mobilität leicht eingeschränkt, Sturzrisiko evtl. erhöht
15 - 19 Punkte	Mobilität leicht eingeschränkt, Sturzrisiko mäßig erhöht
10 - 14 Punkte	Mobilität mäßig eingeschränkt, Sturzrisiko deutlich erhöht
0 - 9 Punkte	Mobilität massiv eingeschränkt, Sturzrisiko massiv erhöht

(vgl. Medizinisch Geriatriische Kliniken der Evangelischen Stiftung Augusta, 2021, o. S.)

Anhang 4: Erweiterter Barthel-Index

Verstehen	Punkte
ungestört (nicht Patienten, die nur Geschriebenes verstehen)	15
verstehet komplexe Sachverhalte, aber nicht immer	10
verstehet einfache Aufforderungen	5
Verstehen nicht vorhanden	0
Sich verständlich machen	Punkte
kann sich über fast alles verständlich machen	15
kann einfache Sachverhalte ausdrücken	5
kann sich nicht oder fast nicht verständlich machen	0
Soziale Interaktion	Punkte
ungestört	15
gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos oder zurückgezogen	5
immer oder fast immer unkooperativ	0
Lösen von Alltagsproblemen	Punkte
(Planung von Handlungsabläufen, Umstellungsfähigkeit, Einhalten von Terminen, pünktliche Medikamenteneinnahme, Einsicht in Defizite und deren Konsequenzen im Alltag)	
im Wesentlichen ungestört	15
benötigt geringe Hilfestellung	5
benötigt erhebliche Hilfestellung	0
Gedächtnis, Lernen und Orientierung	Punkte
im Wesentlichen ungestört (kein zusätzlicher Pflegeaufwand erforderlich)	15
muss gelegentlich erinnert werden oder verwendet externe Gedächtnishilfen	10
muss häufig erinnert werden	5
desorientiert, mit oder ohne Tendenz zum Weglaufen	0
Sehen und Neglect	Punkte
im Wesentlichen ungestört	15
schwere Lesestörung, findet sich aber (ggf. mit Hilfsmitteln) in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht	10
findet sich in bekannter, aber nicht in unbekannter Umgebung zurecht	5
findet sich auch in bekannter Umgebung nicht ausreichend zurecht (findet z.B. eigenes Zimmer oder Station nicht / übersieht oder stößt an Hindernisse oder Personen)	0

(vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019, o. S.)

Anhang 5: Barthel-Index

Essen	Punkte
komplett selbständig oder selbständige PEG ¹ -Beschickung/-Versorgung	10
Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG ¹ -Beschickung/-Versorgung	5
kein selbständiges Einnehmen und keine MS ² /PEG ¹ -Ernährung	0
¹ perkutane endoskopische Gastrostomie ² Magensonde	
Aufsetzen und Umsetzen	Punkte
komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15
Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10
erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0
Sich waschen	Punkte
vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5
erfüllt "5" nicht	0
Toilettenbenutzung	Punkte
vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10
vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5
benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden/Duschen	Punkte
selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
erfüllt "5" nicht	0
Aufstehen und Gehen	Punkte
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	10
mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen	5
alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5
erfüllt "5" nicht	0
Treppensteigen	Punkte
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	10
mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	5
erfüllt "5" nicht	0
An- und Auskleiden	Punkte
zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10
kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5
erfüllt "5" nicht	0
Stuhlkontinenz	Punkte
ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	10
ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / Anus-praeter(AP)-Versorgung	5
ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
Harninkontinenz	Punkte
ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10
kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0

(vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2019, o. S.)

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt. Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift

Urheberrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich damit einverstanden bin, dass meine Arbeit zum Zwecke des Plagiatsschutzes bei der Firma PlagScan GmbH bis zu 5 Jahre in einer Datenbank für die Hochschule Osnabrück archiviert werden kann. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift