

**Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW**

Bachelor-Studium in Sozialer Arbeit

# **Pflegebedürftigkeit im Kontext der Lebenswelt älterer Menschen**

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit hilfe- und  
pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen

Bachelor Thesis von

Marina Caduff

12-267-977

Eingereicht bei

Prof. Johanna Kohn

Olten, im Juli 2016

## Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit gibt einen Überblick über die Situation von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen in der Schweiz. Auf der theoretischen Grundlage der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit wurden anhand aktueller Literatur die Auswirkungen von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf die Lebenswelt der betroffenen Menschen untersucht. Die Auseinandersetzung mit den historischen und theoretischen Zugängen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nach Husserl, Schütz, Habermas und Thiersch haben die Bedeutung der Dimensionen der erfahrenen Zeit, des erfahrenen Raumes und der sozialen Beziehungen aufgezeigt. Die Verfasserin kam zum Schluss, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die Lebenswelten alter Menschen massgeblich beeinflussen. Angesichts des demografischen Wandels, der pluralisierten und individualisierten Lebensstile und der überaus sensiblen und krisenhaften Situation, in denen sich hilfe- und pflegebedürftige alte Menschen befinden können, sieht die Verfasserin die Lebensweltorientierte Soziale Arbeit als gewinnbringend für die Praxis. Methoden wie Lebensweltorientierte Beratung, Aufsuchende Arbeit und Biografiearbeit können sowohl Betroffene als auch ihre familiären Hilfesysteme in ihrer Situation unterstützen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>II</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>III</b>
<b>Abkürzungs- &amp; Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>V</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2 Alter(n) &amp; Pflegebedürftigkeit in der Schweiz</b> .....	<b>4</b>
2.1 Alter, Altern und alte Menschen.....	4
2.2 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit.....	6
2.3 Aktuelle Situation in der Schweiz.....	7
2.3.1 Altersstrukturwandel .....	8
2.3.2 Soziale Sicherheit und rechtliche Grundlagen .....	9
2.3.3 Soziale Unterstützungssysteme.....	12
2.3.4 Zukunftsszenarien der Schweiz .....	14
2.4 Soziale Ungleichheit und Pflege .....	16
2.5 Zwischenfazit .....	17
<b>3 Das Konzept der Lebenswelt und Lebensweltorientierung</b> .....	<b>19</b>
3.1 Der phänomenologische Begriff der Lebenswelt nach Husserl .....	19
3.2 Strukturen der Lebenswelt nach Alfred Schütz.....	20
3.3 Kolonialisierung der Lebenswelt nach Jürgen Habermas .....	23
3.4 Das Konzept der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch.....	24
3.5 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit .....	26
3.5.1 Struktur und Handlungsmaximen.....	28
3.6 Kritische Reflexion .....	29
3.7 Zwischenfazit .....	30
<b>4 Pflegebedürftigkeit als Irritation der Lebenswelten älterer Menschen</b> .....	<b>31</b>
4.1 Armut im Alter .....	31
4.2 Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden im Alter .....	32
4.2.1 Konfrontation mit Sterben und Tod .....	35
4.3 Wohnen im Alter .....	36
4.4 Soziale Beziehungen im Alter.....	38
4.4.1 Partnerschaft .....	39
4.4.2 Eltern-Kind-Beziehung.....	41
4.4.3 Belastungen von pflegenden Angehörigen.....	42
4.4.4 Verhältnis von informeller und formeller ambulanter Pflege – Chancen und Herausforderungen.....	43
4.5 Zwischenfazit .....	45

---

<b>5</b>	<b>Lebensweltorientierte Soziale Arbeit innerhalb familiärer, häuslicher Pflegearrangements.....</b>	<b>46</b>
5.1	Lebensweltorientierte Beratung .....	47
5.2	Aufsuchende Arbeit: der Hausbesuch .....	49
5.3	Biografiearbeit.....	52
5.4	Zwischenfazit .....	54
<b>6</b>	<b>Beantwortung der Fragestellung und Ausblick.....</b>	<b>55</b>
	<b>Quellenverzeichnis.....</b>	<b>59</b>
	<b>Ehrenwörtliche Erklärung.....</b>	<b>67</b>
	<b>Anhang I: ADL Kriterien .....</b>	<b>68</b>

## Abkürzungs- & Abbildungsverzeichnis

### Abkürzungsverzeichnis:

AHV: Alters- und Hinterlassenenversicherung

BV: Berufliche Vorsorge

EL: Ergänzungsleistungen

IV: Invalidenversicherung

OPK: Obligatorische Krankenpflegeversicherung

### Abbildungsverzeichnis:

Abbildung 1, S.8: Altersaufbau der Schweizer Bevölkerung (in: Bundesamt für Statistik 2015: 25)

Abbildung 2, S.11: Finanzierung der Pflege zu Hause (in: Netzwerk Ökonomie des Bundesamtes für Sozialversicherung 2003: 7)

Abbildung 3, S.12: Kostenträger im Falle von Pflegebedürftigkeit (in: Netzwerk Ökonomie des Bundesamtes für Sozialversicherung 2003: 3)

Abbildung 4, S.42: Prozessmodell der Pflegebelastung (in: Pearlin et al. 1990 zit. nach Perrig-Chiello 2012: 161)

# 1 Einleitung

Die Bevölkerung der Schweiz und die Lebenserwartung der Menschen in der Schweiz sind in den letzten Jahren stetig gewachsen. Die steigende Lebenserwartung, die sinkende Geburtenrate sowie die älter werdenden geburtenstarken Jahrgänge führen zu einer asymmetrischen Altersverteilung der Schweizer Bevölkerung. Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium geht davon aus, dass die Anzahl der hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen in der Schweiz zwischen 2010 und 2030 von 125'000 auf 182'000 ansteigen wird (vgl. Höpflinger/Bayer-Oglesby/Zumbrunn 2011: 10). Soziale Arbeit wird demnach in der Zukunft mit einem wachsenden Anteil an hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen konfrontiert werden, die aufgrund ihrer Lebenslage verstärkt von sozialer Ausgrenzung bedroht und auf Unterstützung von Aussen angewiesen sind (vgl. Hildebrandt 2012: 257). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bedeutet eine eingeschränkte Handlungsfähigkeit im Alltag und kann bedeutende Lebens- und Sinnkrisen hervorrufen. Die pluralisierten und individualisierten Lebensformen von alten Menschen stellen Sozialarbeitende vor die Herausforderung, den Problemlagen und den Ressourcen der einzelnen Menschen gerecht zu werden.

Ein grosses Bedürfnis von Menschen ist es, möglichst lange zu Hause wohnen zu können. Häusliche Pflegearrangements spielen in der Verwirklichung dieses Wunsches eine signifikante Rolle. Die sozialen, emotionalen und finanziellen Aspekte von informellen Pflegeleistungen lassen sich nicht durch professionelle Pflegekräfte ersetzen, weswegen ambulante, informelle Pflegearrangements eine wertvolle gesellschaftliche Ressource darstellen. Jedoch sind diese Pflegekonstellationen oftmals mit Herausforderungen, Belastungen und Risiken verbunden (vgl. Höpflinger et al. 2011: 79). Wesentliche Aufgaben für die Soziale Arbeit ergeben sich demzufolge im Bereich der Beratung und Begleitung von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen.

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit befasst sich neben den objektiven Lebensverhältnissen mit dem subjektiven Erleben der Klientinnen und Klienten. Der Alltag mit den individuellen Routinen, den subjektiven Sinndeutungen und Bewältigungsstrategien nimmt dabei einen hohen Stellenwert ein. Hildebrandt betont in ihrem Artikel zur lebensweltorientierten (Alten-) Arbeit, dass „nicht Experten und Expertinnen oder Instanzen definieren, wie Alter gestaltet werden soll, sondern die alten Menschen selbst, die die eigentlichen Expertinnen und Experten für die Gestaltung des Lebens im Alter sein sollten“ (Hildebrandt 2012: 258). Auch Kircheldorff sieht im Lehrbuch für Gerontologie von Becker und Brandenburg in der Theorie der lebensweltorientierung zahlreiche Anknüpfungspunkte besonders in Zusammenhang mit dem Verstehen von Sinndeutungen, Einstellungen, Lebenskonzepten und Haltungen alter Menschen (vgl. Kircheldorff 2014: 110). Bereits in den 90er Jahre befasste sich Zeman

intensiv mit dem Thema der Lebensweltlichen Pflege und plädierte für eine Vernetzung von Lebenswelt und Professionen der Pflege.

Das Ziel der Arbeit ist eine theoretische und literaturgestützte Auseinandersetzung mit dem Thema Hilfe- und Pflegebedürftigkeit alter Menschen und deren Einfluss auf die Lebenswelt. Es soll ferner herausgefunden werden, wie Soziale Arbeit durch lebensweltorientierte Methoden die betroffenen Personen und ihre familiären Hilfesysteme unterstützen kann. Adressatinnen und Adressaten der Arbeit sind demnach Sozialarbeitende oder Personen in ähnlichen Berufen, welche vorzugsweise in Beratungs- und Kontaktstellen der Altensozialarbeit tätig sind. Dabei soll einerseits Grundlagenwissen zu objektiven Lebensverhältnissen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz vermittelt, andererseits eine Auseinandersetzung mit lebensweltorientierten Methoden und ihren Chancen und Risiken für die Praxis aufgezeigt werden. Für die Zielerreichung dieser Arbeit wurde folgende **Hauptfrage** formuliert:

- Wie beeinflusst Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die Lebenswelten alter Menschen in der Schweiz und wie können Methoden der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit betroffene Menschen und ihre familiären Hilfesysteme unterstützen?

Um die Hauptfrage beantworten zu können, wurde sie in verschiedene Unterfragen aufgeteilt, die Schritt für Schritt die Beantwortung der Hauptfragestellung möglich macht. Die **Unterfragen** lauten:

- Welche Informationen zur Situation von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen in der Schweiz sind vorhanden?
- Was beinhaltet das Konzept der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit nach Hans Thiersch und was sind die historischen und theoretischen Hintergründe?
- Wie wirkt sich Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf die Lebenswelten alter Menschen aus?
- Welche Rolle spielen die Angehörigen von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen innerhalb der Pflege zu Hause?
- Was sind Chancen und Risiken innerhalb familiären Pflegearrangements?
- Welche Methoden der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit gibt es und wo sind Chancen, wo sind die Herausforderungen und Grenzen dieser Methoden?

Obwohl in der Praxis der Sozialen (Alten-)Arbeit die Themen Migration und Demenz zunehmend an Bedeutung gewinnen, wird aufgrund des Umfangs der Arbeit bewusst auf eine vertiefte Auseinandersetzung mit diesen beiden Aspekten verzichtet.

Die folgende Bachelor Thesis gliedert sich in insgesamt fünf Teile:

Im **ersten Teil** wird die aktuelle Situation von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen in der Schweiz beleuchtet. Dabei werden neben den Definitionen von Alter und Pflegebedürftigkeit auch die rechtlichen Grundlagen, die angebotenen Unterstützungsleistungen innerhalb der Schweiz sowie der Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Pflege umrissen.

In einem **zweiten Teil** sollen Theorien der Lebenswelt in ihren historischen und theoretischen Grundzügen betrachtet werden. Dafür werden die Ursprünge der Theorie nach Husserl, Schütz und Habermas beleuchtet, um anschliessend das Konzept Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch mit seinen Handlungsmaximen für die Soziale Arbeit aufzuzeigen.

Im **dritten Teil** der Arbeit werden die unterschiedlichen Alltagswelten in Bezug auf die Aspekte der Zeit, des Raumes und der sozialen Beziehungen sowie die Auswirkung von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit innerhalb dieser Aspekte aufgezeigt. Eine zentrale Perspektive wird dabei auf die innerfamiliären Pflegearrangements gesetzt.

Im **vierten Teil** werden Methoden der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit innerhalb familiärer, häuslicher Pflegearrangements mit ihren Chancen und Risiken herausgearbeitet.

Und im abschliessenden **fünften Teil** der Arbeit werden Schlussfolgerungen gezogen, die Arbeit kritisch reflektiert sowie ein Ausblick für die Soziale Arbeit dargelegt.

## 2 Alter(n) & Pflegebedürftigkeit in der Schweiz

Neben der Klärung der Begriffe Alter, Altern, alte Menschen, Hilfe- und Pflegebedürftigkeit soll dieses Kapitel eine Gesamtübersicht zur Situation von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen in der Schweiz schaffen. Da es darum geht, eine grobe Übersicht zu erhalten, werden die rechtlichen Aspekte und die diversen Unterstützungssysteme der Schweiz lediglich angeschnitten und die zentralen Gesichtspunkte herausgearbeitet. Anschliessend werden mögliche Zukunftsszenarien und der Zusammenhang von Sozialer Ungleichheit und Pflege aufgezeigt. Ein kurzes Zwischenfazit mit den wichtigsten Aspekten schliesst dieses Kapitel ab.

### 2.1 Alter, Altern und alte Menschen

Innerhalb der Gerontologie lassen sich drei zentrale Begriffe unterscheiden. **Das Alter** beschreibt unterschiedliche soziale Kategorien wie beispielsweise die Kindheit, die Jugend und das Erwachsenenalter. Das Alter zählt zu den wichtigsten sozialen Kategorien innerhalb einer Gesellschaft und wird unter anderem durch formale Altersgrenzen im Lebenslauf geprägt. Beispiele hierfür sind das Eintrittsalter der Schule, die gesetzliche Volljährigkeit oder das Renteneintrittsalter. Gesellschaftlich bestimmte Altersgrenzen sind veränderbare Grössen und müssen demzufolge daraufhin untersucht werden, inwieweit sie zu Diskriminierung und Ungleichheit in unserer Gesellschaft führen können (vgl. Wahl/Heyl 2015: 13). Aus soziologischer Sicht bestimmen die gesellschaftlich dominierenden Altersbilder, inwieweit alte Menschen an gesellschaftlichen Ressourcen teilhaben können (vgl. Kleiner 2012: 9). Altersbilder sind nach Schroeter Ausdruck der jeweiligen gesellschaftlichen Strukturen und ihrer Deutungsmuster (vgl. Schroeter 2008: 612). Somit ist es historisch bedingt, „ob in einer Gesellschaft das Bild der weisen, gerechten und politisch mächtigen Greise oder das Bild der gebrechlichen, verwirrten und hilfsbedürftigen Alten dominiert“ (ebd.). Wahl und Heyl beschreiben den Verlust der Berufsrolle, die Konfrontation mit dem Tod von nahestehenden Personen und die Bedrohung der Autonomie durch chronische Krankheiten als Bewältigungsaufgaben späterer Lebensphasen (vgl. Wahl/Heyl 2015: 15). Aner und Karl nennen ebenfalls spezifische Aufgaben wie beispielsweise die Aufsichtung biografisch entstandener Ungleichheiten, die Veränderung der eigenen Rolle innerhalb der Gesellschaft oder die Konfrontation mit diversen Abschieden wie beispielsweise dem Verlust des Arbeitsplatzes (vgl. Aner/Karl 2010: 10f.).

Der Begriff **des Alterns** bezieht sich auf den fortschreitenden, unumkehrbaren, dynamischen Prozess von Veränderungen, welche sich auf physische, psychische und soziale Aspekte des Lebens auswirken. Obwohl Alterungsprozesse im Vergleich zu jüngeren Jahren, auf eine natürliche Weise zu einem defizitären Zustand des Körpers führt, verlaufen sie stets

individuell unterschiedlich und sind nicht zwangsläufig mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verbunden (vgl. Zippel 2009: 49).

*Die biologischen und psychologischen Prozesse des Alterns sind, bewusst oder unbewusst, sozial und kulturell beeinflusst. Sie folgen sowohl immanenten, d.h. einerseits biologischen, andererseits psychischen Gesetzmäßigkeiten, werden aber auch durch soziale Einwirkungen, durch Stützung oder Beeinträchtigung verändert, die aus der Gesellschaft kommen. (Rosenmayr 1990: 21)*

Menschen altern ihr ganzes Leben lang, wobei jede Altersphase die nächste prägt. Einerseits beeinflussen positive und negative Erfahrungen, die erworbenen Bewältigungsstrategien und das angeeignete Wissen die nächste Altersphase, andererseits entstehen laufend neue Aufgaben und Herausforderungen (vgl. Wahl/Heyl 2015: 15). Backes und Clemens weisen auf die interindividuelle Unterschiedlichkeit von Alterungsprozessen hin, da diese stets von den genetischen Anlagen sowie den sozial ungleichen und individuell unterschiedlichen Lebensbedingungen abhängig sind (vgl. Backes/Clemens 2013: 14). Lehr (2011: 15) bezeichnet Altern als „das Ergebnis eines lebenslangen Prozesses mit ureigensten Erfahrungen, mit ganz individuellen Formen der Auseinandersetzung mit Problem- und Belastungssituationen“. Die geistige Aufgeschlossenheit, Bildung, persönlichen Interessen und sportliche Aktivitäten beeinflussen allesamt den Alterszustand und Altersprozess (vgl. ebd.).

Die **alten Menschen** stellen letztendlich die Zielgruppe der Gerontologie dar. Gerontologie befasst sich mit der Lebensphase Alter und versucht die Lebensbedingungen alter Menschen zu verbessern (vgl. Wahl/Heyl 2015: 15). Die Altersphase als Teil des Lebenslaufes lässt sich nach Backes und Clemens zunehmend schwieriger abgrenzen. Grund dafür ist einerseits die Ausdehnung der Lebensphase Alter durch die ansteigende Lebenserwartung, andererseits zeigt sich eine zunehmende Heterogenität durch Pluralisierungstendenzen einzelner Lebensformen (vgl. Backes/Clemens 2013: 22f.). Olbermann und Reichert weisen darauf hin, dass die veränderte Altersstruktur zu einer zeitlichen Expansion des Lebensabschnitts Alter geführt hat. Diese kann heutzutage eine Spanne von bis zu 50 Jahren aufweisen und erfordert somit nach einer präziseren Differenzierung von alten Menschen (vgl. Olbermann/Reichert 1993: 200). Ein hohes Lebensalter bedeutet nicht zwangsläufig, von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betroffen zu sein. Es gibt Menschen, die bereits mit 60 Jahren mit körperlichen Einschränkungen konfrontiert werden, wogegen andere Menschen mit neunzig Jahren beschwerdefrei leben. Zentral für das Alter ist jedoch das steigende Risiko der funktionalen Abhängigkeit und demenzieller Einschränkungen (vgl. Höpflinger 2011: 51). Aktuellere Altersdefinitionen orientieren sich vielmehr an den vorhandenen Fähigkeiten in physischen, psychischen, sozialen und gesellschaftlichen Funktionsbereichen als am kalendarischen Alter. So wird häufiger zwischen „jungen Alten“ und „alten Alten“ oder

zwischen dem dritten und dem vierten Lebensalter unterschieden (vgl. Backes/Clemens 2013: 23).

Da sich die vorliegende Arbeit mit den funktionalen Einschränkungen eines Menschen durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit befasst, erachtet es die Verfasserin als sinnvoll, sich nicht an einer chronologischen Altersdefinition zu orientieren. Stattdessen beruft sie sich innerhalb ihrer Arbeit auf die Altersdefinition nach Rosenmayr, welcher zwischen dem „chancenreichen dritten Alter“, dem „eingeschränkten vierten Alter“ und dem „abhängigen fünften Alter“ unterscheidet (vgl. 1996: 35). Die Abgrenzung zum fünften Alter wird dabei weniger vom chronologischen Alter, sondern vielmehr durch den Abstand zum Tod bestimmt (vgl. Wahl/Heyl 2015: 98).

## 2.2 Hilfe- und Pflegebedürftigkeit

Nach dem Konzept der Funktionalen Gesundheit sind diejenigen Menschen hilfe- oder pflegebedürftig, die aufgrund physischer, sensorischer oder kognitiver Beeinträchtigungen in der selbstständigen Bewältigung ihres Alltags eingeschränkt sind. Unabhängig der Krankheitsform können funktionale Einschränkungen wie beispielsweise eine Sehbeeinträchtigung oder Gehschwierigkeiten dazu führen, dass unter spezifischen Umständen die Bewältigung des Alltags unmöglich wird. Inwiefern sich eine Person als hilfe- oder pflegebedürftig einschätzt, hängt einerseits von den subjektiv als bedeutsam und unersetzbar empfundenen Aktivitäten des Alltags, andererseits von der Gestaltung der äusseren Umwelt ab. Die selbstständige Bewältigung von Alltagsaktivitäten kann beispielsweise durch eine barrierefreie Wohnung unterstützt oder durch Schwellen und enge Türen behindert werden (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2004: 33f.). Grundsätzlich kann zwischen instrumentellen und basalen Aktivitäten des Alltags unterschieden werden. Unter instrumentellen Aktivitäten zählen beispielsweise kochen, einkaufen, putzen oder öffentliche Verkehrsmittel benutzen. Sind Personen in der Ausführung von mindestens einer instrumentellen Aktivität eingeschränkt, werden sie als hilfebedürftig bezeichnet. Pflegebedürftigkeit ergibt sich hingegen durch die Unfähigkeit, basale Alltagsaktivitäten wie Ankleiden, Baden, Essen etc. auszuführen (vgl. Höpflinger et. al. 2011: 46). Sozialversicherungen stützen sich angesichts der Unterschiede von äusseren Lebensumständen und persönlichen Alltagsaktivitäten auf die „activity-of-daily-living“, kurz ADL-Kriterien (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2004: 34). Die von Katz et al. entwickelten ADL-Kriterien zur Einstufung der Pflegebedürftigkeit unterscheiden zwischen sechs elementaren/basalen Alltagsaktivitäten (bathing, dressing, going to toilet, transferring, continence and feeding). Dabei wird die funktionale Unabhängigkeit und Abhängigkeit in der Ausführung dieser basalen Alltagsaktivitäten evaluiert und in verschiedene Stufen eingeteilt. Je mehr eine Person bei der Ausführung einer oder mehrerer Aufgaben

von der Hilfe anderer Personen abhängig ist, umso höher wird die Pflegebedürftigkeit eingestuft<sup>1</sup> (vgl. Katz et al. 1963: 914f.).

Zusammenfassend lassen sich drei Stufen von Hilfebedürftigkeit und drei Stufen von Pflegebedürftigkeit definieren. Als stark hilfebedürftig gelten Personen, die mindestens eine instrumentelle Aktivität im Alltag nicht autonom erfüllen können. Als mittelmässig hilfebedürftig gelten diejenigen, die bei mindestens einer instrumentellen Aktivität starke Schwierigkeiten in ihrer Ausübung haben, diese jedoch weiterhin autonom verrichten können. Als leicht hilfebedürftig werden schlussendlich Personen eingestuft, die leichte Schwierigkeiten bei der Ausführung von instrumentellen Aktivitäten aufweisen. Die Einteilung zur Pflegebedürftigkeit gestaltet sich analog der Hilfebedürftigkeit, nur dass die Einschränkungen auf die basalen, nicht auf die instrumentellen Aktivitäten des Alltags bezogen sind (vgl. Höpflinger et al. 2011: 46). Hilfeleistungen sind somit spezifische, inhaltlich oft begrenzte Unterstützungsleistungen, wohingegen Pflegeleistungen körperbezogene und vielfach sozialmedizinisch anspruchsvolle Leistungen sind (vgl. ebd.: 67).

### **2.3 Aktuelle Situation in der Schweiz**

Laut Bundesamt für Statistik lag im Jahr 2012 die Anzahl der über 65-Jährigen bei 17,4% der Bevölkerung, was rund 1,4 Millionen Menschen in der Schweiz ausmachte (vgl. Bundesamt für Statistik 2014b: 62). Die Lebenserwartung betrug 2012 bei Geburt 80,5 Jahre bei Männern, 84,7 Jahre bei Frauen und gehören damit zu den höchsten weltweit (vgl. ebd.: 27). Der Gesundheitszustand älterer Personen unterscheidet sich deutlich hinsichtlich Alter, Geschlecht und Lebensort. Ein Blick auf die Zahlen der über 65-Jährigen, die in einem Privathaushalt lebten zeigt, dass vier von zehn Personen bei der Ausführung von Alltagsaufgaben seit mindestens sechs Monaten leicht oder stark eingeschränkt waren. Im Alter von 65 - 79 Jahren lag der Anteil bei 36%, bei Personen über 80 Jahren bei 53%, was die stärkeren Einschränkungen im Alltag mit steigendem Alter verdeutlicht (vgl. ebd.: 62). „Noch mehr als bei Einschränkungen der basalen Alltagsaufgaben sind Ausmass und Umgang mit Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten im Alter mit persönlichen Anpassungsstrategien, informellen Hilfenetzen, aber auch mit der Qualität von Wohnung, Wohnumgebung und Infrastruktur verknüpft.“ (Höpflinger et al. 2011: 51) Stark pflegebedürftig und somit unfähig in der Ausführung von mindestens einer basalen Alltagsaktivität sind ungefähr 3% aller über 65-Jährigen, die noch zu Hause wohnen. Dieser Anteil beläuft sich bei den 65 – 79-Jährigen auf weniger als 2% und bei den über 80-Jährigen auf 8% (vgl. Bundesamt für Statistik 2014b: 62).

---

<sup>1</sup> Die genaue Tabelle der Einstufung zur Pflegebedürftigkeit befindet sich im Anhang I

Die Gesamtzahl aller hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen in der Schweiz ist einerseits durch die lückenhafte Datenlage, andererseits durch den in Kapitel 2.2 erwähnten subjektiven Anteil schwierig zu eruieren. Nach Höpflinger und Hugentobler beläuft sich die Anzahl der pflegebedürftigen älteren Personen (nach ADL Kriterien) zwischen 109'000 und 126'000, das sind 9,8 – 11,4% aller über 64-jährigen Menschen. Im Vergleich zu Deutschland ist die Lebenserwartung in der Schweiz höher, die Pflegebedürftigkeitsquote hingegen tiefer. Grund dafür sind unter anderem die schweren Lebensbedingungen während dem 2. Weltkrieg, welche die heute älteren Deutschen deutlich stärker geprägt haben als die Schweizerinnen und Schweizer (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2004: 13).

### 2.3.1 Altersstrukturwandel

Die Entwicklung der Lebensphase Alter wird wesentlich durch den demographischen Wandel und durch sozialstrukturelle Veränderungen geprägt. Der demographische Wandel beschreibt die Veränderung der Bevölkerung nach ihrer Altersstruktur. Abbildung 1 zeigt, wie sich die Alterspyramide (1900) zu einer Urnen- oder Pilzform (2014) entwickelt hat. Damit ist eine kontinuierliche Vergrößerung des Anteils an älteren und alten Menschen innerhalb der

**Altersaufbau der Bevölkerung**  
Anzahl Personen in 1000

G 15

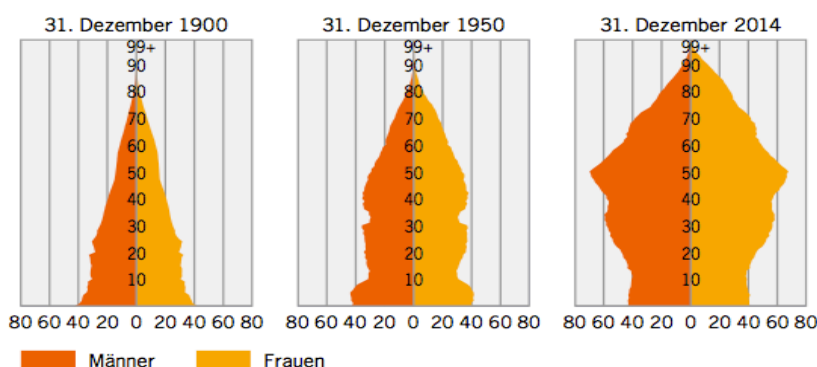


Abb. 1: Altersaufbau der Schweizer Bevölkerung (in: Bundesamt für Statistik 2015: 25)

Bevölkerung festzustellen (vgl. Bakes/Clemens 2013: 31f.). Sobald die geburtenstarken Jahrgänge, wie die „Baby-Boomer“, ein hohes Alter erreicht haben, ist der Höhepunkt dieser demographischen Alterung erreicht (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2004: 11).

Tews geht von einer dreifachen Alterung der Gesellschaft aus. Als Erstes beschreibt er die absolute Zunahme von alten Menschen, als zweites nennt er die relative Zunahme und meint damit das Verhältnis von älteren Generationen gegenüber den jüngeren Generationen (vgl. Tews 1994: 42). „Immer mehr ältere Menschen stehen immer weniger jüngeren Menschen gegenüber“, beschreibt Lehr (2011: 13) dieses Phänomen. Als dritte Alterung nennt Tews die Zunahme der Hochaltrigen, welche mit einem überproportional steigenden Hilfebedarf verbunden ist (vgl. Tews 1994: 43). Als signifikante Einflussfaktoren gelten die Veränderung der Lebenserwartung und die Abnahme der Kindersterblichkeit, welche primär durch den gesundheitlich verbesserten Lebensstandard sowie den medizinischen Fortschritt beeinflusst

werden. Die Veränderung der Geburtenzahlen innerhalb einzelner Generationen sind durch historische, politische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel Krieg, die Einführung unterschiedlicher Empfängnisverhütungsmittel oder allgemeines Heirats- und Familiengründungsverhalten geprägt. Gleichzeitig tragen Migrationsbewegungen bedeutsam zur demographischen Entwicklung einer Bevölkerung bei (vgl. Höpflinger 2012a: 12f.).

Neben *Hochaltrigkeit* zählen nach Tews *Verjüngung*, *Feminisierung* und *Singularisierung* des Alters zu den Merkmalen der sozialstrukturellen Veränderungen. Die *Verjüngung* des Alters kann sowohl aus einem positiven, als auch einem negativen Blickwinkel betrachtet werden. Negative Verjüngungseffekte entstehen durch die erzwungene Frühverrentung, wenn Arbeitslose über 50 als zu alt gelten um einen neuen Job zu finden. Folglich wird die Abgrenzung der Lebensphase Alter durch den Eintritt in den Ruhestand vorverlegt. Obwohl Menschen chronologisch älter werden als die Generationen davor, schätzen sie sich selbst später als „alt“ ein und fühlen sich jünger und vitaler, was hingegen einen positiven Verjüngungseffekt darstellt (vgl. Tews 1994: 33f.). Die *Feminisierung* zeigt sich deutlich in der unausgeglichenen „Geschlechter-Proportion“ (ebd.: 34) im Alter. Aufgrund der höheren Sterblichkeit von Männern nimmt der Anteil der Frauen im höheren Alter zu. Anschaulich zeigt dies die Zahl der über 100-Jährigen in der Schweiz. Von insgesamt 1543 sind nur gerade 290 Männer über 100 Jahre alt (vgl. Bundesamt für Statistik 2015: 27). Effekte der *Singularisierung* lassen sich in der zunehmenden Anzahl Alleinstehender und Einpersonenhaushalte im Alter erkennen. Einerseits sind Familien durch die verringerte Fertilitätsrate kleiner geworden, andererseits haben sich durch vermehrte Scheidungen und Trennungen die Familienstrukturen verändert (vgl. Tews 1994: 34). Auch hier ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede, da verwitwete Frauen wegen der geringeren Lebenserwartung von Männern häufiger in einem Einpersonenhaushalt leben (vgl. Höpflinger et al. 2011: 48f.).

### **2.3.2 Soziale Sicherheit und rechtliche Grundlagen**

Die Alterssicherung in der Schweiz beruht auf dem Drei-Säulen-System, bestehend aus der Alters- und Hinterlassenenversicherung (AHV), der beruflichen Vorsorge (BV) und der freiwilligen privaten Altersvorsorge (z.B. Säule 3a = gebundene Altersvorsorge). Als AHV wird die Grundrente für die gesamte Wohnbevölkerung der Schweiz bezeichnet. Das Renteneintrittsalter liegt für Männer bei 65 Jahren, bei Frauen bei 64 Jahren, wobei sich die Rentenhöhe für Einzelpersonen zwischen 1'170 und 2'340 Schweizer Franken bewegt. Die AHV übernimmt eine wichtige materielle Umverteilung, da der Beitragssatz mit 8,4% des Bruttoerwerbseinkommens berechnet wird. Grosse Beitragsunterschiede stehen kleineren Unterschieden der Rentenhöhe gegenüber. Falls die anerkannten Ausgaben des Lebensbedarfs die anrechenbaren Einnahmen der AHV übersteigen, können bedürftigkeitsgeprüfte Ergänzungsleistungen (EL) die AHV-Renten ergänzen (vgl. Schulz-Nieswandt et al. 2014: 124).

Zurzeit erhalten in der Schweiz insgesamt 28,5% der AHV-Bezüger neben der AHV keine weiteren Altersleistungen. Insgesamt 9,5% davon bezogen im Jahr 2012 Ergänzungsleistungen. Frauen sind dabei häufiger EL-Empfängerinnen als Männer und somit vermehrt von Altersarmut betroffen (vgl. Bundesamt für Statistik 2014a: 11). Die zweite Säule ist die berufliche Vorsorge, die bei einem Lohneinkommen zwischen 21'060 und 84'240 verpflichtend für Arbeitnehmer und Arbeitgeber ist. Ziel der BV ist die Lebensstandsicherung bei Invalidität und im Alter. Die dritte Säule besteht aus der gebundenen Altersvorsorge (z.B. Säule 3a) und umfasst freiwillige und privat gezahlte Beiträge, welche an die Verwendung im Alter gebunden sind. Herausforderungen und Lücken im Drei-Säulen-System der Schweiz entstehen insbesondere für Arbeitnehmer mit unvollständigen und atypischen Erwerbsverläufen und führen unter anderem zu erhöhten Altersarmutsrisiken für Frauen (vgl. Schulz-Nieswandt et al. 2014: 124-126).

Die 1996 eingeführte obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) wurde, wie der Name bereits sagt, für die Gesamtbevölkerung als Pflichtversicherung eingeführt. Im Gegensatz zur AHV wird die OKP über eine Kopfpauschale, unabhängig vom persönlichen Einkommen, finanziert. Einkommensschwache Personen erhalten zur Finanzierung der Kopfpauschale vom Kanton eine individuell berechnete Prämienverbilligung (vgl. ebd.: 129). Laut Bundesamt für Statistik bezogen im Jahr 2014 rund 2,2 Millionen Personen Prämienverbilligungen. Dies entspricht 27% aller Versicherten, wobei Kinder, Jugendliche und verrentete Personen am häufigsten Prämienverbilligungen erhalten (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2016: o.S.). Insgesamt sind in der Schweiz die privaten Ausgaben für Gesundheit und Krankheit höher als in Deutschland oder Österreich, da sich die Versicherten zusätzlich zur Kopfpauschale mit einer Franchise, Spitaltaxen oder Zusatzzahlungen an den Kosten ihrer persönlichen Gesundheitsleistungen beteiligen müssen (vgl. Schulz-Nieswandt et al. 2014: 130).

Die rechtlichen Rahmenbedingungen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind zum einen Grundrechte wie der Grundsatz der Menschenwürde (Art. 7 BV), das Diskriminierungsverbot (Art. 8 Abs. 2 BV) und das Recht auf Selbstbestimmung und persönliche Freiheit (Art. 10 Abs. 2 BV). Zum anderen gehört dazu das Sozialziel (Art. 41 Abs. 1b BV), welches Bund und Kantone in Ergänzung zu persönlicher Verantwortung und Initiative auffordert, sich dafür einzusetzen, dass jede Person die für ihre Gesundheit notwendige Pflege erhält. Das seit 2008 in Kraft getretene Gesetz zur Betagten- und Behindertenhilfe beauftragt die Kantone, für die Hilfe und Pflege von Betagten zu Hause zu sorgen (Art. 112c BV). Neben Geldleistungen können im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, Sach- und Dienstleistungen von diversen Absicherungsquellen bezogen werden. Zusätzlich zur privaten Deckung kommen die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die AHV und Invalidenversicherung (IV) sowie die Kantone und die Gemeinden für die Kosten der Pflege auf. Dabei wird zwischen drei Kategorien von Leistungen unterschieden. Die Kranken- (OKP) und Unfallversicherung

(UV) kommen für *Heilbehandlungen* infolge von Krankheit bzw. Unfall auf. Diese schliesst sowohl die Behandlung der eigentlichen Krankheit als auch ihrer Folgen mit ein. Die IV, AHV, UV und die OPK stellen *Hilfsmittel* zur Verfügung, die zu einem gewissen Grad den Ausfall von Funktionen des menschlichen Körpers zu ersetzen vermag. Dabei gilt beispielsweise bei der AHV die Voraussetzung, dass die Hilfsmittel für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind. Als dritte Kategorie gelten *Geldleistungen* im Form einer Hilflosenentschädigung. Die Höhe der Geldleistung orientiert sich am Grad der Hilflosigkeit, nicht an der Höhe der Kosten im Einzelfall. Während die IV und die UV Geldleistungen bei leichter, mittelschwerer und schwerer Hilflosigkeit auszahlt, haben AHV-Rentnerinnen und -Rentner nur bei mittelschwerer und schwerer Hilflosigkeit Anspruch auf Geldleistungen. Subsidiär zu den Leistungen der Sozialversicherungen und zu privaten Quellen kommt die Sozialhilfe für ungedeckte Heim- oder Spitexkosten sowie für die Deckung der Grundbedürfnisse für ein menschenwürdiges Dasein auf (vgl. Schweizerischer Bundesrat 2005: 2041-2050).

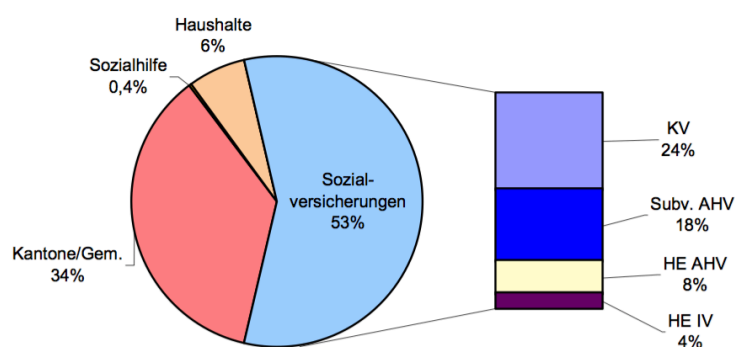


Abb. 2: Finanzierung der Pflege zu Hause (in: Netzwerk Ökonomie des Bundesamtes für Sozialversicherung 2003: 7)

Abbildung 2 zeigt die Kostenverteilung der Finanzierung von ambulanter Pflege. Insgesamt werden mehr als die Hälfte der Kosten von Sozialversicherungen getragen. Diese beziehen sich jedoch auf Kosten wie bspw. Spitexleistungen und lässt Mehraufwand und finanzielle Einbussen von familiärer Pflege-

arrangements ausser Acht. Krankenkassen und die AHV sind Hauptkostenträger von ambulanten Pflegeleistungen. Leistungen wie z.B. Mahlzeitendienste müssen hingegen aus privater Tasche gezahlt werden (vgl. Netzwerk Ökonomie des Bundesamtes für Sozialversicherung 2003: 6)

Abbildung 3 zeigt eine schematische Darstellung der Kostenträger im Falle von Pflegebedürftigkeit. Die zahlreichen unterschiedlichen Kostenträger können diverse Problematiken hervorrufen. Durch das 2008 eingeführte Gesetz zur Betagten- und Behindertenhilfe (Art. 112c BV) werden die Krankenversicherungen entlastet und die Verantwortung den Kantonen übertragen. Jedoch wurde keine schweizweite Regelung zur Restfinanzierung der Pflegekosten festgelegt, so dass jeder Kanton, welcher die Verantwortung wiederum an die Gemeinden delegieren kann, eigene Lösungen zur Art und Höhe der Finanzierung von ambulanter und stationärer Pflege bestimmen kann. Die Gefahr einer Versorgungslücke und Ungleichbehandlung einzelner Fälle innerhalb der Schweiz ist somit beträchtlich.

Versorgungslücken können gleichzeitig dadurch entstehen, wenn Leistungserbringer wie Sozialversicherungen die Verantwortung für die Übernahme der Kosten zwischen den Versicherungen hin und herschieben (vgl. IG Pflegefinanzierung 2015: 3).

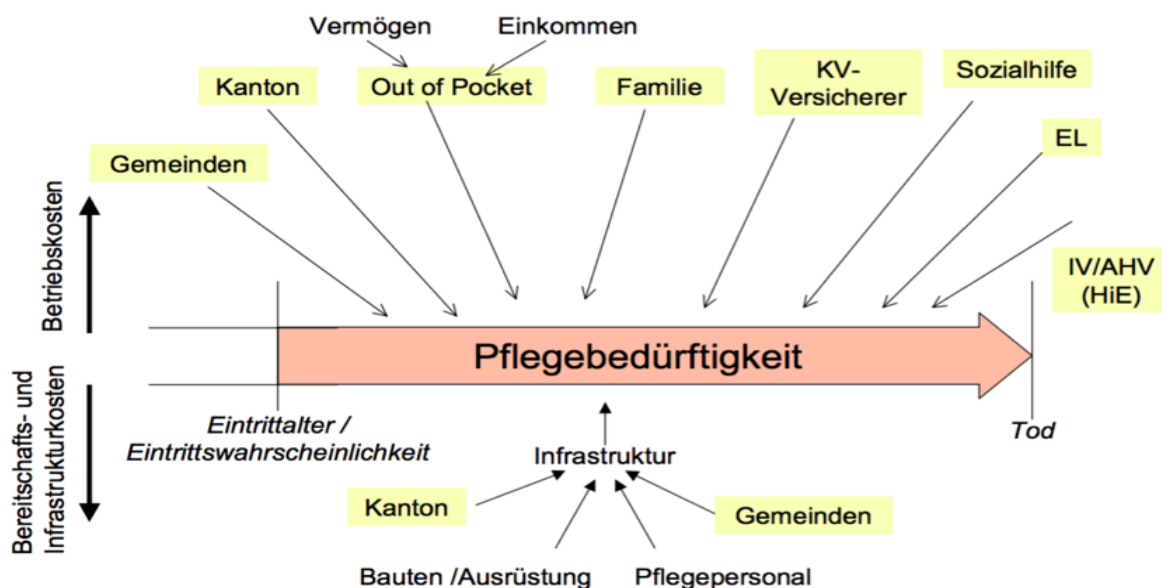


Abb. 3: Kostenträger im Falle von Pflegebedürftigkeit (in: Netzwerk Ökonomie des Bundesamtes für Sozialversicherung 2003: 3)

Curaviva vertritt bezogen auf das 2008 eingeführte Gesetz zur Pflegefinanzierung die Position, dass die Finanzierung schweizweit einheitlich umgesetzt werden sollte.

Die Pflegefinanzierung ist ein unwürdiges Schwarz-Peter-Spiel, das auf dem Rücken der älteren Menschen, der Heime und Spitexorganisationen ausgetragen wird. Der Schwarze Peter wird nun von den Krankenversicherungen, welche sich erfolgreich gegen eine Übernahme der Pflegekosten gewehrt haben, auf die Kantone und Gemeinden verlagert. Diese werden versuchen, die Pflegekosten zu minimieren und diese auf die Betreuung zu verlagern. Dies führt zwangsläufig zur Verletzung des Tarifschutzes. (Curaviva 2010: o.S)

### 2.3.3 Soziale Unterstützungssysteme

Grundsätzlich lassen sich in der Schweiz drei zentrale Unterstützungssysteme für Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf erkennen. Als Erstes informelles Hilfesystem spielen die Familien, Angehörige, Freunde und die Nachbarschaft eine zentrale Rolle. 2012 nahmen rund 14% der Gesamtbevölkerung informelle Hilfe in Anspruch. 52% der informellen Hilfeleistungen wurde 2012 durch die Partnerin oder den Partner, 31% durch die Kinder, 19% durch die Eltern, 20% durch die übrigen Familienmitglieder und 18% von der Nachbarschaft,

von Bekannten und Freunden erbracht. Bei der gebotenen Hilfe handelt es sich grösstenteils um Hilfe im Haushalt (65%), Einkäufe (57%), moralische Unterstützung (41%), Fahrdienste (38%), Mahlzeiten (31%) oder Kranken- und Körperpflege (26%) (vgl. Bundesamt für Statistik 2014b: 82).

Als zweites signifikantes Unterstützungssystem gelten formelle ambulante Dienstleistungsorganisationen wie zum Beispiel die Spitex, welche im Jahr 2012 insgesamt 257'724 Klientinnen und Klienten (rund 3% der Gesamtbevölkerung) mit einem Umfang von rund 17,5 Millionen Stunden betreute. Die Inanspruchnahme von Spitexleistungen bietet vielen Menschen die Möglichkeit, trotz Hilfe- und Pflegebedürftigkeit einen Heimeintritt zu verhindern oder zu verzögern. Die Leistungsschwerpunkte liegen auf ambulanten, pflegerischen, hauswirtschaftlichen und sozialbetreuerischen Leistungen sowie Mahlzeiten-diensten. Weitere Dienstleistungen wie Elternberatung, Fahrdienste, Sozialberatung und Notrufsysteme werden in der Mehrheit der Organisationen zusätzlich angeboten. Zu erwähnen ist die deutlich höhere Anzahl von Frauen, die Spitex-Leistungen in Anspruch nehmen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass Männer aufgrund ihrer geringeren Lebenserwartung häufiger von ihren Lebenspartnerinnen betreut werden als umgekehrt (vgl. ebd.: 80). Die Dienstleistungen der Spitex ersetzen bei weitem nicht die informelle Hilfe im Alltag von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen. 63% der Personen, die Spitexleistungen beziehen, erhalten ergänzend informelle Hilfe (vgl. ebd.: 82f.). Durch das Hinzuziehen von formellen ambulanten Hilfeleistungen soll die informelle Hilfe und Pflege nicht verdrängt, sondern unterstützt und die Stärken und Schwächen der verschiedenen Formen in Form einer Co-Pflege optimal genutzt werden. Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit findet eine Spezialisierung beider Hilfesysteme statt: professionelle Fachpersonen konzentrieren sich primär auf körperbezogene Pflegeleistungen, wogegen informelle Hilfesysteme wie die Familie, Freunde und Nachbarn vorwiegend Hilfeleistungen im Alltag übernehmen (vgl. Höpflinger et al. 2011: 68).

Alters- und Pflegeheime als drittes Unterstützungssystem dienen der somatischen Geriatrie und bieten Unterstützungsleistungen in den Bereichen Wohnen, Verpflegung, Pflege und Alltagsgestaltung (vgl. Bundesamt für Statistik 2014b: 72). „Bei starker Pflegebedürftigkeit oder ausgeprägter Demenzerkrankung wird eine ambulante Pflege schwierig, wenn nicht unmöglich, und ein Wechsel in eine Alters- oder Pflegeeinrichtung wird unumgänglich.“ (Höpflinger et al. 2011: 13) 139'409 Personen lebten 2012 in Pflegeheimen (Altersheime, die keine medizinisch-pflegerischen Leistungen anbieten, wurden hier nicht berücksichtigt), wobei 58% aller Klientinnen und Klienten über 85 Jahre alt waren (vgl. Bundesamt für Statistik 2014b: 74). Der Wunsch möglichst lange zu Hause zu wohnen und die Unterstützungsmöglichkeiten durch informelle und formelle ambulante Hilfesysteme führen dazu, dass Alters- und Pflegeheime zunehmend für die Versorgung von Menschen im fünften Alter bzw.

für Menschen gegen Lebensende zuständig werden. Während von den 80-84-Jährigen gut 90% zuhause leben, wohnen hingegen von den über 95-Jährigen gut 45% in einer Alters- und Pflegeeinrichtung, was die steigende stationäre Versorgung mit zunehmenden Alter verdeutlicht (vgl. Höpflinger et al. 2011: 13). Durch die erhöhte Lebenserwartung steigt auch hier der Anteil an Frauen mit zunehmenden Alter. Zudem können sie oftmals nicht auf die Hilfe des Lebenspartners zurückgreifen, weswegen sie häufiger auf institutionelle Hilfe angewiesen sind (vgl. Bundesamt für Statistik 2014b: 74). Folglich werden Alters- und Pflegeheime durch das steigende Eintrittsalter mit stärkerer Pflegebedürftigkeit, sowie hochaltrigen und multimorbiden vorwiegend weiblichen Personen konfrontiert werden. Gleichzeitig wird der Anteil an Menschen mit Demenz weiter ansteigen, was spezifische Unterstützungsleistungen und Wohnbedingungen erfordert. Die bereits heute erkennbare Tendenz zu teilstationären bzw. teilambulantem Angebote wie Tageskliniken, Alterswohnungen in Heimnähe sowie betreute Wohnformen führen zu einer verstärkten Verflechtung zwischen der ambulanten und der stationären Pflege (vgl. Höpflinger et al. 2011: 14).

### **2.3.4 Zukunftsszenarien der Schweiz**

Die Entwicklung der Bevölkerungszahlen der Schweiz hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. Höpflinger und Hugentobler kritisieren eine lineare Projektion der heutigen Pflegebedürftigkeitsquoten, wobei die Zunahme an behinderungsfreien Lebensjahren in den letzten Jahrzehnten ausgeklammert würde. Zudem werden gesellschaftlichen Faktoren, welche das Risiko von Pflegebedürftigkeit reduzieren, nicht berücksichtigt (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2004: 13).

Laut Erhebungen des Bundesamtes für Statistik ist zukünftig eine Annäherung der Lebenserwartung von Frauen und Männern zu erwarten. Grund dafür ist unter anderem die Angleichung der gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Mann und Frau. Präventive Massnahmen in Form von Impfungen, Informationskampagnen und Präventivuntersuchungen können das Sterblichkeitsrisiko zusätzlich vermindern. Medizintechnologische Fortschritte und biomedizinische Forschung ermöglichen neue Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten, namentlich im Bereich der Geriatrie. Die Auswirkungen auf die künftige Lebenserwartung durch medizinische und biologische Erkenntnisse lassen sich jedoch gegenwärtig nur schwer beurteilen (vgl. Bundesamt für Statistik 2010: 11f). Grundsätzlich lassen sich nach Höpflinger und Hugentobler zusammenfassend zwei konträre Zukunftsthemen erkennen:

- Der Rückgang der Sterblichkeit von älteren Menschen ist vorwiegend auf das zeitliche Hinauszögern des Todes bei Menschen mit chronisch-degenerativen Krankheiten zurückzuführen. Dies bedeutet, dass die dazugewonnen Jahre eher von Krankheit als von Gesundheit geprägt werden (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2004: 11f.).

- Der Rückgang der Sterblichkeit von älteren Menschen ist darauf zurückzuführen, dass aufgrund gesunder Ernährung und lebenslanger Gesundheitsvorsorge chronische Krankheiten später im Leben auftreten. Somit wird primär die Phase der aktiven bzw. gesunden Lebensjahre verlängert (vgl. ebd.).

Höpflinger und Hugentobler vertreten den Standpunkt, dass die erste These, welche eine Expansion der Morbidität voraussagt, zurzeit keine empirische Unterstützung erhält weswegen die zweite These ihrer Meinung nach eher der Realität entsprechen würde (vgl. ebd.).

Aus diesen Faktoren ist es weiterhin schwierig eine Prognose für zukünftige Pflegebedürftigkeitsquoten abzuleiten. Bedarf und Form von Pflege im Alter können durch epidemiologisch-gesundheitliche Entwicklungen, soziale und wohnbezogene Veränderungen, familiendemo-graphischen und familiären Wandel, wirtschaftliche und finanzielle Rahmenbedingungen sowie sozialmedizinische und sozio-technische Entwicklungen beeinflusst werden (vgl. Höpflinger et al. 2011: 111). Der Arbeitsstrukturwandel in der Schweiz wird sich beispielsweise dahingehend verändern, dass sich der Tertiärsektor weiter ausdehnen wird. Dies bedeutet eine Zunahme an Personen mit hohem Bildungsstand mit der Konsequenz, dass weniger Personen in körperlich anstrengenden Berufen beschäftigt sind und dies wiederum einen Anstieg der Lebenserwartung zur Folge hätte (vgl. Bundesamt für Statistik 2010: 11). Im Widerspruch dazu steht die Anzahl der übergewichtigen Menschen mit negativen Ernährungs- und Lebensgewohnheiten. Gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Bewegungsmangel oder Alkohol- und Tabakkonsum können die Lebenserwartung verringern. Psychische Belastungsfaktoren wie ein prekärer Arbeitsplatz, Erwerbslosigkeit oder eine Krise innerhalb der Familie können längerfristig zu einem höheren Risiko von psychischen Erkrankungen und vorzeitigem Tod führen. Ebenso müssen Migrationsbewegungen für zukünftige Szenarien miteinbezogen werden (vgl. ebd.: 18).

Höpflinger et al. gehen davon aus, dass die Zahl und der Anteil der hilfe- und pflegebedürftiger alter Menschen, trotz positiver Gesundheitsentwicklung, weiter zunehmen werden. Besonders die Zunahme der geburtenstarken Jahrgänge stellt die Pflege vor grosse Herausforderungen (vgl. Höpflinger et al. 2011: 118). Gleichwohl werden die zukünftigen informellen Pflegeverhältnisse vom Wandel zweier Generationen gleichzeitig beeinflusst. Während einerseits neue Generationen mit individualisierten Lebens-, Partnerschafts- und Gesundheitsbiographien älter werden, wächst andererseits eine neue Generation von pflegenden Kindern mit eigenen Werten und Normen heran. Besteht auf der einen Seite der Wunsch, innerhalb der individuellen Lebensgestaltung möglichst lange selbstständig zu Hause zu wohnen, ist die andere Seite an eine moderne Dienstleistungsgesellschaft gewöhnt. Folglich entstehen von beiden Seiten erhöhte Anforderungen an die Pflege, sei es an die

professionellen oder an die informellen Hilfesysteme (vgl. ebd.: 121). Globalisierungstendenzen innerhalb der Dienstleistungsangeboten im Bereich Pflege (Pflege im Ausland, Care-Migration) werden zukünftig verstärkte Bedeutung erhalten. (vgl. ebd.: 16) „Viele bisherige Grenzziehungen im Alterspflegebereich – lokal vs. international, privat vs. öffentlich, ambulant vs. stationär, formell vs. informell und andere – werden sich damit nicht vollständig auflösen, aber zumindest stark verwischen.“ (ebd.)

## 2.4 Soziale Ungleichheit und Pflege

Wie vorausgegangene Kapitel zeigen, leben Frauen in der Schweiz durchschnittlich fünf Jahre länger als Männer. Neben dem Geschlecht stehen Bildung, Einkommen und nationale Herkunft in einem deutlichen Zusammenhang mit Gesundheit, Gesundheitsverhalten und Lebenserwartung (vgl. Stamm/Lamprecht 2009: 2). Der Aspekt der sozialen Ungleichheit spielt somit auch im Alter eine zentrale Rolle, weswegen in diesem Kapitel eine kurze Übersicht der unterschiedlichen Einflussfaktoren sozialer Ungleichheit auf Morbidität, Mortalität und Pflege gegeben werden soll.

Stamm und Lamprecht unterscheiden zwischen vertikalen/klassischen Merkmalen sozialer Ungleichheit wie Bildung, Beruf, Einkommen, Vermögen und soziale Herkunft und horizontalen/neuen Merkmalen wie Lebensalter, Geschlecht oder Migrationshintergrund, welche die Lebensbedingungen und die Alltagsgestaltung von Menschen massgeblich beeinflussen können (vgl. ebd.: 3-6). Hradil beschreibt weitere horizontale Merkmale wie zum Beispiel unterschiedliche Wohn- und Wohnumweltbedingungen, sozialräumliche Strukturen und Zugang zu Freizeitaktivitäten, Kontakt- und Unterstützungschancen und soziale Absicherung als bedeutsame Einflussfaktoren insbesondere im Alter (vgl. Hradil 1987: 31-39). „Soziale Ungleichheiten während früherer Lebensphasen wirken in das Alter hinein, verfestigen bzw. vertiefen sich hier noch zusätzlich, führen zu neuen Disparitäten.“ (Tews 1993: 37) Im Bezug zur Morbidität und Mortalität bedeutet dies, dass Personen aus tieferen sozialen Schichten ein erhöhtes Risiko aufweisen, einen Herzinfarkt zu erleiden, an Krebs zu erkranken oder an einer psychischen Störung zu leiden (vgl. Stamm/Lampert 2009: 11). Gemäss Bundesamt für Statistik weist beispielsweise der ausländische Bevölkerungsanteil deutlich stärkere Beeinträchtigungen durch psychische Probleme auf. Am höchsten zeichnet sich die Belastung bei denjenigen ausländischen Personen ab, deren Bildungsstand nicht die obligatorische Schulbildung überstieg. Die erhöhte psychische Belastung steigert zudem das Risiko, auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen wie beispielsweise Rauchen oder ungesunde Ernährung zurückzugreifen. Zwischen der schweizerischen und der ausländischen Bevölkerung, insbesondere Migrantinnen und Migranten aus Südwest-, Südost- und Osteuropa werden die Unterschiede des Gesundheitszustandes und der durchschnittlichen Lebenserwartung immer grösser. Gesamthaft nehmen jedoch deutlich mehr Schweizerinnen

und Schweizer medizinische und psychologische Behandlungen wegen psychischen Problemen in Anspruch (vgl. Bundesamt für Statistik 2014b: 64). Die Nutzung und Inanspruchnahme des Versorgungssystems stellen nach Bauer und Büscher einen Reproduktionsmechanismus gesundheitlicher Ungleichheit dar. Obwohl die öffentliche Bereitstellung sozialstaatlicher Versorgung für jede Frau und jeden Mann gelten soll, werden diese vielmehr zielgruppenspezifisch genutzt. Die Ungleichheit zwischen den Nutzungsgruppen wird damit eher vergrössert statt verringert (vgl. Bauer/Büscher 2008: 21f.). Obwohl durch die sozialen Absicherungssysteme wie die AHV oder die BV das Risiko der Armut im Alter deutlich abgeschwächt wurde, ist die Absicherung als auch der Grad der Gefährdung keinesfalls für alle Bevölkerungsgruppen gleich hoch. Durch die Koppelung der Rentensysteme an die frühere berufliche Laufbahn, entstehen grössere Risiken insbesondere für Frauen und Personen mit atypischen Arbeitsverhältnissen (vgl. Hradil 1987: 37). In Anbetracht dessen, dass Schweizerinnen und Schweizer einen Grossteil der Krankheitskosten aus privater Tasche bezahlen müssen, variiert auch die Form der Versorgung. „Private Ungleichheiten des Einkommens und Vermögens und des Sozialkapitals der Familie machen sich v.a. dann bemerkbar, wenn staatliche Leistungen eine Art Zuschuss zur insgesamt nötigen Pflegeleistung sind und der Rest mit den Ressourcen der Pflegebedürftigen und ihrer Familie bewältigt werden.“ (Dallinger/Theobald 2008: 78f.)

Es sollte jedoch beachtet werden, dass jeder einzelne Faktor sozialer Ungleichheit unterschiedlich auf das Gesundheitsverhalten wirkt und somit zu einer Vielzahl von Lebensbedingungen führt. Dass Migrationshintergrund oder ein niedriger Bildungsstand zwingend zu einer geringeren Lebenserwartung führt, entspricht ebenso wenig der Realität, als dass Büroangestellte automatisch länger leben (vgl. Stamm/Lambrecht 2009: 12).

## 2.5 Zwischenfazit

In diesem Kapitel wurde versucht, die Situation von hilfe- und pflegebedürftigen alten Menschen in der Schweiz zu umreissen. Bezogen auf die Fragestellung ist festzuhalten, dass die Lebensphase Alter durch die zeitliche Ausdehnung und wegen der zunehmenden Heterogenität nicht eindeutig zu bestimmen ist. Eine Aufteilung in funktionale Altersabschnitte wie dem dritten, vierten und fünften Alter, macht für diese Arbeit insofern Sinn, da sich Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ebenfalls anhand funktionaler Einschränkungen im Alltag manifestiert. Gesundheit und Krankheit im Alter resultiert aus dem Zusammenspiel von positiven wie negativen sozialen, persönlichen und genetischen Einflussfaktoren, weswegen der Aspekt der sozialen Ungleichheit für die Soziale Arbeit ein wichtiger Faktor darstellt. Ferner gilt es Geschlechterdifferenzen einerseits durch die längere Lebenserwartung von Frauen, andererseits durch die erhöhten Risiken von Frauen innerhalb der heutigen Sozialversicherungssysteme in die weiterführenden Gedanken miteinzubeziehen.

Trotz einer hohen Wahrscheinlichkeit, dass sich zukünftig die Gesundheit im Alter positiv entwickelt, ist in der Schweiz in den nächsten Jahrzehnten mit einer steigenden Anzahl von hilfe- und pflegebedürftigen alten Frauen und Männern zu rechnen. Einerseits kann dies auf die geburtenstarken Nachkriegsjahrgänge mit hoher Lebenserwartung zurückgeführt werden, andererseits steigt mit zunehmendem Alter das Risiko von psychischer und physischer Erkrankung. Die rechtliche Situation in der Schweiz ist zurzeit durch die Vielzahl der Leistungserbringer und die unterschiedlichen Regelungen innerhalb der Kantone und Gemeinden relativ unübersichtlich und birgt das Risiko von Versorgungslücken. Menschen im vierten und fünften Alter leben länger Zuhause weswegen Alters- und Pflegeheime zukünftig vermehrt mit multimorbiden, stark hilfe- und pflegebedürftigen Personen konfrontiert werden, was für die Betroffenen, die Angehörigen und auch das Personal der Heime eine grosse Herausforderung darstellt.

### **3 Das Konzept der Lebenswelt und Lebensweltorientierung**

Soziale Arbeit befasst sich mit der Frage, wie Menschen sich ihren täglichen Anforderungen stellen, wie sie in den vorgegebenen Strukturen zurechtkommen, wie sie durch gesellschaftliche Faktoren bestimmt und begrenzt werden und welche Formen der Unterstützung im Alltag angeboten werden können. Die Auseinandersetzung mit Lebenswelten, Alltag und Alltäglichem wird insbesondere zentral, wenn Lebenslagen und Handlungsmöglichkeiten im Zusammenhang mit gesellschaftlichen Umbrüchen und sozial-, bildungs- und kulturpolitischen Aufgaben betrachtet werden müssen (vgl. Grunwald et al. 1996: 9). Die Soziale Arbeit wurde massgeblich durch das Konzept der Lebensweltorientierung von Hans Thiersch geprägt. Er steht für die sogenannte „Alltagswende“, bei der sich sozialpädagogisches Handeln gegen Expertenheerrschaft und Sozialtechnologie stellt und sich den kleineren Aufgaben des Lebens zuwendet (vgl. Lambers 2013: 104f). Um zu verstehen, welche Bedeutung der Begriff der Lebenswelt und das Konzept der Lebensweltorientierung in den heutigen Struktur- und Handlungsmaximen der Sozialen Arbeit hat, wird zunächst einen Blick auf die historische Entwicklung des Lebensweltbegriffs geworfen. Dabei soll der Weg, bei den phänomenologischen Wurzeln Husserls angefangen, über Schütz, Habermas und Thiersch, in die Praxis der Sozialen Arbeit aufgezeigt werden. Eine umfassende Auseinandersetzung mit der Phänomenologie und dem kritischen Interaktionismus kann und soll in diesem Kapitel nicht geleistet werden. Ziel ist das Verständnis und die Präzisierung des Lebensweltbegriffs, um der Beliebigkeit im Umgang mit dem Begriff entgegenzuwirken. Innerhalb einer kritischen Reflexion wird anschliessend eine weitere Perspektive eingenommen um abschliessend für die Beantwortung der Fragestellung die zentralen Aspekte in einem Zwischenfazit zusammenzufassen.

#### **3.1 Der phänomenologische Begriff der Lebenswelt nach Husserl**

*Edmund Husserl* (1859 – 1938) legte mit seiner phänomenologischen Philosophie die Grundlage für den Begriff der Lebenswelt (vgl. Srubar 2007: 13).

Natürlich ist (...) die alltägliche Lebensumwelt als seiende vorausgesetzt, in der wir|alle, auch ich, der jeweils Philosophierende, bewußtseinsmäßig Dasein haben, und nicht minder die Wissenschaften, als Kulturtatsachen in dieser Welt mit ihren Wissenschaftlern und Theorien. Wir sind in ihr Objekte unter Objekten, lebensweltlich gesprochen; nämlich als da und dort seiende, in schlichter Erfahrungsgewißheit, vor allen wissenschaftlichen, sei es physiologischen, psychologischen, soziologischen usw. Feststellungen. (Husserl 2012: 112f.)

Die Lebenswelt ist demzufolge nach Husserl keine geschichtliche, gesellschaftliche, wissenschaftliche oder anderweitig gebundene Auffassung von der Welt, sondern beschreibt die Welt, die allen Auffassungen, Interpretationen und Bildern vorausliegt. Neben der Vielzahl von verschiedenen Weltauffassungen und Weltbildern, ist nur eine einzige Lebenswelt mit für alle geltenden allgemeinen Strukturen möglich. Lebenswelt ist somit die Voraussetzung und Basis aller und jeder subjektiven Interpretation von der Welt (vgl. Carr 1979: 32). Nach Husserl ist die Lebenswelt mit dem Prozess des alltäglichen Handelns und Erfahrens und somit mit der kulturspezifischen Vollzugswirklichkeit der in ihr lebenden und handelnden Menschen verknüpft. Die Phänomenologische Philosophie als eine Wissenschaft soll die Sinnstruktur von Lebenswelt aufzeigen und somit die Beschaffenheit der Welt in der natürlichen Einstellung erklären. Dabei stellt für ihn die Wissenschaft einen kulturellen Bestandteil der Lebenswelt dar, welche sich durch ihre mathematischen Konstruktionen und generalisierenden, verdinglichenden Verfahrens zunehmend von der Lebenswelt entfernen, statt diese zu erklären und Probleme der lebensweltlichen Praxis zu lösen. Nach Husserl lässt sich die Lebenswelt durch die Methode der phänomenologischen Reduktion als ein Phänomen erklären, dass trotz aller subjektiven Erfahrungen allgemeine, universal-strukturelle Dimensionen aufweist. Zu diesen universal-strukturellen Dimensionen, welche als Grundstruktur der vorwissenschaftlichen und natürlichen Sinnstruktur gelten kann, gehören wesentlich die Intentionalität, das innere Zeitbewusstsein, die kinästhetische Erfahrung des eigenen Leibes sowie das Erleben des Raumes (vgl. Srubar 2007: 14-16).

### 3.2 Strukturen der Lebenswelt nach Alfred Schütz

*Alfred Schütz (1899 – 1959)* beschreibt mit dem Begriff der alltäglichen Lebenswelt die Grundstruktur des vorwissenschaftlichen, für den wachen und normalen Menschen in der Einstellung des gesunden Menschenverstandes, selbstverständlich wahrgenommenen Wirklichkeitsbereichs (vgl. Schütz/Luckmann 2003: 29).

In der natürlichen Einstellung finde ich mich immer in einer Welt, die für mich fraglos und selbstverständlich «wirklich» ist. Ich wurde in sie hineingeboren und ich nehme es als gegeben an, dass sie vor mir bestand. Sie ist der unbefragte Boden aller Gegebenheiten sowie der fraglose Rahmen, in dem sich mir die Probleme stellen, die ich bewältigen muss. (ebd.: 30)

Zusammenfassend lassen sich fünf zentrale Erkenntnisse aus Schütz und Luckmanns Überlegungen ziehen:

**Die pragmatischen Motive des Handelns:** Das alltägliche menschliche Handeln in der Lebenswelt ist durchgehend von pragmatischen Motiven geleitet. Um Ziele verwirklichen zu können, werden Gegenstände und deren wechselseitige Beziehungen durch gezieltes Handeln verändert und so auf die Lebenswelt eingewirkt. Gleichzeitig leisten die Gegenstände in der Lebenswelt Widerstände, die zu überwinden sind oder deren auszuweichen ist (vgl. ebd.: 32f). „Die Lebenswelt ist also eine Wirklichkeit, die wir durch unsere Handlungen modifizieren und die andererseits unsere Handlungen modifiziert.“ (ebd.: 33)

**Der Wissensvorrat:** Um auf die Lebenswelt einwirken zu können, muss der Mensch diese zu einem gewissen Grad verstehen. Neben dem Handeln ist auch das Denken pragmatisch motiviert. Wie wir die Welt wahrnehmen und verstehen, beruht auf dem Wissensvorrat früherer Erfahrungen und aus dem übermittelten Wissen im Laufe der Sozialisation. Alle Erfahrungen in der Lebenswelt werden auf den individuellen Wissensvorrat bezogen und darauf vertraut, dass die Welt, so wie sie bisher bekannt ist, weiter so bleiben wird. Daraus resultiert die Annahme, dass solange die Weltstruktur als konstant hingenommen werden kann, das vorhandene Wissen weiterhin Gültigkeit hat und die früheren erfolgreichen Handlungen wiederholt werden können. Zusammenfassend stellen für Schütz und Luckmann die Konstanz der Weltstruktur, die Gültigkeit der Vorerfahrung und das Vermögen auf die Welt zu wirken, wesentliche Aspekte des Denkens dar (vgl. ebd.: 33f.). Der Mensch erfährt demnach seine Umwelt vor dem Hintergrund seiner bisherigen Erfahrungen und somit seiner Sozialisation, Kulturation und Personalisation (vgl. Kraus 2013: 147).

**Das fraglos Gegebene und Problematische:** Die wahrgenommene Welt, besteht für den Menschen nicht aus einzelnen, unzusammenhängenden Stimuli wie Farben, Formen und Geräuschen, sondern sie erscheint stets in zusammenhängenden und bedeutungsvollen Gegenständen, Menschen und Ereignissen. Dabei nehmen Menschen Gegebenheiten wie die körperliche und bewusstseinsausgestattete Existenz anderer Menschen oder die Möglichkeit zur Wechselbeziehung und Wechselwirkung zwischen Menschen, als fraglos gegeben an (vgl. Schütz/Luckmann 2003: 30-32). Fraglos erscheinen dem Menschen auch die Lösungen zu Problemen von vorgegangenen Erfahrungen und Handlungen aus dem Wissensvorrat. Das bedeutet, dass die wahrgenommene Welt jeweils so weit ausgelegt wird, wie es zur Bewältigung der jeweiligen lebensweltlichen Situation nötig ist (vgl. ebd.: 37). „Das bloß durch die Neuigkeit jeder aktuellen Erfahrung gegebene Fragliche wird im routinemäßigen Ablauf der Ereignisse in der natürlichen Einstellung routinemäßig in Fraglosigkeit übergeführt.“ (ebd.) Sobald jedoch eine Erfahrung mit der vorausgegangenen Erfahrung inkongruent ist, wird der Kern dieser Erfahrung problematisch und fordert nach einer

Neuauslegung. Diese Diskrepanz von Erfahrungen unterbricht demnach den Ablauf der Selbstverständlichkeitskette. Eine Neuauslegung wird auch dann gefordert, wenn sich der Wissensvorrat als unzureichend für die Bewältigung einer Situation herausstellt. Dabei wird die Erfahrung solange mit dem Erfahrungsvorrat verglichen und ausgelegt, bis die Lösung für das aktuell vorliegende Problem als ausreichend erscheint. Jede Neuauslegung der Erfahrung bewirkt wiederum ein Ab- und Angleichen des bestehenden Wissensvorrates (vgl. ebd.: 38-43). Im Laufe der Lebensgeschichte eignen sich Menschen individuelle Wahrnehmungs-, Deutungs- und Sinnzusammenhänge und damit auch individuelle Routinen, Bewältigungs- und Handlungsstrategien an (vgl. ebd.:156).

**Sinndeutung & soziale Welt:** Innerhalb der Lebenswelt eines Menschen befinden sich andere mit einem Bewusstsein ausgestattete Menschen, die nach den gleichen pragmatischen Motiven handeln und denken. Im Normalfall ist es für einen Menschen verständlich, wie ein anderer Mensch in einer Situation unter bestimmten Umständen handelt (vgl. ebd.: 44). Die Wirklichkeit der alltäglichen Lebenswelt teilen wir mit unseren Mitmenschen, indem sowohl die Ziele als auch die Mittel zur Zielerreichung dieselben sind. Die Grundstruktur der Lebenswelt ist allen an der Lebenswelt teilhabenden Menschen gleich, weswegen die Lebenswelt eine intersubjektive, soziale Welt darstellt. Ein gemeinsamer historischer Bezugsrahmen ist dabei für das gegenseitige Einwirken und das gemeinsame Handeln signifikant (vgl. ebd.: 69). Dieser Bezugsrahmen wird durch Sinndeutung, dem Prozess der Auslegung und des Verstehens vergangener Erlebnisse und eigenem Verhalten, erfasst. Eigene, aber auch Erlebnisse und Verhalten von Anderen, werden für die Sinndeutung auf ihre Konstitution geprüft und ihre Position mit dem eigenen Wissensvorrat reflektiert. Sinndeutungen ermöglichen dem Menschen, Schrift, Sprache und Traditionen zu analysieren und zu verstehen. Die unterschiedlichen kulturellen und historischen Sinnzusammenhänge eines Gegenstandes oder Verhaltens sind jedoch auch dann vorhanden, wenn diese nicht ausdrücklich reflektiert werden (vgl. ebd.: 44-46).

**Die räumliche und zeitliche Struktur:** Die Wirkzone des Handelns bildet sich aus den unterschiedlichen Reichweiten von Menschen in der Welt. Ausgangspunkt für die Reichweite ist der Körper einer Person. Dabei wird zwischen *aktueller* (aktuell wahrgenommene und wahrnehmbare Gegenstände der unmittelbaren Lebenswelt), *wiederherstellbarer* (Welt, die vergangen in aktueller Reichweite war, und wieder in sie gebracht werden kann) und *erlangbarer* Reichweite (Welt, die nie in aktueller Reichweite war, die aber in sie gebracht werden kann) unterschieden. Obwohl sich die aktuelle Reichweite einer Welt zwischen Menschen weitgehend überschneiden kann, unterscheiden sie sich durch verschiedene ontologische

Wahrnehmungs- und Handlungsmöglichkeiten (bspw. Kurzsichtigkeit) und ungleiche Biographien (vgl. ebd.: 71-75). „Sektoren der Welt, die in seiner vormaligen und nun wiederherstellbaren Reichweite sind, mögen für mich in bloß erlangbarer Reichweite sein und umgekehrt“ (ebd.: 75f). Ortsveränderungen führen demnach zu einer Veränderung der aktuellen und potentiellen Reichweite und somit der aktuellen und potentiellen Wirkzone (vgl. ebd.: 78). Jede Situation ist neben einer räumlichen und sozialen in eine zeitliche Struktur eingebettet. Die pragmatischen Motive des Handelns sind nach Schütz und Luckmann von Hoffnung und Furcht, Bedürfnissen und Befriedigungen, Chancen und Risiken geprägt. Das Leben wird durch den Tod begrenzt wobei das Wissen um die eigene Endlichkeit das Grundmotiv für die Verwirklichung konkreter Lebensentwürfe darstellt. Endlichkeit stellt für den Menschen die zeitliche Grundstruktur seiner Wirklichkeit und die unausweichliche Grenze des Handlungsspielraums dar (vgl. ebd.: 83-86).

### 3.3 Kolonialisierung der Lebenswelt nach Jürgen Habermas

Nach *Jürgen Habermas* (1929 – heute) werden Lebenswelten über kommunikatives Handeln reproduziert. Jeder kommunikative Akt bewegt sich in einem Rahmen von intersubjektiv anerkannten Situationsdefinitionen. Lebenswelten sieht er als ein historisches Produkt von Interpretationsanstrengungen vorangegangener Generationen, welche wiederum den persönlichen Wissensvorrat einzelner Menschen im hier und jetzt erweitern (vgl. Habermas 2006: 188f.). „Die Lebenswelt öffnet sich nur einem Subjekt, das von seiner Sprach- und Handlungskompetenz Gebrauch macht.“ (Habermas 1987a: 165) Sinnverstehen bedeutet demnach eine kommunikative Erfahrung, in der das Verstehen einer symbolischen Äußerung die Teilnahme an der sozialen Interaktion erfordert. Einem Menschen ohne Kommunikation würde demnach die Lebenswelt verschlossen und unverständlich bleiben (vgl. ebd.). Durch die Kommunikation geben Menschen Einblicke auf ihren Wissensvorrat und somit Einblick in die jeweiligen Lebenswelten (vgl. ebd.: 442). Habermas unterscheidet zwischen drei strukturellen Komponenten der Lebenswelt:

- **Kultur:** Kultur ist die Kommunikationsgrundlage der Menschen. Diese ergibt sich aus dem Wissensvorrat, welcher sich jeder Mensch im Laufe seines Lebens angeeignet hat (vgl. Habermas 1987b: 209). Indem die Menschen ihre Interpretationen über die Welt austauschen, wird die Kultur aufrechterhalten und von Generation zu Generation weitergegeben (vgl. Dietz 1993: 201).
- **Gesellschaft:** Mit Hilfe von Kommunikation werden die konkreten sozialen Beziehungen, Zugehörigkeit, Solidaritäten und Einbindungen in soziale Gruppen gesichert (vgl. Habermas 1987b: 209).
- **Persönlichkeit:** Ein Mensch eignet sich durch seine Sozialisation und dem durch persönliche Erfahrungen entstandenen Wissensvorrat, individuelle sprach- und

handlungs-bezogene Kompetenzen an. Diese ermöglichen es ihm innerhalb von Verständigungsprozessen die eigene Identität zu behaupten (vgl. ebd.).

Habermas unterscheidet ergänzend dazu zwischen Lebenswelt und System und setzt diese in seinen Überlegungen zueinander in Beziehung. Dabei vertritt er die These, dass mit zunehmender Ausdifferenzierung der modernen, industriellen Gesellschaft, eine verstärkte Verschmelzung von Lebenswelt und System festzustellen ist (vgl. Kraus 2013: 156). Die Lebenswelten der Menschen werden durch die grossen Systeme der Gesellschaft (Politik, Recht, Wirtschaft, Verwaltung usw.) beeinflusst und an Bedingungen und Anforderungen geknüpft. Die Gesellschaftssysteme repräsentieren sich über Macht, Recht und Geld, sind an Zweck-Rationalität gebunden und verwenden vorwiegend instrumentelle Kommunikationsstrategien (vgl. Lambers 2013: 106). Das Eindringen der Subsysteme in die Lebenswelt fordert eine Angleichung der Lebenswelten an diese (z.B. Prozesse der Verdinglichung und Verrechtlichung). Habermas beschreibt diesen Vorgang als die Kolonialisierung der Lebenswelt, da die Lebenswelten zu Gunsten der Subsysteme umgeformt werden (vgl. Habermas 1987b: 522). Durch das kapitalistische Wachstum werden die Subsysteme Staat und Wirtschaft zunehmend komplexer, weswegen sie immer tiefer in die Lebenswelt eindringen können (vgl. ebd.: 539). „Es geht darum, Lebensbereiche, die funktional notwendig auf eine soziale Integration über Werte, Normen und Verständigungsprozesse angewiesen sind, davor zu bewahren, den systemimperativen der eigendynamisch wachsenden Subsystemen Wirtschaft und Verwaltung zu verfallen und über das Steuerungsmedium Recht auf ein Prinzip der Vergesellschaftung umgestellt zu werden, das für sie dysfunktional ist.“ (Habermas 1987b: 547)

### **3.4 Das Konzept der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch**

In den 1960er Jahren wurden angesichts der expandierenden Technologien und Rationalisierungen die Lebensverhältnisse der Menschen zunehmend abstrakt. Betonung der unmittelbar erfahrenen Lebensräume, der sozialen Beziehungen und der lebensweltlichen Ressourcen waren die Folgen dieser Entwicklung (vgl. Thiersch 2014: 41). Thiersch entwickelte Ende der siebziger Jahre sein Theoriekonzept einer alltags- und lebensweltorientierten Sozialpädagogik und plädierte für eine „Alltagswende“ in der Sozialen Arbeit (vgl. Lambers 2013: 104). Er kritisierte die Expertenkultur der Praxis der Sozialen Arbeit, welche sich an der wachsenden Institutionalisierung, Professionalisierung und Verwissenschaftlichung des Alltags beteiligt (vgl. Grunwald/Thiersch 2008: 13f). Unter dem Konzept der Lebensweltorientierung bzw. dem Alltagskonzept versteht er ein sozialwissenschaftliches Konzept zur Rekonstruktion von Lebensverhältnissen und Handlungsmustern (vgl. Thiersch 2014: 40). Das Konzept betont die Ambivalenz von Alltagserfahrungen im Spiel von Autonomie, Entlastung, Borniertheit und protestativer Authentizität (vgl. Grunwald/Thiersch

2008: 14).

**Lebenswelt bzw. Alltag** definiert Thiersch als einen Aspekt von Wirklichkeit, bei dem Menschen mit einer Vielzahl von Problemen und Aufgaben konfrontiert werden, die mit individuellen Kompetenzen bewältigt werden müssen (vgl. Thiersch 2006: 17). Die Interpretationen der Erfahrungen dieses Alltages basieren auf den Werten und Normen der jeweiligen Person (vgl. ebd. 2014: 48). Der Alltag lässt sich in zwei strukturelle Aspekte unterteilen: Alltäglichkeit und Alltagswelten.

Als **Alltäglichkeit** beschreibt Thiersch die generell geltenden Verstehens- und Handlungsmuster im Alltag. Allen ökonomischen, politischen, technischen und sozialen Gegenständen begegnet der Mensch in alltäglicher Weise (vgl. ebd. 2006: 21f.). „Alltäglichkeit ist (...) die Schnittstelle objektiver Strukturen und subjektiver Verständnis- und Bewältigungsmuster.“ (ebd. 2014: 44). Der Mensch erfährt sich in der Auseinandersetzung mit den Gegebenheiten und sozialen Beziehungen in der Welt und bildet so seine eigene Identität. Mit Hilfe von allgemeinen Vorstellungs- und Denkmustern als auch konkreten Handlungsschemata werden Deutungsmuster der Alltäglichkeit zwischen Menschen ausgehandelt und definiert. Wie auch bei Schütz, sind das Verstehen und Handeln pragmatisch orientiert. Zur Bewältigung von Problemen und Alltagsaufgaben greift ein Mensch auf den persönlichen Wissensvorrat zurück, welcher sich jedoch deutlich von anderen Formen des Wissens (z.B. wissenschaftlichem Wissen) abgrenzt, da es zum Beispiel nicht zwingend der objektiven Logik folgen muss (vgl. ebd. 2006: 22f.).

Wissen, Handeln, Bewältigungsstrategien, Rollenverständnis, Kompetenzen und Erwartungen werden einerseits durch die individuellen Lebensgeschichten der Menschen, andererseits durch gesellschaftliche Faktoren wie beispielsweise die ungleiche Verteilung von Lebensressourcen geprägt (vgl. ebd. 2014: 44). Alltäglichkeit ist strukturiert durch Überschaubarkeit, Vertrautheit, durch Ordnung in Rollen, Routinen und Typisierungen. Thiersch beschreibt Alltäglichkeit als Paradox, denn einerseits verhelfen routinierte Handlungsmuster und typisierte Deutungsmuster zur Entlastung, Sicherheit und Verlässlichkeit, andererseits ist die Verlässlichkeit des Alltäglichen immer nur auf eine Zeit begrenzt. Ein Mensch wird regelmässig mit neuen Aufgaben und Situationen konfrontiert, die bisherige Handlungsmuster nicht bewältigen können, gleichzeitig beschränken Routinen und Typisierungen den eigenen Handlungshorizont. Thiersch bezeichnet dieses Phänomen auch als pseudokonkreter Alltag, da sich dieser zwar als konkret und selbstverständlich zeigt, diese Konkretheit aber von Täuschungen und Handlungszwängen begrenzt wird (vgl. ebd. 2006: 23-26). „Alltäglichkeit als spezifische Form des Verstehens und Handelns ist charakterisiert durch ihren Bezug auf die erfahrene Zeit auf den erfahrenen Raum, auf erfahrene Sozialbezüge,

durch eine pragmatische Handlungsorientierung und die Sicherung durch Typisierung und Routinen (...).“ (ebd. 2014: 45)

**Alltagswelten** sind hingegen die konkreten Lebensfelder, in denen sich Alltäglichkeit repräsentiert. Konkrete Lebensfelder sind beispielsweise die Lebenslagen von Armut, Alter oder Geschlecht, aber auch die institutionellen Arrangements wie Familie, Schule und Arbeit.

Alltagswelten sind somit die spezifischen Möglichkeiten und Leistungen wie die real verfügbaren Ressourcen einer Person (z.B. Reichtum, sozialer Status) und die gesellschaftliche Funktion und Alltagsaufgaben, die sich daraus ergeben. Alltagswelten beschreiben somit die Erfahrungs- und Handlungsspielräume der Menschen, „die als pragmatisch orientierter, überschaubarer Zusammenhang in gemeinsam verbindlicher Verständigung erfahren werden“ (ebd. 2006: 26). Die unterschiedlichen Ressourcen der Alltagswelten sind durch die Ungleichheiten innerhalb einer Gesellschaft geprägt. Nach Thiersch stehen diese Ungleichheiten und die darin liegende strukturelle Gewalt der modernen Gesellschaft im Widerspruch zum sozialstaatlichen Anspruch von Chancengleichheit. Die zunehmende Differenzierung und Spezialisierung moderner Gesellschaften führt zu einer Expertokratie, in der der „Laie“ in seine Verstehens- und Handlungsmuster kein Vertrauen mehr hat. Die Delegation von Problemen an Spezialisten führt zu expandierender Hilflosigkeit, da sich die Grenzen dessen, was im Alltag als aushaltbar gilt, verschiebt (vgl. ebd. 2006: 28-32). „Lebensbewältigung wird zum Problem des Verhandeln und Aushandelns einer eigenen Position in den gegebenen unübersichtlichen und brüchigen Strukturen.“ (Grunwald/Thiersch 2008:15)

### 3.5 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit

Soziale Arbeit nutzt ihre rechtlichen, institutionellen und professionellen Ressourcen dazu, Menschen in ihren ambivalenten Alltagserfahrungen zu der in ihnen angelegten und oft verstellten und unterdrückten Kompetenz zur Gestaltung des eigenen Lebens zu stützen und zu befördern. (Grunwald/Thiersch 2008: 14)

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert demnach in der Lebenswelt der Menschen, um in ihr einen gelingenderen Alltag zu ermöglichen. Sie orientiert sich einerseits an der kritischen Gesellschaftstheorie von Habermas, indem sie auf die Gefahr der disziplinierenden und stigmatisierenden Tendenzen der Sozialen Arbeit aufmerksam macht (vgl. Thiersch 2006: 48). Thiersch plädiert für eine alternative, partnerschaftliche und verständnisorientierte Praxis der Sozialen Arbeit, welche auf die Stärkung der Sozialen Gerechtigkeit abzielt. Dabei handelt Lebensweltorientierte Soziale Arbeit in der Form einer parteilichen Vertretung für ihre Adressatinnen und Adressaten und versucht, die gesellschaftlichen Verhältnisse und strukturellen Rahmenbedingungen im Sinne der Klientinnen und Klienten zu beeinflussen und zu

verändern. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit handelt andererseits im Spannungsfeld zwischen stabilisierenden Routinen und Typisierungen und der Destruktion der Pseudokonkretheit des Alltags. Sie muss im Alltag von Adressatinnen und Adressaten Momente der Provokation erzeugen, damit sie sich aus dem gegebenen Komfort von Routinen und Typisierungen lösen können. Die Schwierigkeit für die Soziale Arbeit ist dabei, die Balance zwischen Herausforderung und Überforderung zu finden. Grundorientierung hierfür ist der Respekt vor der Eigensinnigkeit von Lebensverhältnissen und der damit einhergehenden Anerkennung der Unterschiedlichkeit lebensweltlicher Erfahrungen. Bewältigungsstrategien können sich auch in abweichendem oder auffälligem Verhalten zeigen, weswegen auch diesem mit Respekt begegnet werden soll. Der Mensch gilt als kompetent, das eigene Leben bewältigen zu können. Dementsprechend zielt Lebensweltorientierte Soziale Arbeit auf Hilfe zur Selbsthilfe (vgl. Grunwald/Thiersch 2008: 22-25). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit nutzt zusammenfassend die Widersprüche des Alltags, um daraus Perspektiven für ein gelingenderes Leben zu gewinnen (vgl. Thiersch 2006: 40). Sie bezieht sich grundlegend auf die Dimensionen der erfahrenen Zeit, des erfahrenen Raumes und der sozialen Bezüge:

**Dimension der erfahrenen Zeit:** Soziale Arbeit respektiert die unterschiedlichen Lebensphasen mit den unterschiedlichen Bewältigungsaufgaben und Kompetenzen der erfahrenen Zeit. Sie ist sensibel für die entlastende Verlässlichkeit ebenso wie die Möglichkeiten zur Perspektivität. Die Gegenwart soll nicht für die Zukunft geopfert werden, sondern der Fokus auf die Aufgaben des Daseins und Aushaltens gelegt werden. Dabei sollen die Kompetenzen gezielt gefördert werden, welche der offenen und riskanten Zukunft gewachsen sind (vgl. Grunwald/Thiersch 2008: 33).

**Dimension des Raumes:** Der Mensch wird in seinen räumlichen Verhältnissen wahrgenommen. Bornierte, unattraktive und deprivierende Strukturen eines verengten Lebensraums werden aufgedeckt und durch die Öffnung und Erschließung von Ressourcen im Raum werden neue Optionen angeboten. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit gesteht jedem Mensch das elementare Recht auf einen eigenen, verlässlichen und individuell gestaltbaren Lebensraum zu. Sie thematisiert die Vermittlung von Sicherheit, Verlässlichkeit und Offenheit, aber auch von Chancen und Risiken der vorhandenen räumlichen Strukturen (vgl. ebd.: 33f.).

**Dimension der sozialen Bezüge:** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist sensibel für die Spannungen und Ressourcen des sozialen Geflechts von Menschen. Sie betrachtet die Chancen und Probleme von brüchigen und instabilen sozialen Beziehungen und handelt im Spannungsfeld zwischen dem Bedürfnis nach Dauer und Verlässlichkeit und neuen offenen Lebensformen (vgl. ebd.: 34).

### 3.5.1 Struktur und Handlungsmaximen

Thiersch unterscheidet zwischen sechs zentralen Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit:

**Prävention:** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit soll mit präventiven Massnahmen vorausschauend auf die Bildung und Stabilisierung allgemeiner Kompetenzen zur Lebensbewältigung, auf die Aufrechterhaltung und Förderung unterstützender Infrastruktur und gerechter Lebensverhältnisse abzielen. Dabei gilt es die Balance zwischen rechtzeitiger Hilfe und frühzeitiger Kontrollen zu finden. Denn wenn Situationen prinzipiell als riskant und sicherungsbedürftig eingeschätzt werden, kann die Soziale Arbeit als Instrument frühzeitiger Kontrollen missbraucht werden (vgl. ebd.: 26f.).

**Dezentralisierung, Regionalisierung & Vernetzung:** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit soll sich den konkreten lokalen und regionalen Strukturen einpassen um so Hilfe vor Ort anbieten zu können. Dabei geht es nicht nur um die Platzierung und Umorganisation von Sozialer Arbeit in Form von regionalen Verwaltungsräumen, sondern um das Bewusstmachen der Widersprüchlichkeit von Verwaltungsorganisation und sozialräumlichen Erfahrungen der Adressatinnen und Adressaten (vgl. ebd.: 26-28).

**Alltagsnähe:** Alltagsnähe meint die ganzheitliche Orientierung an den individuellen Lebenserfahrungen und –deutungen und fordert nach niederschweligen Angeboten, die dieser Individualität gerecht werden können. Offene Zugänge sollen gegenüber speziellen Hilfsangeboten gestärkt und gefördert werden. Alltagsnähe bedeutet jedoch nicht die Dethematisierung sozialer Probleme und Deprofessionalisierung von Hilfen, sondern die Ausrichtung von Hilfen am Grundprinzip der sozialen Gerechtigkeit und den daraus resultierenden Ansprüchen (vgl. ebd.).

**Integration:** Integration bedeutet die Anerkennung der vielfältigen Lebensformen, das Recht auf Verschiedenheit und zielt auf Nichtausgrenzung von Menschen innerhalb einer Gesellschaft. Dabei geht es nicht um die Anpassung der Einzelnen an Normvorstellungen und Standards durch Disziplinierungsmassnahmen, sondern um die Sensibilisierung, Offenheit und Toleranz zwischen den vielfältigen Lebensformen (vgl. ebd.).

**Partizipation:** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit zielt auf die Schaffung von Voraussetzungen für gleichberechtigte, offene Handlungsprozesse. Partizipation meint demnach die vielfältigen Formen von Beteiligung und Mitbestimmung. Soziale Arbeit kann gleichzeitig die Partizipation der Adressatinnen und Adressaten begrenzen, in der beispielsweise durch stellvertretende Verantwortung oder fürsorgliche Massnahmen der Handlungsspielraum begrenzt wird. Teilhabe soll in vielfältigen Formen auch institutionalisiert realisiert werden, beispielsweise durch neutrale Beschwerdestellen oder Zusammenschlüsse derer, die Soziale Arbeit erfahren oder erleiden (vgl. ebd.).

**Einmischung:** Lebensweltorientierte Soziale Arbeit setzt sich parteilich für ihre Adressatinnen und Adressaten ein. Dabei soll sie sich in die aktuelle Sozialpolitik einbringen und ihr Wissen, ihre Intentionen im Bereich der Familien-, Stadtteil-, Schul-, und Wirtschaftspolitik vermitteln (vgl. Thiersch 2003: 296).

### 3.6 Kritische Reflexion

Im Zusammenhang mit dem Konzept der Lebensweltorientierung findet man häufig Kritik bezüglich des undifferenzierten Gebrauchs der Begriffe Lebenswelt, Alltag bzw. Lebenswelt- und Alltagsorientierung. So kritisiert Wahl, dass sich als Folge der mangelnden begrifflichen Klarheit nahezu jeder Ansatz der Sozialen Arbeit unter dem Konzept der Lebensweltorientierung einordnen lässt (vgl. Wahl o.J.a: 9f.). Auch Kraus beanstandet die begriffliche Unschärfe und Beliebigkeit der Verwendung des Lebensweltbegriffes, die vorwiegend in Sekundärliteratur zu finden ist (vgl. Kraus o.J.: 1). Obwohl in diesem Kapitel eine Präzisierung der Begriffe Lebenswelt und Alltag geleistet wurde, ist es dennoch schwierig das Wesentliche auf den Punkt zu bringen. Kraus führt dies auf die Problematik zurück, dass sich bereits der Lebensweltbegriff bei Husserl, wie auch bei Schütz, nicht eindeutig bestimmen lässt (vgl. ebd.: 5). Zudem werden Professionelle der Sozialen Arbeit gleichermassen wie die Adressatinnen und Adressaten durch ihre eigenen Wünsche, Hoffnungen und Ziele beeinflusst. So wird auch die Vorstellung eines gelingende(re)n Alltags durch historische Modelle und persönliche Erfahrungen geprägt (vgl. Wahl o.J.b: 31). Der Bezug auf die Lebenswelt und auf den Alltag der Menschen fordert einen sozialarbeits-wissenschaftlich definierten Lebensweltbegriff, welcher, so Wahl, bislang von der Sozialen Arbeit nicht eindeutig formuliert werden konnte (vgl. ebd. o.J.a: 11). Northoff sieht anknüpfend dazu die Gefahr der Sozialen Arbeit, den Alltag romantisch zu betrachten anstatt an besseren Verhältnissen zu arbeiten. Nach ihm werden gesellschaftliche Zusammenhänge, theoriegeleitete Handlungsanweisungen, betriebswirtschaftliche Effizienzgesichtspunkte, professionelle Strukturen und Veränderungspotentiale zwar angeschnitten, aber keine konkreten Handlungshinweise herausgearbeitet (vgl. Northoff 2012: 141f.). Auch Thiersch (1995: 217) bezieht 1995 zur Umsetzung des Konzeptes der Lebensweltorientierung in der Praxis nüchtern Stellung:

Ich kann mich zunehmend der Vermutung nicht verwehren, daß die hohe Zustimmung, die das Konzept gefunden hat, auch darauf beruht, dass es gleichsam anspruchsloser genommen wurde als es ist. Man begnügte sich zunächst darin, Veränderungen in gegebenen Verhältnissen zu realisieren, ohne diese Verhältnisse grundsätzlich in Frage zu stellen; es bot sich an für eine nur mäßig anstößige Interpretation, für Korrekturen und Öffnungen, für beschränkte Reformansätze, - aber im Rahmen der bestehenden Strukturen.

### 3.7 Zwischenfazit

Trotz der Schwierigkeit den Begriff der Lebenswelt zu definieren, steht die Relevanz der subjektiven Perspektive von Lebenswelt in den historischen und theoretischen Bezügen deutlich im Zentrum. Der Ansatz der Lebensweltorientierung bedeutet eine Hinwendung zu individuellen Alltagsproblemen und Akzeptanz von spezifischen Handlungs- und Bewältigungsstrategien, die sich unter anderem in Form von Routinen und Typisierungen zeigen. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit versucht die Zusammenhänge von subjektiver Erfahrungen und Interpretationen der alltäglichen Welt und gesellschaftlichen Grenzen und Ungleichheiten zu beschreiben. Es geht darum herauszufinden, auf welcher Grundlage Menschen bestimmte Entscheidungen treffen und weshalb sie welche Handlungen vollziehen. Dabei ist sie sensibel für die stabilisierenden Routinen und Typisierungen des Alltags, sieht aber auch Einschränkungen und Grenzen dieser Handlungsmuster. Sie zielt in Zusammenarbeit mit den Adressatinnen und Adressaten auf einen gelingenderen Alltag. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit richtet ihre Unterstützungsangebote in Bezug auf die Dimensionen der Zeit, des Raumes und der sozialen Bezüge und zielt auf Hilfe zur Selbsthilfe. Dabei werden jedoch die gesellschaftlichen Bedingungen und einschränkenden, ungleichen Strukturen nicht ausser Acht gelassen. Die von Thiersch herausgearbeiteten Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit (Prävention, Dezentralisierung, Regionalisierung & Vernetzung, Alltagsnähe, Integration, Partizipation, Einmischung) können in Formen von Beratungsangeboten, Aufsuchenden Soziale Arbeit, Bildungs- und politischer Arbeit realisiert werden.

Um uns den Lebenswelten von pflegebedürftigen alten Menschen annähern zu können, ist als nächster Schritt eine Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Alltagswelten sinnvoll. Thiersch beschreibt die Alltagswelten als die konkreten Lebensfelder, in denen sich Alltäglichkeit repräsentiert. Im nächsten Kapitel stehen deshalb die unterschiedlichen Lebenslagen und Lebensbedingungen und die sich daraus ergebenden Erfahrungs- und Handlungsspielräume im Zentrum. Die objektive Erfassung von Lebenswelten anderer Menschen ist jedoch auch durch differenzierte Kenntnisse von Lebenslagen nicht möglich. Gleiche Rahmenbedingungen können vor dem Hintergrund bisheriger Erfahrungen und individueller körperlicher wie geistiger Ausstattung unterschiedlich wahrgenommen werden, weswegen Lebensweltorientierung vielmehr bedeutet, der grundlegenden Subjektivität der Lebenswelt Rechnung zu tragen und die daraus ergebenden Handlungsstrategien wertzuschätzen.

## 4 Pflegebedürftigkeit als Irritation der Lebenswelten älterer Menschen

„Abhängig zu sein und sich wegen körperlicher Gebrechen oder geistiger Abbauprozesse pflegen lassen zu müssen, ist einer der stärksten Eingriffe in das Leben und in die Persönlichkeit eines Menschen und eine schlimme Bedrohung, wenn die autonome Zuständigkeit für den eigenen Alltag nicht mehr gegeben ist.“ (Woog 2006: 19)

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist für die individuelle Lebenssituation von Menschen im vierten, vor allem aber im fünften Alter eine gravierende Veränderung. Selbstverständlich gewordene Routinen im Alltag werden unterbrochen. Was bisher als fraglos gegeben angenommen wurde, wird plötzlich problematisch, da lebensweltliche Situationen nicht mehr mit den vorhandenen Handlungsstrategien bewältigt werden können (vgl. Kapitel 3.2).

„Angesichts der auf sie zukommenden oder ihnen geschehenden tiefgreifenden unerwünschten und nicht selten irreversiblen Änderungen ihrer Lebenssituation zerbrechen die Orientierungen, die ihnen selbstverständlich geworden waren und der Sinn des Weiterlebens überhaupt kann fragwürdig werden.“ (Zeman 1988: 172) Die eingeschränkte Selbstständigkeit führt dazu, dass Aufgaben des Alltags abgegeben werden müssen und sich somit das Gefühl von Sinnlosigkeit manifestieren kann (vgl. ebd.).

Im Folgenden Kapitel findet eine Auseinandersetzung mit den Alltagswelten von Menschen im vierten und fünften Alter in der Schweiz statt. Als Erstes wird die materielle Situation als Rahmenbedingung genauer beleuchtet. In Bezug auf das Konzept der Lebenswelt werden anschliessend exemplarisch die zentralen Dimensionen der erfahrenen Zeit, des erfahrenen Raumes und der sozialen Beziehungen in die weitere Argumentation miteinbezogen. Die Dimension der erfahrenen Zeit wird anhand der Aspekte von Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden und der Konfrontation mit der Endlichkeit des Lebens beschrieben. Die Dimension des erfahrenen Raumes wird durch die Wohnung und das Wohnumfeld mit seinen Ressourcen und Schwierigkeiten dargestellt, um anschliessend auf die sozialen Beziehungen wie die Partnerbeziehungen, das familiäre Netzwerk und die ausserfamiliären Beziehungen einzugehen. In diesem Kapitel wird zudem ein Fokus auf Pflegearrangements innerhalb der Familie mit ihren Chancen und Herausforderungen gelegt. Es werden jeweils als Erstes die Aspekte im Allgemeinen herausgearbeitet, um anschliessend den Einfluss von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit beleuchten zu können. Ein zusammenfassendes Zwischenfazit schliesst dieses Kapitel ab.

### 4.1 Armut im Alter

Die materielle Situation von Menschen ist eine grundlegende Bedingung für die Lebensgestaltung im Alter. Die Situation von Personen von ähnlichen Altersjahrgängen als auch die

Situation zwischen Angehörigen unterschiedlicher Jahrgänge zeigen eine überaus heterogene Verteilung von materiellen Ressourcen. Diese Heterogenität resultiert daraus, dass die Einkommenslage im Alter massgeblich durch Entscheidungen und Entwicklungen während des gesamten Lebenslaufes bestimmt wird. Neben persönlichen Entscheidungen führen sowohl gesetzliche Regelungen, als auch die wirtschaftliche Lage zur Zeit der Erwerbsphase zu unterschiedlichen Voraussetzungen für Reichtum oder Armut im Alter. Innerhalb der Altersphase können politische Entscheide wie die Rentenhöhe oder die Beitragshöhe für Krankenversicherungen die Lage zusätzlich beeinflussen (vgl. Schmähl/Fachinger 1999: 159-161). Geringeren materielle Ressourcen führen dazu, dass die Handlungsspielräume im Bereich des Konsums von alltäglichen Dingen, des Wohnens, der Bildung und der Befriedigung kultureller und sozialer Bedürfnisse eingeengt oder gar verunmöglicht werden (vgl. Backes/Clemens 2013: 214). Die Untersuchung des Bundesamtes für Statistik zum Thema Armut im Alter zeigt, dass einige Gruppen der älteren Bevölkerung in verschiedenen Aspekten gleichzeitig benachteiligt, während andere Gruppen überdurchschnittlich gut gestellt sind. Besteht die Haupteinkommensquelle mehrheitlich aus Leistungen der AHV, sind diese Personen häufiger von Armut betroffen, da sie seltener über Vermögensreserven verfügen. Diese Bevölkerungsgruppen investieren weniger Geld in Konsumgüter, fühlen sich im Vergleich zu Personen mit genügend materiellen Ressourcen gesundheitlich schlechter und verzichten häufiger auf notwendige Pflegeleistungen (vgl. Bundesamt für Statistik 2014a: 35). Im Kapitel 2.3.2 wurde das Risiko von Versorgungslücken durch die unterschiedlichen Kostenträger bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit aufgezeigt, als auch auf den hohen privaten Kostenanteil an den Krankheitskosten in der Schweiz aufmerksam gemacht. Es lässt sich deshalb darauf schliessen, dass die Gefahr, aus finanziellen Gründen auf Pflegeleistungen verzichten zu müssen, bei höherem Grad an Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ansteigt. Clemens und Naegle beschreiben die qualitativen Unterschiede und Risiken von Isolation und Vereinsamung sowie geringere Hilfe- und Unterstützungsressourcen innerhalb einkommensschwächeren Pflegehaushalten (vgl. Clemens/Naegle 2004: 391). Die materiellen Ressourcen spielen somit eine zentrale Rahmenbedingung bei der Möglichkeit zur Ausgestaltung individueller Pflegearrangements und somit der Aufrechterhaltung von Routinen und Handlungsmöglichkeiten innerhalb der Lebenswelt.

## **4.2 Gesundheit, Krankheit und Wohlbefinden im Alter**

Hilfe- und Pflegebedürftigkeit entsteht aufgrund physischer, sensorischer oder kognitiver Beeinträchtigungen und steht somit im engen Zusammenhang mit den Aspekten Gesundheit und Krankheit. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definiert Gesundheit als „der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das

Freisein von Krankheit und Gebrechen“ (WHO 1948 zit. nach Franzkowiak/Homfeldt/Mühlum 2011: 60).

Der Körper ist ein funktionierender Organismus, in dem ein ausgewogenes Zusammenspiel von Zellen, Gewebe, Organen und übergeordneten Koordinationszentren stattfindet. Anforderungen und Störungen durch die Umwelt wie beispielsweise Bakterien, Viren oder auch schädliche Stoffe wie Rauchen, Alkohol etc. bringen den Organismus aus seinem Gleichgewicht. Solange das Zusammenspiel der einzelnen Bestandteile des Organismus nicht gestört ist, werden die Anforderungen der Umwelt adaptiert und der Organismus ins Gleichgewicht zurückgeführt. Erst wenn die Adaptionkapazität überfordert ist und sich der Organismus nicht wieder ins Gleichgewicht bringen kann, kann sich eine Krankheit manifestieren. Krankheit ist eine fortdauernde und ausbreitende Störung des Organismus, die eine Veränderung von Organstrukturen und physischer und psychischen Befindlichkeit hervorrufen können (vgl. Ding-Greiner/Lang 2004: 184).

Alterungsprozesse hingegen sind normale, irreversible Prozesse, bei der nach Abschluss der körperlichen Entwicklung die physische und psychische Adaptionfähigkeit in unterschiedlichem Masse reduziert wird. Dadurch wird die Vulnerabilität des Organismus und somit das Risiko, an akuten und chronischen Krankheiten zu erkranken, erhöht (vgl. ebd.: 184f.). Die eingeschränkte Adaptionfähigkeit des Organismus führt schlussendlich zu einem kritischen Zustand, bei dem das Gleichgewicht nicht wiederhergestellt werden kann. Dieser Zustand wird als „Fragility“ bezeichnet, da der Organismus nur noch im Ruhestand in der Lage ist sich aufrechtzuerhalten. Tritt eine zusätzliche Störung oder Belastung auf, bricht das innere Gleichgewicht aufgrund fehlender körperlichen Reserven vollends zusammen und kann nicht wiederhergestellt werden. Meist führt somit eine letzte, akute Erkrankung zum Tod eines Menschen (vgl. ebd.). Zu den häufigsten Erkrankungen von Menschen im vierten und fünften Alter gehören:

- Erkrankungen von Herz und Kreislauf (z.B. Herzinfarkt, Bluthochdruck etc.)
- Störungen des Bewegungs- und Stützapparates (z.B. Arthrosen, Osteoporose etc.)
- Störungen der Hautfunktionen (z.B. Geschwüre, Juckreiz, gestörte Wundheilung etc.)
- Magen-Darm-Störungen (z.B. Reizdarm, Verstopfung, Dickdarmentzündung etc.)
- Störungen des Uro-Genital-Systems (z.B. Inkontinenz, Prostatahypertrophie etc.)
- Bösartige Neubildungen (z.B. Lungen-, Brustkrebs)
- Hör- und Sehstörungen (z.B. Altersschwerhörigkeit, Tinnitus, grauer/grüner Star etc.)
- Erkrankungen der Atemwege (z.B. chronische Bronchitis, Asthma etc.)
- Zerebrovaskuläre, psychische und hirnorganische Störungen (z.B. Demenz, Depression etc.)

(vgl. Lang 1994: 288-290).

Multimorbidität und die Erkrankung an chronischen Krankheiten sind charakteristisch für das vierte und fünfte Alter. Multimorbidität beschreibt die Zunahme gleichzeitiger Erkrankung, die unabhängig voneinander bestehen, sich aber auch gegenseitig beeinflussen können (vgl. Backes/Clemens 2013: 215). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter entsteht demnach häufig nicht durch eine spezifische Erkrankung, sondern durch das Zusammenwirken und die Kombination verschiedener Erkrankungen und Beeinträchtigungen (vgl. ebd.: 309).

Schütz und Luckmann beschreiben den Körper als den zentralen Ausgangspunkt individueller Lebenswelten. Durch den Körper nimmt ein Mensch seine Umwelt wahr und kann auf sie einwirken. Die unterschiedlichen Wirkzonen des menschlichen Handelns werden dabei massgeblich durch Kompetenzen der Wahrnehmung, Kommunikation, Orientierung und Motorik geprägt und sind grundsätzlich an die Position und die Bedingungen des menschlichen Körpers gebunden (vgl. Kapitel 3.2). Die Lebenswelt von Menschen wird somit vom jeweiligen Gesundheitszustand beeinflusst und verändert. Die daraus resultierenden Erfahrungs- und Handlungsspielräume sind dadurch in unterschiedlichem Masse mit Selbstständigkeit oder Abhängigkeit sowie Sinndeutung und Kompetenzentwicklung verbunden (vgl. Backes/Clemens 2013: 215). Die Überschaubarkeit und die Handlungsroutinen des alltäglichen Lebens sind gekoppelt mit der Voraussagbarkeit von Handlungsausgängen bzw. mit dem Wissen, dass die Anforderungen des Alltags mit den vorhandenen Handlungsstrategien bewältigt werden können. Der Verlust der persönlichen Kontrolle durch Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kann auf die körperliche und psychische Gesundheit und auf das Wohlbefinden eines Menschen erhebliche Auswirkungen haben. (vgl. Wahl/Baltes 1992: 100). Erkrankungen des Bewegungsapparates werden beispielsweise durch ihre Auswirkungen auf die persönlichen Handlungsspielräume als subjektiv am stärksten belastend erlebt (vgl. Backes/Clemens 2013: 217). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit fordert eine intensive Auseinandersetzung mit den individuellen Handlungsstrategien der betroffenen Personen, um die gewohnte Lebensführung aufrecht erhalten zu können. Nach einer Eingewöhnungszeit können gewisse Veränderungen gut in den Alltag integriert, mit Hilfsmitteln kompensiert und somit zur Normalität überführt werden (bspw. Altersweitsichtigkeit mit dem Hilfsmittel Brille). Andere lassen sich hingegen nur schwer mit Hilfsmitteln kompensieren (vgl. Künzel-Schön 2000: 56-59).

Signifikant für das Wohlbefinden und für die Integration von einschränkenden Veränderungen und den daraus resultierenden Stressoren, ist das Kohärenzgefühl. Kohärenz beschreibt das Gefühl, die Welt als zusammenhängend, sinnvoll und steuerbar zu erleben. Damit dies möglich ist, sind die drei Komponenten Verstehbarkeit (der Welt), Handhabbarkeit (der verfügbaren Ressourcen) und Sinnhaftigkeit (des Lebens) für einen Menschen zentral. Das Kohärenzgefühl von Menschen im vierten und fünften Alter wird besonders durch

gesundheitsbedingte Faktoren immer öfters auf eine Bewährungsprobe gestellt. Dabei hat sich herausgestellt, dass besonders der sinnstiftende Bereich an Bedeutung gewinnt (vgl. Homfeldt 2010: 317). Für die Bewältigung von Anforderungen im Krankheitsfall ist es entscheidend, wie das eingetretene Ereignis subjektiv bewertet wird. Menschen unterscheiden sich in der Art und Weise, wie sie Anforderungen, Krisen und Grenzen begegnen und erleben. Der Wissensvorrat, welcher durch das gesamte Leben angereichert und modifiziert wurde, führt zu individuellen Kompetenzprofilen mit spezifischen Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese beeinflussen das Erleben, das Verhalten und das Handeln einer Person. Neben Fähigkeiten und Fertigkeiten können Überzeugungen, Ziele und Werte einer Person als zentrale Einflussfaktoren auf die subjektive Bewertung von Gesundheit und Krankheit genannt werden (vgl. Kruse 1991: 149).

#### **4.2.1 Konfrontation mit Sterben und Tod**

Sterben und Tod werden in unterschiedlichen Kulturen und Religionen verschieden verstanden und gedeutet. Die Gemeinsamkeit besteht jedoch darin, dass das Sterben und der Tod als Grenze, als das Ende des irdischen Lebens gesehen wird, welches die Existenz des Menschen beendet oder die Grenze zu einem „anderen“ Leben (vgl. Schmitz-Scherzer/Wittrahm 1999: 387). Die Endlichkeit des Lebens ist das Grundmotiv für die Verwirklichung konkreter Lebensentwürfe. Sie ist zugleich die zeitliche Grundstruktur wie auch die unausweichliche Grenze des Handlungsspielraumes eines Menschen (vgl. Kapitel 3.2).

Trauer, Leid(en), Sterben und Tod lassen sich deshalb auch als Grenzphänomene der menschlichen Existenz in dem Sinne auffassen, als sie dem Menschen erfahrbar und auch erlebbar machen, dass er in seiner Zeitlichkeit begrenzt ist und auch nur in diesen Grenzen sein Leben zu gestalten vermag, dass er an und in seinen Körper gebunden ist und dass er mit dem Geschehen des Sterbens und dem Tod anderer Menschen konfrontiert wird – ob er nun will oder nicht. (Schmitz-Scherzer/Wittrahm 1999: 387)

Diese Grenzsituationen fordern nach einer Auseinandersetzung mit der eigenen Endlichkeit. Sie können einen Menschen erschüttern, können aber auch die Bedingungen seiner Existenz bewusstmachen (vgl. Schmitz-Scherzer/Wittrahm 1999: 387). Dabei sind Sinnfindungsprozesse von zentraler Bedeutung. Lebensläufe werden anhand von individuell bedeutsamen Ereignissen, Aktivitäten, Krisen, Glücksmomenten und Entscheidungen erzählt. Indem vergangene Zeitläufe und deren Inhalt auf die eigene Person in ihrer Gegenwart bezogen wird, ergeben vergangene Ereignisse erst in Verbindung zum Hier und Jetzt einen Sinn. Sinn und Bedeutung ergeben sich demnach aus der stimmigen Balance zwischen der persönlichen, lebensgeschichtlich entstandenen Persönlichkeit und der

gegenwärtigen Lebenssituation. Innerhalb von Sinnfindungsprozessen stehen vorwiegend die emotionalen Aspekte im Zentrum. Wer bin ich geworden, weshalb bin ich so geworden wie ich bin und bin ich zufrieden mit dem Ergebnis, das sind zentrale Fragen dieses Prozesses (vgl. ebd.: 389-391).

Kruse beschreibt eine Korrelation zwischen dem Grad der Selbstständigkeit und der Art und Weise, wie Menschen ihre Endlichkeit erleben. Je höher die Abhängigkeit von anderen Personen, desto mehr Ängste und Belastung erfahren die sterbenden Menschen. Umso mehr ist deshalb die Orientierung an persönlichen Sinndeutungen, Typisierungen und Routinen zentral, da diese den Menschen positive Erfahrungen und das Gefühl vermitteln können, an ihrem Leben weiterhin teilzuhaben (vgl. Kruse 2004: 329). „In dem Masse, in dem es dem Menschen gelingt, einzelne Begrenzungen innerlich zu überwinden, ist er schließlich auch in der Lage, die eigene Vergänglichkeit und Endlichkeit zu *akzeptieren* [Hervorhebung im Original] (...).“ (Kruse 2004: 331) Die Balance zwischen der Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des eigenen Lebens und das Streben nach Aufgaben und Zielen in der Zukunft fordert den Menschen im vierten und fünften Alter besonders heraus (vgl. Kruse 2004: 332).

### 4.3 Wohnen im Alter

Die konkrete, alltägliche Umwelt ist die Bühne unseres gesamten Lebens und ist auch die Grundlage für die Entfaltung der menschlichen Existenz. Sie ist gleichzeitig Voraussetzung und Mittel für das Handeln und für die individuelle Lebensgestaltung. Als alltägliche Räume zählen unter anderem das Wohn- und Schlafzimmer, die eigene Wohnung/das eigene Haus und die angrenzende Nachbarschaft. Ebenso können weitere Räume des Arbeitsortes, des Dorfes oder der Stadt zu den alltäglichen Räumen eines Menschen gehören (vgl. Saup/Reichert 1999: 245). Aus der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner alltäglichen Umwelt ergeben sich individuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die Umwelt beeinflusst einerseits die Bedürfnisse, Ziele und Werte eines Menschen. Dieser wiederum entscheidet selbst, welche Räume er aufsucht und wie er diese mit den vorhandenen Ressourcen gestalten möchte (vgl. BMFSFJ 1998: 17). Wohnen bedeutet Eigenraum, gewährt Schutz und Zuflucht, ermöglicht Beziehung, Abgrenzung und Kontakt und bedeutet Lebensunterhalt und Wirtschaft (vgl. Jansen 1997: 82). Es lassen sich drei Dimensionen von Wohnung und Wohnumfeld unterscheiden (vgl. Schader-Stiftung 2000: 6):

- **Wohnung und Wohnumfeld als emotionaler Raum:** Die ästhetischen Bedürfnisse eines Menschen können durch die persönliche Einrichtung und Gestaltung der eigenen vier Wände erfüllt werden. An jedem Einrichtungsgegenstand kann deshalb eine emotionale und biographische Erinnerung haften, die die Wohnung zu einem einzigartigen

emotionalen Schutzraum macht. Die Wohnung ist somit stark an die Identität der darin lebenden Menschen geknüpft (vgl. ebd.).

- **Wohnung und Wohnumfeld als Handlungsraum:** Die Ausstattung der Wohnung wie auch die Konsum- und Dienstleistungsangebote des Wohnumfeldes ermöglichen unterschiedliche Handlungsmöglichkeiten (vgl. ebd.).
- **Wohnung und Wohnumfeld als sozialer Raum:** Der geschützte Raum der Wohnung ermöglicht lebendige Kommunikation und intime Beziehung. Die Wohnung ist deshalb für den Aufbau von stabilen sozialen Beziehungen signifikant. Oftmals sind es die sozialen Beziehungsnetze des nahen Wohnumfeldes, welche im Bedarfsfall Hilfe und Unterstützung leisten (vgl. ebd.).

„Es entspricht dem menschlichen Autonomiebestreben und dem Bedürfnis nach Intimität, Privatheit und sozialer Nähe, trotz Krankheit und Pflegebedürftigkeit möglichst bis ans Lebensende selbstbestimmt in den eigenen vier Wänden im Kreise geliebter Menschen – zumindest aber in einer vertrauten Umgebung – zu bleiben.“ (Perrig-Ciello 2012: 111) Je länger eine Person an einem Ort wohnt, umso mehr subjektive Bedeutung wird diesem Ort zugeschrieben. In Folge der Pensionierung und dem Wegfall des Arbeitsortes verringern sich die alltäglichen Räume und die eigene Wohnung und die Wohnumgebung wird zum Zentrum des Lebens. Der räumliche Aktionsradius verringert sich mit zunehmenden Alter (vgl. Höpflinger 2014: 77). „Wohnung und angrenzendes Nachbarschaftsgebiet werden zu den wichtigsten räumlich-sozialen Kontexten, in denen sich das Leben älterer Menschen abspielt. *Alltag im Alter heißt vor allem Wohnalltag* [Hervorhebung im Original].“ (Saup/Reichert 1999: 245) Dabei gewinnen nahe gelegene Einkaufsmöglichkeiten, ärztliche Versorgung, öffentliche Verkehrsmittel, eine unterstützende Nachbarschaft und eine ruhige Wohngegend mit hoher Wohnsicherheit an Bedeutung. Die wirtschaftliche Lage eines Privathaushaltes kann dabei massgeblich dafür verantwortlich sein, inwiefern eine altersgerechte Wohnung in einer sicheren Wohnumgebung geleistet werden kann (vgl. Höpflinger 2014: 77f.). Umweltfaktoren, die Sicherheit und Vertrautheit signalisieren, als auch den Stimulierungsgrad und Anregungsgehalt von Menschen begünstigen, sind wesentliche Voraussetzungen für Wohnzufriedenheit, Behaglichkeit, Heimatsgefühl und Ortsidentität (vgl. Saup/Reichert 1999: 246). Werden Fähigkeiten und Fertigkeiten durch das zunehmende Alter vermindert, gewinnen Umweltfaktoren für die autonome Lebensführung verstärkt an Bedeutung. Durch eingeschränkte Mobilität, durch veränderte Seh- und Hörfähigkeit und durch die erhöhte Vulnerabilität wird ein Mensch vermehrt von seiner Umwelt abhängig (vgl. ebd.: 245). Damit wird deutlich, dass die Art und Weise, wie eine Wohnung und das Wohnumfeld eines Menschen ausgestattet ist, Einfluss auf die Selbstständigkeit, die Partizipation und das Wohlbefinden eines Menschen haben kann (vgl. BMFSFJ 1998: 17). Kompensationsmöglichkeiten für

eingeschränkte Fähigkeiten und Fertigkeiten können beispielsweise Handläufe, Einstiegshilfen im Sanitärbereich, verstellbare Arbeitsflächen in der Küche, spezielle Sitzmöbel im Wohnzimmer oder ein altersgerechtes Bett im Schlafzimmer sein (vgl. Saup/Reichert 1999: 265f.). Dabei muss mit den vielfältigen und individuellen Erinnerungen an einzelne Objekte der Raumgestaltung sensibel umgegangen werden. Eine mangelnde Bereitschaft zur Umgestaltung der Wohnung älterer Menschen kann darauf zurückgeführt werden, dass verdrängte Aspekte von Alterungsprozessen durch die Umgestaltung vorab eine Auseinandersetzung mit der eigenen Gebrechlichkeit und gesundheitlichen Einschränkungen erfordert. Finanzielle Aspekte haben ebenfalls einen Einfluss darauf, wie bedürfnisgerecht eine Wohnung ausgestaltet wird. Oftmals wissen Betroffene und ihre Angehörigen nicht, dass die Krankenkassen sowie Sozialversicherungen für Hilfsmittel innerhalb der eigenen Wohnung aufkommen würden (vgl. Saup/Reichert 1999: 267).

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nimmt die Bedeutung des Bettes, an dem gegen Lebensende die meiste Zeit verbracht wird, zu. Es wird zum zentralen Lebens- und Kontrollzentrum eines Menschen. „Das eigene Bett zu Hause aber bedeutet jedenfalls etwas so Intimes, Privates, „Inneres“ und Persönliches, daß etwa der Rat einer Fachpflegekraft, endlich ein Pflegebett anzuschaffen, fachlich ebenso sinnvoll wie lebensweltlich katastrophal, weil [es] der letzte und endgültige Entzug von Kontrollüberzeugung sein kann.“ (Jansen 1997: 90)

#### **4.4 Soziale Beziehungen im Alter**

Lebenswelten von Menschen werden maßgeblich durch soziale Beziehungen geprägt. Sichtweisen, Normen, Werte und Regeln einer Gesellschaft sowie die unterschiedlichen kulturellen Bedingungen werden durch Interaktionen vermittelt und bilden den Bezugsrahmen für lebensweltliche Orientierung und Handlungsmöglichkeiten einer Person. Erst in der konkreten Wir-Beziehung kann ein Mensch bewusst am Leben eines Anderen teilnehmen (vgl. Schütz/Luckmann 2003: 103). Habermas spricht sogar davon, dass Lebenswelten erst durch Interaktion zwischen Menschen zugänglich gemacht werden. Kommunikation ermöglicht, dass Menschen den Wissensvorrat anderer Menschen erfassen und mit dem eigenen abgleichen können. So werden Kulturen, Normen und Werte, Schrift und Sprache von Person zu Person und von Generation zu Generation weitervermittelt (vgl. Kapitel 2.3).

Im Leben eines Menschen befindet sich das soziale Beziehungsnetz stets in einem Wandel. Menschen treten in ein Leben ein, starke Freundschaften und Beziehungen bilden sich aus, andere wiederum entfernen sich voneinander. Beziehungen sind demnach Ausdruck von individuellen, lebenslaufbezogener sozialer Strukturen (vgl. Fookon 1999: 235f.). In jeder Altersphase müssen sich Menschen intensiv mit ihrer Lebenssituation auseinandersetzen

was oftmals mit einer Umorientierung und Veränderung von Aufgaben und Gewohnheiten einhergeht. Die Phase der Umorientierung ist gleichzeitig durch Veränderungen im Bereich der sozialen Kontakte gekennzeichnet (vgl. Lehr 1994: 219). Das subjektive Wohlbefinden und die Gesundheit werden durch gute Beziehungen und soziale Unterstützung direkt beeinflusst. Gute Beziehungen sind flexible Hilfssysteme, welche tendenziell in Krisen, Krankheiten oder Behinderung zum Tragen kommen (vgl. Höpflinger/Stuckelberger 2000: 150f). Verfügt ein Mensch über ein sehr grosses Netzwerk, sind die Beziehungen zu den einzelnen Personen eher weniger eng, was bedeutet, dass die Unterstützungswahrscheinlichkeit im Alter nicht zwingend zur Verfügung stehen. Sehr kleine Netzwerke hingegen können von Abhängigkeit und Kontrolle geprägt sein, da weniger soziale Alternativen zur Verfügung stehen (vgl. Fookan 1999: 235). Zu den wichtigsten Beziehungen ausserhalb der Familie gehören vor allem Freunde und Nachbarn. Vielfach sind es langjährige gemeinsame Interessen, welche für eine freiwillige Freundschaftsbeziehung ausschlaggebend sind. Neben emotionalen Aspekten können Freunde auch in alltäglichen Situationen praktische Hilfe leisten (vgl. Höpflinger/Stuckelberger 2000: 156). Ausschlaggebend für das Ausmass an Hilfeleistungen bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sind Anzahl und Intensität der Beziehungen während der vergangenen Jahre. Wer beispielsweise den Kontakt zu den Angehörigen wenig gepflegt oder sich sogar zerstritten hat, kann bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit kaum Unterstützung in Form von informeller Hilfe erwarten (vgl. Höpflinger 2012b: 63). Das soziale Netz von Menschen im vierten und fünften Alter wird besonders dann von grosser Bedeutung, wenn es darum geht, trotz gesundheitlicher Probleme im gewohnten Umfeld bleiben zu können. Die Erwartungshaltung an das Umfeld kann dabei direkt aber auch sehr subtil und ohne explizierte Aufforderung sein. Innerhalb der Familie Hilfe zu leisten, wird in der Schweiz durchaus auch von der Gesellschaft erwartet (vgl. Perrig-Chiello 2012: 112f.).

#### **4.4.1 Partnerschaft**

Partnerschaftsbeziehungen im Alter sind wesentlich durch die gegenseitige Unterstützung, emotionale Sicherheit und Loyalität der Partnerin oder des Partners geprägt, welche sich durch die gemeinsam miteinander verbrachten Jahre entwickelt hat. Partnerschaften können einen wichtigen Puffer in Stress- und Krisensituationen darstellen, sofern die Partnerschaft als zufriedenstellend erlebt werden. Der Partner oder die Partnerin, als Hauptunterstützungspersonen, sind somit eine wesentliche soziale Ressource für das Wohlbefinden (vgl. Schmitt/Re 2004: 374f.). Im Alter stellen sich für eine Partnerschaft spezifische Aufgaben und Anforderungen. Dazu gehören beispielsweise die Ausgestaltung des Alltages mit sinngebenden Aktivitäten nach der Pensionierung, die gegenseitige Unterstützung bei der Verarbeitung von Alterungsprozessen, Verlustängsten und Todesfällen im nahen Umfeld, die Unterstützung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit, der Umgang mit den veränderten

Rollen- und Machtstrukturen sowie die Vorbereitung auf das Loslassen des Partners/der Partnerin bei Todesfall (vgl. Schmitt/Re 2004: 378).

Zärtlichkeit und Sexualität gehören auch im vierten und fünften Alter zu den Grundbedürfnissen eines Menschen. Alterungsprozesse können physische sexuelle Reaktionen verändern, dies führt jedoch auf keinen Fall zum Verlust der Sexualität. War ein Mensch sein Leben lang sexuell aktiv, wird die Befriedigung sexueller Bedürfnisse auch im höheren Alter eine Rolle spielen. Dabei ist nicht unbedingt die Ausübung oder Nicht-Ausübung von Bedeutung, vielmehr fällt die Kommunikation über die eigene Sexualität mit dem Partner/der Partnerin ins Gewicht (vgl. Schmitt/Re 2004: 379).

Partnerinnen und Partner sind im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die primären Unterstützungspersonen und werden damit vor grundlegende Anforderungen innerhalb ihrer Beziehung gestellt.

Schmitt und Re (vgl. 2004: 380-382) sehen Konflikte, Spannungsfelder und Herausforderungen in folgenden Punkten:

- Das verinnerlichte Bild des Partners/der Partnerin muss durch das Erleben des körperlichen Zerfalls bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit neu konstruiert werden
- Pflege bedeutet meist für den Pflegenden eine Eingrenzung der persönlichen Hobbies, der Pflege von Freundschaften und ausserhäuslichen Aktivitäten
- Einkommenseinschränkungen durch die erhöhten Krankheits- und Pflegekosten können zu einem Ungleichgewicht in der Verteilung der materiellen Ressourcen in einer Beziehung führen
- Schuldzuweisungen, Aggressivität, Überforderungsgefühle und Trauer können zu ambivalentem Verhalten gegenüber dem Partner/der Partnerin führen
- Abhängigkeitsverhältnisse, sexuelle Einschränkungen, fehlende Anerkennung und hohe Erwartungen an die Pflege können zu interpersonalen Problemen führen
- Während der Pflege des Partners/der Partnerin erfolgt zwangsläufig eine Auseinandersetzung mit dem Verlust eines geliebten Menschen

Neben Konflikten und Spannungsfeldern können auch positive Aspekte die Pflege des Partners/der Partnerin begleiten. Zentrale positive Aspekte sind beispielsweise das Gefühl gebraucht zu werden, die Steigerung der Verbundenheit und Nähe als auch das gemeinsame Bewältigen von Krisensituationen. Ob die Ausgestaltung der Pflege vorwiegend positive oder negative Konsequenzen innerhalb der Beziehung bedeuten, sind von der Beziehungsbiografie und der ausgeglichenen Gestaltung der Pflege für beide Partner abhängig (vgl.ebd.). Partnerschaftsbeziehungen haben trotz Veränderungen des Eheverhaltens und der Scheidungshäufigkeit nicht an Bedeutung verloren. In modernen Gesellschaften ist nach

Höpflinger der Wert einer engen dyadischen Beziehung gleichgeblieben. Bei denjenigen Generationen, die sich heute im vierten und fünften Alter befinden, spielt der Wert einer klassischen Ehe eine bedeutsame Rolle. Da Frauen durch die erhöhte Lebenserwartung häufiger verwitwet sind und sie nach einer Scheidung oder nach dem Tod des Partners seltener eine neue Beziehung eingehen, werden Männer häufiger von ihren Partnerinnen gepflegt als umgekehrt (vgl. Höpflinger 2012b: 64-66).

#### **4.4.2 Eltern-Kind-Beziehung**

Die Eltern-Kind-Beziehung bleibt zumeist lebenslang das Kernstück familiärer Dynamik, wobei sich die Rolle zwischen Kind und Elternteil bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit deutlich verändert. Während früher die Kinder auf die Unterstützung der Eltern angewiesen waren, werden die Anforderungen und Erwartungen im Falle von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Eltern umgekehrt (vgl. Fookan 1999: 228). Neben Partnerinnen und Partner stehen die eigenen Kinder, namentlich die Töchter, an zweiter Stelle, wenn es um ambulante Hilfe- und Pflegeleistungen geht. Trotz zunehmender Erwerbstätigkeit von Frauen hat die Bereitschaft, die eigenen Eltern im Alter zu pflegen, nicht abgenommen. Hauswirtschaftliche und pflegerische Leistungen werden vorwiegend von Frauen erledigt. Söhne dagegen unterstützen ihre Eltern bei der Vermittlung und Vernetzung von Hilfe und bei administrativen Angelegenheiten wie das Erledigen von Steuererklärungen oder der Begleitung bei Arztbesuchen (vgl. Höpflinger/Hugentobler 2005: 15f.).

In Hinblick auf die veränderten Wohnstrukturen der heutigen Gesellschaft, werden Hilfe- und Pflegeleistungen von Angehörigen grösstenteils nicht im selben Haushalt getätigt. Eltern und Kinder leben seltener in einem gemeinsamen Haushalt, weswegen eine geringe Wohnentfernung ein zentraler Schlüsselfaktor für die Ausgestaltung von Hilfe- und Pflegeleistungen darstellt. Je grösser die Wohnentfernung, desto häufiger werden professionelle Pflegekräfte in Anspruch genommen. Trotzdem können in der Schweiz die meisten Menschen im vierten und fünften Alter auf die Unterstützung ihrer Nachkommen zurückgreifen und entgegen den vielfach pessimistischen Vorstellungen der Öffentlichkeit kann von keinem familiären Solidaritätszerfall die Rede sein (vgl. Höpflinger 2012b: 68). Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist ein schleichender Prozess, aus dem ein zunehmender Bedarf an Unterstützung bei alltäglichen instrumentellen und basalen Aktivitäten resultiert und die Hilfesysteme somit mehr und mehr involviert werden. Dabei ist es nicht selten, dass Hauptpflegepersonen sich nicht unbedingt als solche identifizieren und sich somit nie mit den längerfristigen Konsequenzen für ihr eigenes Leben auseinandergesetzt haben. Besonders Frauen befinden sich häufig in einem Spannungsfeld von gesellschaftlichen Solidaritätserwartungen. Die Doppelbelastung durch Erwerbsarbeit und gleichzeitiger Care Arbeit kann zu einer grossen Herausforderung werden (vgl. Perrig-Chiello 2012: 135). Die Motive zur Übernahme von Hilfe- und Pflegeleistungen innerhalb der Familie können unterschiedlich sein. Wahl beschreibt altruistische Motive,

Verpflichtungsgefühle aufgrund sozialer Normen und Motive, die dem eigenen Selbstwert dienen (vgl. Wahl 1991: 66). Eine wesentliche Rolle spielen bei Frauen Liebe und Zuneigung, bei Männern überwiegen die normativen Verpflichtungsgefühle. Notwendigkeit (keine Alternative), wirtschaftliche Überlegungen (Alternativen sind zu teuer) und religiöse Überzeugungen sind weitere Motive, die im Zusammenhang mit familiärer Pflege häufig unterschätzt werden (vgl. Perrig-Chiello 2012:137).

#### 4.4.3 Belastungen von pflegenden Angehörigen

„Familiale Pflege von älteren Angehörigen ist zumeist ein chronisch stressreicher Prozess, verbunden mit negativen Auswirkungen auf Gesundheit, Befindlichkeit und soziale Teilhabe.“ (Perrig-Chiello 2012: 113) Pflegende Angehörige sind ebenso wie die zu pflegenden Familienmitglieder keine homogene Gruppe. Unterschiedliche Belastungen, Ressourcen und Bewältigungsstrategien führen zu diversen Herausforderungen (vgl. Perrig Chiello 2012: 114f.)

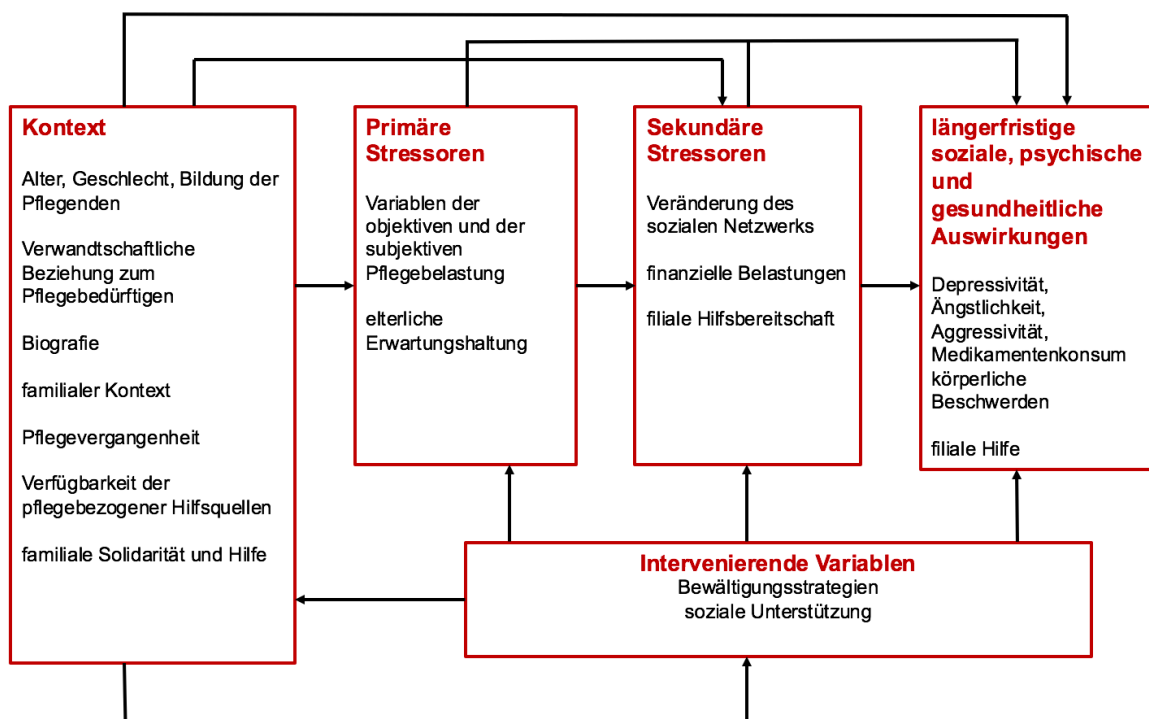


Abb. 3: Prozessmodell der Pflegebelastung (Pearlin et al.1990 zit. nach Perrig-Chiello 2012: 161)

Abbildung 3 zeigt das komplexe Zusammenspiel diverser Kontextbedingungen, Stressoren und Ressourcen, welche unterschiedliche Auswirkungen auf das Pflegesetting und die Gesundheit der einzelnen Personen haben kann (vgl. Perrig-Chiello 2012: 160). *Kontextvariable* sind die persönlichen Eigenschaften des Pflegenden wie sein Alter, Geschlecht, Bildungsniveau, wirtschaftliche Situation aber auch die Normvorstellungen,

Erwartungshaltung, Verwandtschaftsgrad und die emotionale Beziehung zu der hilfe- und pflegebedürftigen Person. *Primäre Stressoren* werden in objektive und subjektive Stressoren unterteilt, einerseits die objektiv festzumachenden Bedingungen wie der Pflegeaufwand (in Zeit gemessen), die Hilfe- und Pflegebedürftigkeitsstufe und die Kooperationsbereitschaft der pflegebedürftigen Person. Andererseits werden persönliche Einschätzungen der Ressourcen und Belastungen sowie das Gefühl der Pflegepersonen gegenüber der Pflegesituation unter subjektive Stressoren gezählt. *Sekundäre Stressoren* beschreiben Auswirkungen von primären Stressoren auf das Leben der pflegenden Person, beispielsweise auf Beruf, Freizeit, Familie und soziale Kontakte. Insgesamt können diese Faktoren zu längerfristigen sozialen, psychischen und gesundheitlichen Problemen wie Rollenkonflikte, Depressivität, Gewaltmissbrauch und körperlichen Beschwerden führen. Individuelle Bewältigungsstrategien und soziale Unterstützung ausserhalb des Pflegealltags sind zentrale Ressourcen, die einen erheblichen Einfluss auf das Ausmass der empfundenen Belastung haben. Die einzelnen Faktoren sind voneinander abhängig, beeinflussen sich gegenseitig und können sich im Verlauf der Pflege verändern (vgl. Perrig-Chiello 2012: 160-166). Wenn die Grenzen der Kräfte erreicht sind, ist die Gefahr von Gewalthandlungen zwischen Pflegeperson und Gepflegtem gross. Woog beschreibt die Vernachlässigung des Pflegebedürftigen durch direkte physische und psychische Gewalt (Schlagen, Befestigen, Beschimpfen, etc.) als auch indirekte Formen von Gewalt wie das Ignorieren des Patienten, Vermeidung von Blickkontakt, Entzug von Zuwendung und Zwang zur Körperpflege (vgl. Woog 2006: 32).

#### **4.4.4 Verhältnis von informeller und formeller ambulanter Pflege – Chancen und Herausforderungen**

Im Kapitel 2.3.3 wurde deutlich, dass die Spitex einen grossen Beitrag an die ambulante Pflege von Menschen im vierten und fünften Alter leistet. Diese werden häufig in Kombination mit familiärer Hilfe genutzt. Die verknüpfte Unterstützung von formellen und informellen Hilfeleistungen tritt vor allem dann auf, wenn eine Person starke funktionale Einschränkungen in der Ausführung von basalen und instrumentellen Aktivitäten aufweist (vgl. Höpflinger et al. 2011: 90). Dabei spielt für die Lebensqualität aller Betroffenen die Zusammenarbeit zwischen den pflegenden Angehörigen und den professionellen Pflegekräften eine signifikante Rolle (vgl. Hutchison et al. 2012: 221).

Laut Höpflinger et al. (vgl. 2011: 91) werden formelle Pflegedienstleistungen später angefordert, wenn die Hauptpflegeperson im selben Haushalt lebt (bspw. Partnerinnen und Partner). Die emotionale Unterstützung innerhalb einer Partnerschaft gewinnt zusätzlich an Bedeutung, wenn beide Partner hilfe- und pflegebedürftig werden. Diese Konstellation kann für Angehörige und formelle Pflegefachpersonen eine Ressource und gleichzeitig ein Problem darstellen. Einerseits kennt eine langjährige Ehefrau ihren Mann sehr gut. Sie kennt seine Werthaltung, die zentralen Routinen und die Bedeutung einzelner Objekte des Alltags. Sie

weiss, wie er gepflegt werden will oder was es benötigt, damit er zuverlässig seine Medikamente einnimmt. Andererseits können enge Ehebeziehungen dazu führen, dass Hilfeleistungen von Dritten (Angehörige, Freunde oder professionelle Pflege) zu spät angefordert oder nur schwer akzeptiert werden können. Besonders für die Ehefrau kann die Vorstellung, den ehelichen Pflichten nicht mehr nachkommen zu können, zu einem erheblichen Problem führen (vgl. Höpflinger 2012b: 67). Damit die lebensweltliche Normalität, die gewohnten Abläufe und Umweltbedingungen auch in Hilfe- und Pflegebedürftigkeit aufrechterhalten werden kann, werden die kompensatorischen Interventionen wie formelle Hilfsangebote und räumliche Anpassungen durch Hilfsmittel möglichst stark begrenzt (vgl. Zeman 1997: 98).

Während für den beruflichen Helfer die Normalität seines Handelns und seine Identität gerade durch die funktionale Organisation unter medizinischen und pflegerischen Gesichtspunkten sichtbar dokumentiert wird, bedeutet dies für den lebensweltlichen Helfer eher eine Beeinträchtigung lebensweltlicher Normalität und Identität; er versucht also, die Präsenz einer an diesem Ort fremden Berufswelt eher einzudämmen und unsichtbar zu machen. (Zeman 1997: 98)

Pflegearrangements können durch die unterschiedlichen involvierten Helferinnen und Helfer ausserordentlich komplex werden. Dabei wird oft vergessen, dass aus lebensweltlicher Sicht die Qualität der Pflege nicht primär durch die Perfektion der medizinisch-pflegerischen Versorgung erfolgt, sondern durch alltagsbezogene Unterstützungsleistungen im Sinne von Normalisierung und Re-Normalisierung. Der Anspruch der professionellen Pflegepersonen und der externen Angehörigen kann somit mit den Bedürfnissen der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen kollidieren. In derartigen Konfliktsituationen wird nicht auf Problemlösungsstrategien, die an die professionelle Rationalität anknüpfen, sondern familienbiographische Konfliktvermeidungs- und Konfliktlösungsstrategien zurückgegriffen. Dieses diffuse und hochinterpretative Handeln ist für aussenstehende Personen nur schwer fassbar und kann die Kommunikation zwischen formellen und informellen Hilfesystemen und der hilfe- und pflegebedürftigen Person zusätzlich erschweren (vgl. Zeman 1997: 98f.). Häufig wechselnde Pflegepersonen können die Komplexität von Pflegearrangements zusätzlich erhöhen, was dazu führen kann, dass die hilfe- und pflegebedürftige Person und ihre Angehörigen Wünsche und Bedürfnisse immer wieder aufs Neue anbringen müssen. Ebenfalls ist die Verantwortlichkeit bei häufig wechselnden Personen häufig nicht klar definiert, was zu weiteren Missverständnissen und Konflikten führen kann. Zeitdruck seitens der formellen Pflegerinnen und Pfleger führt dazu, dass Abläufe möglichst vereinheitlicht werden und demnach nicht den individuellen Lebenswelten angepasst werden können. Tiefliegende Ängste, Nöte und Probleme können zudem innerhalb der

kurzen Zeitspanne, in der die formellen Pflegenden anwesend sind, nicht zur Sprache kommen, sich anstauen und zu einer grossen Belastung werden (vgl. Hutchison et al. 2012: 222f.). Die Dimension der Zeitlichkeit spielt im Zusammenspiel von Pflegenden und Gepflegten ebenfalls eine signifikante Rolle. Unterschiedliche Bedürfnisse und zeitliche Spielräume der beteiligten Personen müssen in Einklang gebracht werden, ohne dass eine Partei favorisiert wird. Dabei kann der fachlich-funktional begründete Pflegeaufwand von professionellen Hilfesystemen im Widerspruch mit den psychosozialen Bedürfnissen der hilfe- und pflegebedürftigen Person stehen. Beides wiederum kann in Konflikt zu den vorgegebenen Zeitbegrenzungen der versicherungsfinanzierten Pflegeleistungen stehen. Hingegen sind informelle Hilfesysteme eher mit der Belastung konfrontiert, dass die Dauer und der Aufwand von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit schwer einzuschätzen und somit schwer planbar sind. Die Qualität der Pflege wird demnach durch zeitliche Knappheit begrenzt (vgl. Zeman 2000: 93).

#### **4.5 Zwischenfazit**

Ziel dieses Kapitels war die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Alltagswelten und den daraus resultierenden Erfahrungs- und Handlungsspielräumen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im vierten und fünften Alter. Es wurde deutlich, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit grossen Einfluss auf die einzelnen Aspekte der Dimensionen der Zeit, des Raumes und der sozialen Beziehungen hat. Wiederum beeinflussen die drei Dimensionen die Art und Weise, wie Erfahrungs- und Handlungsspielräume ausgestaltet werden können. Neben der Auseinandersetzung mit der Begrenztheit der eigenen Lebenszeit, wird eine Umstrukturierung von alltäglichen Routinen und Handlungsabläufen gefordert. Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ist oftmals von Multimorbidität und damit von komplexen gesundheitlichen Situationen geprägt. Subjektive Bewertungen von Gesundheit und Krankheit müssen nicht zwingend den medizinischen Diagnosen entsprechen und führen zu unterschiedlichen Bewältigungsmechanismen der betroffenen Personen. Neben den persönlichen Bewältigungsstrategien spielt das Wohnumfeld und das soziale Netzwerk eine signifikante Rolle, um die eingeschränkte Handlungsfähigkeit kompensieren und ausgleichen zu können. Auch hier soll der subjektiven Bedeutung von der eigenen Wohnung bis zum finalen Wohnraum, dem eigenen Bett, Rechnung getragen werden. Familiäre Pflegearrangements folgen eher der lebensweltlichen Logik als professionelle, ambulante Pflegepersonen. Die Zusammenarbeit der beiden Hilfesysteme ist demnach für die optimale umfassende Pflege zu Hause zentral. Nicht selten führt die komplexe Pflegesituation zu grossen Belastungen und Herausforderungen innerhalb der Familie. Neue Aufgaben und Rollenaufteilung sowie die Auseinandersetzung mit dem Verlust eines Familienmitgliedes fordert jedes Mitglied des familiären Pflegearrangements auf persönliche Weise heraus.

## 5 Lebensweltorientierte Soziale Arbeit innerhalb familiärer, häuslicher Pflegearrangements

„Lebensweltorientierung fordert ein, die (alten) Menschen in ihren lebensweltlichen Kontexten wie Biografien, Ressourcen und Perspektiven wahrzunehmen und dabei ihren objektiven Lebenszusammenhängen sowie subjektiven Erlebenssituationen Rechnung zu tragen.“ (Hildebrandt 2012: 255)

Grundorientierung für eine Lebensweltorientierte Soziale (Alten-)Arbeit sehen Zeman und Schmidt unter anderem in der Achtung der Autonomie und dem damit einhergehenden Anspruch auf Selbstbestimmung. **Autonomieorientierung** verbietet die Manipulation von Bedürfnissen und verhindert die Entmündigung des Alters. Es gibt allerdings Situationen, bei denen das subjektive Wohlbefinden und die objektiven Lebensbedingungen miteinander im Widerspruch stehen. Besonders in Fällen von Selbst- und Fremdgefährdung wird fürsorgeregisches Handeln manchmal unumgänglich. Sozialarbeitende müssen das Spannungsverhältnis zwischen Autonomieorientierung und sozialer Verantwortung aushalten können und auch in Situationen von Zwang die Autonomie des Einzelnen keinesfalls generell aufheben (vgl. Zeman/Schmidt 2001: 262). Die **Orientierung an der Lebenswelt** und dem Alltag des Einzelnen stellt die zweite Grundorientierung dar. Lebensweltorientierung bedeutet zusammengefasst die Ausrichtung am Alltags- und Orientierungswissen, an den individuellen Lebensplänen und den Selbst- und Weltbildern der Klientinnen und Klienten. Sozialarbeiterische Interventionen müssen deshalb in Einklang mit den Interpretationen und Lebensentwürfen der Menschen stehen. Nur wenn diese als sinnvoll und relevant erachtet und gemeinsam gestaltet werden, können sie in den Alltag integriert und somit gewinnbringend gestaltet werden (vgl. ebd.). Die **Kompetenzorientierung** als dritte Grundorientierung stellt die Ressourcen sowohl der einzelnen Personen als auch ihrem Umfeld in den Mittelpunkt. Dabei werden nicht die Defizite kompensiert, sondern die Ressourcen und Kompetenzen der Klientel gefördert. Das Wecken unentdeckter Fähigkeiten und das Fördern der Motivation, diese produktiv, sinnvoll und möglichst auch objektiv nutzbringend einzusetzen, sind zentrale Aufgaben. Ebenso können das Erschliessen neuer Ressourcen, das Fördern der Selbstwirksamkeit sowie die Überwindung erlernter Hilflosigkeit als zentrale Ziele der Kompetenzorientierung genannt werden. Hilfe- und Unterstützungsangebote von aussen sowie die Bereitschaft zur Veränderung des eigenen Handelns kann nur stattfinden, wenn es vom Klientel subjektiv als bedeutsam und sinnvoll erachtet wird (vgl. ebd.: 263f).

Anschliessend werden die Methoden Lebensweltorientierte Beratung, Aufsuchende Arbeit und Biografiearbeit näher beleuchtet und die zentralen Aspekte für die Arbeit mit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im vierten und fünften Alter und ihren pflegenden Angehörigen ausgearbeitet. Ein Zwischenfazit rundet dieses Kapitel ab.

## 5.1 Lebensweltorientierte Beratung

Bezogen auf die Schnittstelle von Sozialer Arbeit und Hilfe- und Pflegebedürftigkeit zu Hause sind es oftmals Beratungsstellen, welche mit pflegenden Angehörigen von Menschen im vierten und fünften Alter in Kontakt kommen. Das Ziel Lebensweltorientierter Beratung ist einerseits das Informieren von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen über die vielfältigen Unterstützungs- und Entlastungsangebote in wirtschaftlicher, medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Hinsicht (vgl. Wissert 2010: 113). Sozialarbeitende prüfen, inwieweit eine Person Anspruch auf Leistungen hat und klärt die Verantwortlichkeiten der unterschiedlichen Leistungsträger. Sie unterstützen die Familien, den Überblick zu behalten und geben Informationen über die vielfältigen Angebote in ambulanter, teilstationärer und stationärer Form (vgl. Schulz/Kunisch 2009: 300f).

Die sozialen Netzwerke einer hilfe- und pflegebedürftigen Person sind signifikant für das Wohlbefinden und die Gesundheit. Gleichzeitig sind familiäre, ambulante Pflegearrangements durch den steigenden Pflegebedarf und den damit einhergehenden aufwendigen Unterstützungsleistungen von Überlastungsphänomenen geprägt. Auch hier können umfassende Beratungen und Unterstützung der Sozialen Arbeit die Menschen mit Pflegebedarf und ihre Angehörigen entlasten. Lebenspraktische Beratung der Familien (bspw. Wohnungsanpassungen, Bildung im Bereich der Pflege, finanzielle Beratung, Erstellung von Hilfeplänen, etc.) als auch die Koordination und Vermittlung unterschiedlicher informeller und formeller Unterstützungsnetze (bspw. Antragshilfen, Anspruchsprüfung finanzieller Unterstützung, Vermittlung von Freiwilligen etc.) sind zentrale Aufgabengebiete der Sozialen (Alters-)Arbeit (vgl. Schulz/Kunisch 2009: 302f).

Familienbiographische Kommunikationsstrategien müssen nicht zwingend rational ablaufen. Versteckte Aufforderung zur Hilfeleistung von hilfe- und pflegebedürftigen Personen rufen nicht selten aufmunternde Appelle, Herunterspielen oder Leugnung der Hilfebedürftigkeit seitens der Angehörigen hervor (vgl. Zeman 2000: 168). Innerfamiliäre Beziehungen sind strukturell konfliktanfällig, da Mehrdeutigkeiten und diffuse Kommunikationsstrategien Unsicherheiten, Missverständnisse und Frustrationen hervorrufen können (vgl. Zeman 2000: 173). Die Situation spitzt sich zu, wenn sensorische und kognitive Beeinträchtigungen die Kommunikation zunehmend erschweren (vgl. Zeman 2000: 175). Sozialarbeitende haben deshalb die Aufgabe, verdeckte Themen und Konflikte anzusprechen und zu versuchen, Verhandlungen und Aushandlungen in Gang zu bringen (vgl. Zeman 2000: 168). Besonders

die Kooperation und Interaktion zwischen informellen und formellen Hilfesysteme können unterschiedliche Konfliktpotentiale aufweisen. Lebensweltorientierte Soziale Beratung kann und soll zum Dialog verhelfen, als Vermittlerin zwischen den einzelnen Hilfesystemen agieren und eine gemeinsame Grunddefinition des Pflegeziels aushandeln. Dabei sollen die Ressourcen der einzelnen Personen optimal miteinbezogen werden und einen gemeinsamen Arbeitskonsens unter Berücksichtigung der Bedürfnisse der hilfe- und pflegebedürftigen Person geschaffen werden (vgl. Zeman 2000: 252). Die vielfältigen Situationen, Ressourcen und Belastungen von Familien müssen eingeschätzt und allenfalls an entsprechende Fachstellen weitergeleitet werden. Dies setzt eine gute Vernetzung der Beratungsstellen bspw. mit den Spitexdiensten, Tagesstrukturangeboten, Sozialdiensten oder Hausärzten voraus. Die Sozialarbeitenden übernehmen die Koordination von diversen Dienstleistungen auf regionaler und infrastruktureller Ebene, welche die Bedürfnisse der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen entsprechen (vgl. Wissert 2010: 113).

Thiersch beschreibt das Wissen um Lebensverhältnisse, Lebenseinschränkungen und Lebensmöglichkeiten als zentrale Basis und Voraussetzung für jegliche Beratung (vgl. Thiersch 2014: 122). Neben diesem Wissen zählt er die Fähigkeit zur Kommunikation und die Vertrauensgrundlage zwischen Sozialarbeitenden und Klientel als Grundlage einer gelingenden Zusammenarbeit. Neben dem Prinzip der Freiwilligkeit soll die Beratung in einer zugänglichen, nicht einschüchternden Sprache geführt werden. „Beratung kann nur effektiv sein, wenn das, was Problem ist ebenso wie das, was als Ausweg praktikabel erschien, zwischen den Ratsuchenden und den Beratern so ausgehandelt wird, dass der, der den Rat braucht, es als eigenen Weg erkennen und verfolgen kann.“ (ebd.: 125) Das bedeutet, dass die Interventionen und Lösungsansätze in einem gegenseitigen Prozess von Aushandlung und Respekt geschehen müssen. Nicht der Sozialarbeitende gibt vor, welche Schritte als nächstes zu tun sind, sondern die gemeinsame Erarbeitung von Lösungswegen steht im Vordergrund der Beratung (vgl. ebd.).

Lebensweltorientierte Beratung beinhaltet nach Thiersch unterschiedliche Spannungsfelder, Herausforderungen und Anforderungen, die Sozialarbeitende mitbeachten müssen:

- Menschen sind Experten ihres Alltags. Sie wissen wie sie handeln müssen, um den Anforderungen ihres Alltags gewachsen zu sein. Entstehen Situationen, die sie nicht mehr bewältigen können, kann im nahen Umfeld um Rat gefragt werden. Helfen jedoch auch diese Ratschläge nicht weiter, wird manchmal der Gang zu professionellen Beratungsstellen unumgänglich. Dieser Schritt bedeutet allerdings, sich eingestehen zu müssen, der Situation nicht gewachsen zu sein und dass die eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten nicht ausreichen. Sozialarbeitende müssen deshalb sensibel mit

- Unverständnis, Kränkung, Abwehr und Schmerz umgehen können. So ist auch die Freiwilligkeit in Beratungen oftmals nur bedingt vorhanden (vgl. Thiersch 2004: 703).
- Standardisierungen und Strukturierung von Beratungssituationen und Akten können dazu führen, dass der individuellen Sichtweise von betroffenen Personen und Familien zu wenig Beachtung geschenkt wird. Demnach ist auch die Orientierung an der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten erschwert und fordert deswegen einen sensiblen Umgang mit standardisierten und rationalisierten Prozessen (vgl. ebd.: 704).
  - Im Gegensatz zur Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit, welche direkt vor Ort, also innerhalb der alltäglichen Räume von Menschen stattfindet, gestaltet sich das Setting innerhalb einer Beratungssituation komplizierter. Herausfordernd ist vor Allem, einen gemeinsamen Anfang zu finden, da die Situation geprägt ist von Widerständen und Zögerlichkeiten, von der Unfähigkeit, wesentliche Probleme zu benennen und eine gemeinsame Vertrauensbasis aufzubauen (vgl. ebd.: 704).
  - Soziale Netzwerke und der räumliche Bezugsrahmen sollten als wichtige Ressource von Lebenswelten in die Beratung miteinbezogen werden. Diese fordern den Einbezug von unterschiedlichen Beteiligten mit ihren persönlichen Handlungsmöglichkeiten, Weltbildern und Belastungsmomenten. Je nachdem ist es sinnvoll, mit allen Parteien zusammen ein Gespräch zu führen oder sie in Einzelgespräche aufzuteilen (vgl. ebd.: 705).
  - Sozialarbeitende in sozialen Beratungsstellen müssen zwingend über Kenntnisse der unterschiedlichen Lebensfelder und Strukturbedingungen ihrer Klientinnen und Klienten Bescheid wissen und zugleich offen für die subjektive Sichtweise ihrer Klientel sein (vgl. ebd.: 706).

## 5.2 Aufsuchende Arbeit: der Hausbesuch

Aufsuchende Soziale Arbeit agiert in den Lebensräumen von Menschen und bietet niedrigschwellige Hilfe und Unterstützung vor Ort an. Das Verhältnis zwischen Sozialarbeitenden und Klientel gestaltet sich in diesem Setting weitgehend informell, da strukturelle Bedingungen von Einrichtungen wie Terminvereinbarungen und Sprechzeiten nicht vorhanden sind. Der Hausbesuch gilt als eine klassische Methode der Aufsuchenden Sozialen Arbeit (vgl. Uhlendorff/Euteneuer/Sabla 2013: 189 zit. nach Wendt 2015: 322). Bereits in den frühen Formen Sozialer Arbeit wurden Hausbesuchen als Grundlage der Situationserfassung für Soziale Diagnosen grosse Bedeutung zugesprochen. Gleichzeitig bedeuteten die Hausbesuche eine Möglichkeit zur Kontrolle, da nachvollzogen werden konnte, ob die auferlegten Hilfsangebote und das wünschenswerte Verhalten auch im Privaten erfolgte. Gegenwärtig werden Hausbesuchen unterschiedliche Funktionen zugeschrieben. Einerseits wird die Kontaktaufnahme durch das niedrigschwellige Angebot innerhalb der Lebensräume der

Klientel erleichtert. Andererseits erlauben Hausbesuche einen Einblick in den Alltag von Menschen und die räumlichen und sozialen Bedingungen vor Ort. Besonders für die lebensweltorientierte Soziale Arbeit ist der Alltag mit den etablierten Routinen und bornierten Strukturen bedeutsam. Hausbesuche erlauben demnach eine differenzierte Einschätzung der Situation. Durch die vorzeitige Kontaktaufnahme kann die Aufsuchende Arbeit einen präventiven Charakter erhalten. Es ermöglicht eine prekäre Situation zu unterstützen, bevor sich diese zu einer Krise verfestigt (vgl. Wendt 2015: 324).

Aufsuchende Soziale Arbeit ist sich bewusst über die subjektive Bedeutung des häuslichen Lebenszusammenhangs und ist sensibel für die Verletzung von lebensweltlichen Ordnungssystemen (vgl. Zeman 2000: 256f). Hilfesysteme, welche in die häusliche Lebenswelt eindringen, verändern den privaten, intimen Charakter der Wohnung. Die private Wohnung wird zu einem professionellen Arbeitsplatz in dem Kriterien der Wirtschaftlichkeit und Reibungslosigkeit über die Aspekte der individuellen Lebensgestaltung gestülpt werden. Umso mehr gewinnt taktvolles Verhalten und die Vermittlung zwischen den Bedürfnissen der hilfe- und pflegebedürftigen Person und den wirtschaftlichen Anforderungen formeller Hilfesysteme an Bedeutung (vgl. Zeman 2000: 256f.). Hausbesuche sind bedeutende Grenzüberschreitungen, welche zwingend vor dem Hintergrund der sozialen Kontrolle und dem Machtgefälle zwischen Sozialarbeitenden und Klienten reflektiert werden muss. Die Thematisierung der Passungsproblematik zwischen Lebenswelt und System demnach unumgänglich (Zeman 1997: 86f).

Woog unterscheidet insgesamt sechs methodische Schritte der lebensweltorientierten Sozialen Altersarbeit, welche insbesondere innerhalb der Aufsuchenden Sozialen Arbeit angewandt werden können (vgl. Woog 2006: 171-173).

**Das Beobachten:** In der Einstiegsphase liegt der Fokus auf dem Kennenlernen der Sichtweisen, der Besonderheiten und dem Eigensinn des Menschen, ohne sich direkt in den Alltag einzumischen. Durch Gespräche mit der betroffenen Person, den Angehörigen, den informellen und den formellen Unterstützungssystemen kann ein erstes Bild von der Situation gezeichnet werden. Die Annäherung an das Alltagsgeschehen, das Erfassen von Routinen und bornierten Strukturen als auch das Eruiere von Anknüpfungspunkten für unterstützendes Handeln steht in der ersten Phase des Kennenlernens im Zentrum. Um herauszufinden, welche individuellen Belastungen und Bedürfnisse die einzelnen Personen aufweisen, ist das Abwarten, ohne die Situation gleich bewerten zu wollen, signifikant (vgl. ebd.: 171f.).

**Das Gewinnen von Vertrauen:** Grundlage für eine gelingende Zusammenarbeit ist das gegenseitige Vertrauen. Anhand von entlastenden, fröhlichen und ernsten Gespräche über schöne wie auch belastende Erlebnisse, Krisen und Herausforderungen kann Vertrauen gebildet und gefestigt werden. Indem die Sozialarbeitenden sich auf das Gegenüber einlassen und den Menschen so akzeptieren wie er ist, vermitteln sie Anerkennung für die Handlungs- und Bewältigungsstrategien, die sich ein Mensch im Verlauf des Lebens angeeignet hat. Auch wenn diese Strategien für Aussenstehende oftmals nicht nachvollziehbar sind, gilt es diese zu würdigen und zu akzeptieren. Erst wenn sich eine Person vom Gegenüber als anerkannt und wertgeschätzt wahrnimmt, wird er die Einmischung von aussen in eigene Angelegenheiten zulassen (vgl. ebd.).

**Das Wahren von Gegenseitigkeit:** Besonders für Menschen im vierten und fünften Alter, welche zunehmend von anderen Menschen abhängig werden, ist das Wahren von Gegenseitigkeit ein grosses Bedürfnis. Etwas zurückgeben zu können bedeutet für viele Menschen sich nicht voll und ganz jemandem zu verpflichten oder gar auszuliefern. Deshalb soll der Wunsch etwas zurückzugeben (oftmals in Form von kleinen Geschenken) akzeptiert und angenommen werden. Wird dieses Bedürfnis akzeptiert, kann sich auch die Bereitschaft, die Hilfe des Anderen anzunehmen, erhöhen (vgl. ebd.: 172).

**Das Setzen von Grenzen:** Eine abgestimmte Balance zwischen Nähe und Distanz ist in der Zusammenarbeit mit Klientinnen und Klienten enorm wichtig um handlungsfähig zu bleiben. Zu viel Nähe birgt die Gefahr, sich in einer Beziehung zu verstricken und die Balance zwischen Gemeinsamkeit und Grenzziehung zu verlieren. Der Respekt vor den Bedürfnissen und Grenzen des Anderen soll nicht auf Kosten der eigenen Grenzen gehen. Obwohl in der Phase des Beobachtens die Dinge unwidersprochen angenommen und nicht bewertet werden, ist es wichtig eigene Grenzen aufzuzeigen und Abstand wahren zu können. Grundlage für eine gelingende Zusammenarbeit ist demnach die gegenseitige Achtung und Wertschätzung von persönlichen Grenzen (vgl. ebd.).

**Das Anknüpfen an Möglichkeiten:** Das Aufgreifen von Erinnerungen, Vorstellungen, Erfahrungen, Meinungen, Wünschen und Träumen ermöglicht neue Wege zu erkunden und Anstoss für neue Denkweise zu bieten. Das Aufgreifen der Biografie durch Gespräche, durch Fotoalben oder das Aufarbeiten von Verlusterfahrungen durch Krankheit oder den Tod nahestehender Personen ermöglicht individuelle Sichtweisen und Bedürfnisse zu erkennen und genau da anzuknüpfen. Dabei geht es nicht um die Ansichten der Sozialarbeitenden, sondern um die der betroffenen Person und ihrem Umfeld (vgl. ebd.: 173).

**Das Wecken von Interessen:** Neue Dinge auszuprobieren und sich auf Veränderungen einzulassen fördert die Entwicklung von neuen Kompetenzen und Strategien. Verlorene geglaubte Lebenskräfte können so wiederentdeckt und in die Gegenwart zurückgeholt und damit die Lebensfreude und der Lebensmut gestärkt werden (vgl. ebd.).

Bezogen auf die Unterstützung bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit bedeutet dies auch das Sichern von Wohlbefinden und das Wahren von Selbstbestimmung in dem Masse, in dem es für die betroffene Person noch möglich ist (vgl. Zeman 2000: 189). Die Sozialarbeitenden unterstützen hilfe- und pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen, sich im Alltag zu arrangieren. Neue Routinen und Abläufe müssen mit zunehmendem Hilfe- und Pflegebedarf angepasst und verändert werden. Dafür sind Aushandlungsprozesse zwischen allen involvierten Parteien wichtig. Neben der medizinischen und pflegerischen Grundversorgung braucht es Zeiträume, in denen Zuwendung und Gespräche über alltägliche Themen Platz finden. Zeman beschreibt den Pflegealltag als die Kunst sich zu arrangieren und dabei stets Zeit für Austausch und Zuwendung zu finden. Diese scheinbar unproduktiven Zeiträume sind zentral für den Zusammenhalt des familiären Pflegearrangements und machen die belastete Situation erträglicher (vgl. Zeman 2000: 189-193). Hilfe- und pflegebedürftige Personen sollen weiterhin in die täglichen Haushaltsaktivitäten und Entscheidungen miteinbezogen werden. Das Aufmuntern bei Traurigkeit und Wut sowie der Erhalt von Spontanität innerhalb des Pflegearrangements haben grosse Bedeutung um die zwischenmenschliche Beziehung und das Vertrauen zwischen den involvierten Personen zu erhalten (vgl. Zeman 2000: 193).

### 5.3 Biografiearbeit

Biografiearbeit als eine Methode der Sozialen Arbeit bezieht sich auf die Lebensgeschichte eines Menschen mit dem Ziel, die Qualität des derzeitigen Lebens zu verbessern. Die Biografie eines Menschen lässt sich einerseits in der *historischen Dimension* beleuchten. Das heisst, es werden die historischen Aspekte und Bedingungen, in dem ein Mensch seine Kindheit, Jugend und das Erwachsenenalter verbracht hat, in den Fokus genommen (bspw. Krieg, Arbeitslosigkeit, wirtschaftlicher Aufschwung oder Hungersnot). Die *singuläre Biografie* beschreibt hingegen, wie ein Mensch die damaligen Bedingungen erlebt hat. Das Erleben von äusseren Umständen kann sich individuell stark unterscheiden, weswegen die historische Biografie nicht ohne die singuläre Biografie betrachtet werden sollte. Zu der *regionalen Biografie* zählt als Drittes das räumliche Umfeld, die Sitten, Kulturen und Bräuche, also das gesamte Milieu, in dem ein Mensch aufgewachsen ist. Diese unterschiedlichen Lebenserfahrungen führen zu einem breiten Wissensvorrat und einer Vielfalt von Bewältigungsstrategien, welche sich ein Mensch während dem gesamten Leben Stück für Stück aneignet. Bei schwierigen Situationen und Herausforderungen im Alltag macht ein Mensch bewusst

oder unbewusst von diesen Bewältigungsstrategien Gebrauch (vgl. Matolycz 2016: 44). Innerhalb der Pflege spielt die Biografie eines Menschen eine signifikante Rolle. Unter Berücksichtigung der Lebensgeschichte können Sinnzusammenhänge und Bedeutung von Aktivitäten, Beziehungen, Routinen, Erfahrungen und Objekten herausgefunden werden. Durch den Einbezug von Wichtigem, Gewohntem und Bedeutsamem in der Pflege kann Normalität und Orientierung geschaffen werden. Gleichzeitig kann durch den Bezug auf die Biografie die Bedeutung von Verhalten zugänglich gemacht werden (vgl. Matolycz 2016: 45f.). Beispielsweise kann sich die Vorstellung von Hygiene bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit verändern. Gerade hier spielen biographische Erfahrungen eine zentrale Rolle. Früher wurde das Wasser vom Brunnen geholt und gebadet wurde in einem grossen Holzbottich, im selben Wasser, wo auch die Wäsche gewaschen wurde. Ein Bad, wie wir es heute kennen, besaßen lediglich die feinen Leute. Für Menschen älterer Generationen, die unter diesen Umständen aufgewachsen sind, kann es deshalb normal sein, sich nicht jeden Tag zu duschen und sie haben eventuell einen anderen Bezug zur Hygiene als jüngere Generationen (vgl. Woog 2006: 28f). Vor dem Hintergrund der Lebensgeschichte können so die Persönlichkeitsstruktur und das aktuelle Verhalten begriffen und möglicherweise auch entsprechende Interventionen gestaltet werden. Die Orientierung an der Biografie ermöglicht die Pflegeleistungen an die individuellen Bedürfnisse und Präferenzen anzupassen. Das Erzählen von Lebensgeschichten kann einerseits entlastend und andererseits integrierend wirken. Indem explizit auf die Lebensgeschichten eingegangen wird, erfährt die betreffende Person Interesse und Wertschätzung, was sich positiv auf das Wohlbefinden und die Identität auswirken kann. Ferner findet man in der Lebensgeschichte von Menschen Motive für die Aktivierung und Beibehaltung von individuellen Ressourcen (vgl. Matolycz 2016: 45f.).

Es gibt unterschiedliche Techniken, wie man die Biografie von Menschen in Erfahrung bringen kann. Die *einfache Befragung* über die eigene Lebensgeschichte lädt das Gegenüber dazu ein, frei von ihrer Eigenbiografie zu erzählen. Zu vermeiden ist das einseitige Abfragen von vordefinierten Fragen, da dies mehr einem Verhör als einem gegenseitigen Austausch gleicht. Mit den intimen und vertraulichen Themen muss sensibel umgegangen werden, indem auf aufdringliches Nachfragen und zu grosse Neugierde verzichtet wird. Eine weitere Methode ist die *themenbezogene Fragestellung*. Dabei wird nach spezifischen Erlebnissen und Erinnerungen in Zusammenhang mit Schule, Erziehung, Liebesleben, Krieg, Essen, Geld oder Arbeit gefragt. Bei der Methode des *freien Erzählens* wird direkt in einer Situation ein bestimmtes Thema angeschnitten. Indem beispielsweise danach gefragt wird, wie früher die Haare frisiert oder die Wohnung geheizt wurde, können interessante Gespräche zwischen den Generationen entstehen, in denen man sich der Grundstimmung, der Werthaltung und dem Wesen eines Menschen annähern kann (vgl. ebd.: 46f.).

## 5.4 Zwischenfazit

In der Vielfalt von Methoden und der Schwierigkeit, dass sich eine Vielzahl davon unter dem Konzept der Lebensweltorientierung verorten lassen, war in diesem Kapitel eine gezielte und begrenzte Auswahl der Methoden unerlässlich. Einerseits können Methoden das Handeln von Sozialarbeitenden strukturieren und ihnen als Leitfaden in der Praxis dienen. Andererseits werden dadurch Aufgaben in der Praxis priorisiert und konkretisiert und mithilfe von Instrumenten standardisiert. Beispielsweise in einem Beobachtungsbogen von einem Hausbesuch wird bereits von Beginn vorgegeben, auf welche Aspekte des Wohnens besonders geachtet werden sollte. Diese Formen von Standardisierung können im Widerspruch zur Offenheit und der Unvoreingenommenheit der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit stehen. Sozialarbeitende müssen deshalb die angewendeten Methoden und Instrumente reflektieren als auch eigene Projektionen und Gegenprojektionen wahrnehmen können. Eine Kombination und die flexible Anwendung der drei beschriebenen Methoden ist für die Praxis der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit signifikant. Wenn beispielsweise bei starker Pflegebedürftigkeit und Mobilitätsbeeinträchtigungen nur die pflegenden Angehörigen an Beratungsgesprächen teilnehmen können, ist es auch für Beratungsstellen wichtig, die hilfe- und pflegebedürftige Person zu Hause besuchen zu können. Durch den Einbezug aller Beteiligten, vor allem aber durch den Einbezug der hilfe- und pflegebedürftigen Person, die im Zentrum des gesamten Hilfenetzes steht, kann eine bestmögliche Lösung gefunden werden. Lebensweltorientierte Beratung, die Methode der Aufsuchenden Arbeit als auch Biografiearbeit bieten diverse Anknüpfungspunkte für die Arbeit mit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen. Dabei steht vor allem die subjektiven Bedeutungszusammenhänge, Sinndeutungen und Bewältigungsstrategien der Klientinnen und Klienten im Zentrum. Zudem ergeben sich zahlreiche Parallelen zwischen den gewählten Methoden und den Struktur- und Handlungsmaximen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit. Insbesondere die Methode der Aufsuchenden Arbeit lässt sich mit den Maximen Prävention, Regionalisierung, Alltagsnähe und Partizipation verbinden. Herausfordernd hingegen ist unter anderem der Balanceakt zwischen den lebensweltlichen Bedürfnissen, den gesellschaftlichen und organisationalen Strukturen, den finanziellen Möglichkeiten und den ethischen Ansprüchen der Sozialen Arbeit. Zeman kritisiert ferner, dass die methodische Schwerpunktsetzung in der Praxis häufig durch Finanzierungsmöglichkeiten und Zuständigkeitsgrenzen von Beratungsstellen, Verwaltungsressorts und Organisationsinteressen zustande kommen und nicht als Reaktionen auf sich wandelnde Bedürfnisse und Lebenslagen der Menschen im vierten und fünften Alter (vgl. Zeman/Schmidt 2001: 259). Einmischung als weitere zentrale Handlungsmaxime von Lebensweltorientierter Sozialen Arbeit bedeutet unter anderem politisches Handeln im Sinne der Klientinnen und Klienten und sollte neben der unmittelbaren Arbeit mit Betroffenen nicht an Relevanz verlieren.

## 6 Beantwortung der Fragestellung und Ausblick

Ziel der Arbeit war eine literaturgestützte, theoretische Auseinandersetzung mit dem Thema Hilfe- und Pflegebedürftigkeit alter Menschen und den Einfluss auf die Lebenswelt. Wird zuerst die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen Menschen in der Schweiz an sich betrachtet, fällt auf, dass sich die Lebensphase Alter durch Suggestionen des Altersstrukturwandels nicht eindeutig bestimmen lässt. Die Lebensphase Alter hat sich stark ausgedehnt und die Lebenssituationen und Lebensweisen alter Menschen sind durch Heterogenität, Individualität und Pluralisierung gekennzeichnet. Das Drei-Säulen-System der Alterssicherung der Schweiz hat das Risiko der Altersarmut deutlich abgeschwächt. Trotzdem bestehen weiterhin erhebliche Risiken für Menschen mit atypischen Erwerbsverläufen und für Frauen. Altersarmut hat zudem Auswirkungen auf die Art und Weise, wie Handlungsmöglichkeiten im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit ausgestaltet werden können. Die Ausgestaltung der räumlichen Bedingungen sowie die Anschaffung von Hilfsmitteln sind wesentlich von der finanziellen Lage einer Person abhängig. Ferner zeigen sich Korrelationen zwischen der materiellen Lage und der Gesundheit beziehungsweise der Lebenserwartung eines Menschen. Die vielfältigen Regelungen der einzelnen Kantone und Gemeinden als auch die diversen Leistungen der unterschiedlichen Kostenträger bei der finanziellen Absicherung spezifisch im Fall von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit, war für die Verfasserin schwierig zu erfassen. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass ambulante Pflegeleistungen wie die Spitex durch Versicherungen, Gemeinden und Kantone grösstenteils abgedeckt werden. Trotzdem muss in jedem Kanton und jeder Gemeinde eruiert werden, welche Leistungen den betroffenen Personen und ihren pflegenden Angehörigen zur Verfügung stehen. Sozialversicherungen orientieren sich ausserdem am defizitären Zustand von Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf. Je weniger eine Person selbstständig ausführen kann, desto mehr Leistungen werden ausbezahlt. Dabei steht die Kompensation von Handlungsmöglichkeiten, nicht die Förderung von den (noch) vorhandenen Kompetenzen im Vordergrund. Den Überblick über Leistungsträgern, Finanzierungsmöglichkeiten und Zuständigkeiten kann für alte Menschen mit Hilfe- und Pflegebedarf und ihren Angehörigen äusserst schwierig sein.

Innerhalb der Auseinandersetzung mit den historischen und theoretischen Zugängen der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit wurde deutlich, dass der Begriff Lebenswelt schwierig zu definieren ist. Es konnte anhand der Theorien von Husserl, Schütz, Habermas und Thiersch gezeigt werden, dass die Betrachtung der Dimensionen der erfahrenen Zeit, des erfahrenen Raumes und der sozialen Beziehungen eine Annäherung an die Lebenswelten von Menschen möglich macht. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit orientiert sich am pragmatisch handelnden und denkenden Menschen, der im Alltag mit unterschiedlichen Aufgaben konfrontiert wird. Persönliche Routinen und Typisierungen bleiben solange unhinterfragt, bis eine Aufgabe mit den vorhandenen Strategien nicht mehr damit bewältigt werden kann.

Alltagsroutinen geben Menschen Sicherheit, da sie ihnen das Gefühl vermitteln, den zukünftigen Aufgaben des Alltags gewachsen zu sein, gleichzeitig werden Handlungsmöglichkeiten durch einengende Routinen begrenzt.

Im Lauf der Arbeit wurde deutlich, dass die Frage nach dem Einfluss von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf die Lebenswelten alter Menschen nicht gänzlich zu beantworten ist. Fest steht, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit eine grundlegende Veränderung der Lebenssituation von Menschen und ihren pflegenden Angehörigen bedeutet. Eine Vielzahl von Faktoren nehmen Einfluss auf den Verlauf von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit und die individuelle Alltagsgestaltung der betroffenen Menschen. Zentrale Faktoren sind beispielsweise der biografisch angeeignete Wissensvorrat und die damit erschlossenen Handlungs- und Bewältigungsstrategien oder die Ausgestaltung des sozialen Unterstützungsnetzwerks. Bedeutende Sinnkrisen können hervorgerufen werden, wenn die angeeigneten Handlungs- und Bewältigungsstrategien für Aufgaben des Alltags nicht mehr ausreichen und sich der bisher reibungslose Alltag zu einem problematischen Alltag verändert. Anhand der Auseinandersetzung mit der materiellen Lage, den räumlichen Strukturen und den sozialen Beziehungen konnten diverse Lebensumstände und die daraus resultierenden Erfahrungs- und Handlungsspielräume aufgezeigt werden. Neben den gesundheitlichen Veränderungen und die damit einhergehende Konfrontation mit der Begrenztheit des eigenen Lebens spielen räumliche Strukturen wie das Wohnumfeld und die Wohnungseinrichtung eine bedeutende Rolle. Aufgrund der emotional besetzten und biografisch vertrauten Merkmale der Wohnumwelt sollte diese nicht ohne weiteres durch funktionale und rational sinnvolle Alternativen ersetzt werden. Gerade hier spielen Aushandlungsprozesse zwischen den Hilfesystemen und den Betroffenen eine bedeutende Rolle. Können Hilfsmittel einerseits entlastend wirken und eine gewisse Selbstständigkeit ermöglichen, muss vor Kränkungen und dem Aufdrängen von neuen Hilfsmitteln abgesehen werden. Ein Mensch kann sich nur auf Unterstützung von Aussen einlassen, wenn es für sie oder ihn subjektiv als sinnvoll und gewinnbringend bewertet wird. Informelle Pflegearrangements folgen im Gegensatz zu formellen Pflegepersonen nicht unbedingt rationalen, sondern biographisch bewährten und erschlossenen Denk- und Handlungsstrategien. Lebensgeschichtlich angeeignete Routinen, Typisierungen und Kommunikationsstrategien können sich somit förderlich wie hinderlich auf die Situation von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen auswirken, da einerseits die Normalität und Stabilität weitestgehend aufrechterhalten werden kann, andererseits das Annehmen von professioneller Hilfeleistungen erschwert werden kann. Diverse Stressoren können die Situation von Hilfe- und Pflegebedürftigen Menschen entscheidend beeinflussen und längerfristige soziale, psychische und gesundheitliche Auswirkungen auf die betroffenen Personen und ihre Unterstützungssysteme haben. Diese werden wiederum durch die vorhandenen materiellen und immateriellen Ressourcen positiv oder negativ beeinflusst. Es wurde festgestellt, dass

divergente Ziele und Handlungslogiken innerhalb informeller und formeller Hilfesysteme ein weiteres Spannungsverhältnis darstellen kann. Stehen für familiäre Hilfesysteme die Aufrechterhaltung der bisherigen lebensweltlichen Strukturen im Vordergrund, verfolgen formelle Hilfesysteme oftmals medizinisch-pflegerische Versorgungsziele.

Lebenswelten konstituieren sich anhand den objektiven Strukturen und den subjektiven Bedeutungszusammenhängen weswegen trotz intensiver Auseinandersetzung mit den Dimensionen Raum, Zeit und soziale Beziehungen durch den subjektiven Anteil keine allgemeingültige Aussage über den Einfluss von Hilfe- und Pflegebedürftigkeit auf die Lebenswelt gemacht werden kann. Bezogen auf die Hauptfragestellung bedeutet dies, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit die Lebenswelten alter Menschen in der Schweiz massgeblich beeinflusst, diese aber aus lebensweltlicher Perspektive immer anhand der individuellen Lebenssituation, den persönlichen Handlungsstrategien und Sinndeutungen der Klientinnen und Klienten betrachtet werden müssen. Durch die vielschichtigen Problemlagen und Lebensumstände von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im vierten und fünften Alter sind Sozialarbeitende gefordert, sich mit dem Alltagswissen, den entlastenden und gleichzeitig einengenden Routinen und Typisierungen ihrer Klientel sowie den Möglichkeiten und Grenzen von gesellschaftlichen und räumlichen Strukturen auseinanderzusetzen. Dabei werden psychologische, physiologische, soziale, finanzielle, rechtliche und ökologische Aspekte in die Analyse einer Situation miteinbezogen. Gleichzeitig basieren Interventionen auf Aushandlungs- und Kooperationsprozessen mit der Grundlage der gegenseitigen Akzeptanz und Respekt zwischen Sozialarbeitenden, hilfe- und pflegebedürftigen Person und den pflegenden Angehörigen. Die Klientel gelten als Experten der eigenen Lebenswelt weswegen die unterschiedlichen Sichtweisen, Präferenzen, Routinen und Kompetenzen eingegangen und als Anknüpfungspunkte für Interventionen und Prävention genommen werden müssen. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit wird in Hinblick auf die vielfältigen Lebensgeschichten und den damit einhergehenden diversen Deutungs-, Verhaltens- und Beziehungsmuster von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im vierten und fünften Alter grundsätzlich als gewinnbringend angesehen. Im Gegensatz zur defizitären Sichtweise von Sozialversicherungen und anderen Kostenträger orientiert sich Lebensweltorientierte Soziale Arbeit an den Kompetenzen, der Autonomie und der individuellen Lebenssituation der Klientinnen und Klienten. Sie versucht dem Schubladisieren und Stigmatisieren von Menschen entgegenzuwirken, indem unvoreingenommen und mit Offenheit und Respekt der Lebenssituation von Menschen begegnet wird. Ohne die lebensweltliche Perspektive besteht die Gefahr, dass Prävention und Intervention nicht den Bedürfnissen und Interessen der Zielgruppen entsprechen und damit an den Zielen vorbeigiert.

Bezogen auf die Verwendung lebensweltorientierter Methoden kann gesagt werden, dass ein flexibler Gebrauch von Methoden für Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit hilfe- und

pflegebedürftigen Personen und ihren pflegenden Angehörigen unerlässlich ist. Die in dieser Arbeit beschriebenen Methoden der Lebensweltorientierten Beratung, der Aufsuchenden Sozialen Arbeit sowie der Biografiearbeit können miteinander kombiniert und unterschiedlich eingesetzt werden. Die Annäherung an die subjektive Sichtweise und den individuellen Sinn- deutungen und Bedeutungszusammenhänge soll dabei im Zentrum des Interesses stehen. Sozialarbeitende müssen demnach über einen Methodenkoffer verfügen, mit dem sie je nach Situation und Klientel unterschiedlich arbeiten können.

Insgesamt kann diese Arbeit als theoretischer Bezugsrahmen verstanden werden, auf dem das Thema weiterführend und vertiefend empirisch untersucht werden kann. Interessant wäre beispielsweise zu analysieren, mit welchen Methoden und Theorien in der Praxis vorwiegend gearbeitet werden. Dabei wäre eine Befragung von Sozialarbeitenden, Pflegekräften, Hilfe- und Pflegebedürftigen als auch deren pflegenden Angehörigen, wie auch die Analyse von Leitbildern, Angeboten und organisatorisch und strukturellen Rahmenbedingungen sinnvoll. Darauf aufbauend stellt sich die Frage, wie in der Praxis die Zusammenarbeit zwischen den einzelnen Fachstellen ausgestaltet, welche Kontaktpunkte vorhanden sind und wo Verbesserungspotential zugegen wäre. Neben dem fehlenden Praxisbezug hat die Verfasserin festgestellt, dass die Dimensionen der Zeit, des Raumes und der sozialen Beziehungen von hilfe- und pflegebedürftigen Menschen weitreichende Themen sind, bei der die Betrachtung einer Dimension bereits eine Bachelor Thesis ergeben könnte. Die Dimensionen mussten deshalb in dieser Arbeit stark eingegrenzt werden. Eine tiefere Betrachtung der einzelnen Dimensionen könnte deshalb weitere Hinweise auf die Lebenswelten älterer Menschen und die Handlungsmöglichkeiten für die Soziale Arbeit bieten.

Zusammenfassend sind jedoch die hilfe- und pflegebedürftigen Menschen als Subjekte mit ihren individuellen Bedürfnissen, Ressourcen und Problemen anzunehmen und sie nicht nur als Objekte in einer Logik der massenabfertigen Pflege zu versorgen. Für die Verfasserin ist deswegen neben der direkten Arbeit mit den Klientinnen und Klienten die politische und präventive Arbeit signifikant. Die Würde jedes Menschen, egal wie Hilfe- und Pflegebedürftig er ist, muss in jedem Fall gegeben sein. Sozialräumliche Verbesserungen wie ein gut ausgebautes öffentliches Verkehrsnetzwerk, welches auch mit Geh- oder Sinnesbeeinträchtigungen benutzt werden kann, bessere finanzielle Absicherung von Frauen und Menschen mit atypischen Erwerbsverläufen oder eine einheitliche Finanzierung der Pflege, welche sich nicht nur an den Defiziten eines Menschen orientiert wären politische Themen, für die sich die Soziale Arbeit einsetzen muss. In welcher Weise hilfe- und pflegebedürftigen Menschen im vierten und fünften Alter begegnet und welche Handlungsspielräume vorhanden sind, ist zu einem grossen Teil das Resultat der Politik und der Gesellschaft.

## Quellenverzeichnis

### Literaturverzeichnis:

**Aner, Kirsten/Karl, Ute** (Hg.) (2010). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage.

**Backes, Gertrud M./Clemens, Wolfgang** (2013). Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. 4. Überarbeitete und erweiterte Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

**Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas** (2008). Soziale Ungleichheit in der pflegerischen Versorgung – ein Bezugsrahmen. In: Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas (Hg.). Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage. S. 7-45.

**BMFSFJ** (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend) (Hg.) (1998). Zweiter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Wohnen im Alter. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft.

**Bundesamt für Statistik** (2015). Die Bevölkerung der Schweiz 2014. Neuchâtel: BfS.

**Bundesamt für Statistik** (2014a). Armut im Alter. Neuchâtel: BfS.

**Bundesamt für Statistik** (2014b). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel: BfS.

**Bundesamt für Statistik** (2010). Szenarien zu der Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz 2010 – 2060. Neuchâtel: BfS.

**Carr, David** (1979). Welt, Weltbild, Lebenswelt. Husserl und die Vertreter des Begriffsrelativismus. In: Ströker, Elisabeth (Hg.). Lebenswelt und Wissenschaft in der Philosophie Edmund Husserls. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann. S. 32-45.

**Clemens, Wolfgang/Naegele, Gerhard** (2004). Lebenslagen im Alter. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 387-402.

**Dallinger, Ursula/Theobald, Hildegard** (2008). Pflege und Ungleichheit: Ungleiche Citizenship rights im internationalen Vergleich. In: Bauer, Ullrich/Büscher, Andreas (Hg.). Soziale Ungleichheit und Pflege. Beiträge sozialwissenschaftlich orientierter Pflegeforschung. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage. S. 79-103.

**Dietz, Simone** (1993). Lebenswelt und System. Widerstreitende Ansätze in der Gesellschaftstheorie von Jürgen Habermas. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann.

**Ding-Greiner, Christina/Lang, Erich** (2004). Altersprozesse und Krankheitsprozesse – Grundlagen. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Altersprozesse in multidisziplinärer Sicht. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 182-206.

- Fooker, Insa** (1999). Intimität auf Abstand. Familienbeziehungen und soziale Netzwerke. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hg.). Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 209-243.
- Franzkowiak, Peter/Homfeldt, Hans Günther/Mühlum, Albert** (2011). Lehrbuch Gesundheit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Grunwald, Klaus/Ortmann, Friedrich/Rauschenbach, Thomas/Treptow, Rainer** (Hg.) (1996). Alltag, Nicht-Alltägliches, und die Lebenswelt. Beiträge zur lebensweltorientierten Sozialpädagogik. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans** (2008). Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen. In: Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. 2. Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag. S.13-39.
- Habermas, Jürgen** (2006). Theorie des kommunikativen Handelns. In: Honneth, Axel (Hg.). Schlüsseltexte der Kritischen Theorie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage. S. 188-193.
- Habermas, Jürgen** (1987a). Theorie des kommunikativen Handelns. Band 1. Handlungsrationali-tät und gesellschaftliche Rationalisierung. 4. durchgesehene Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Habermas, Jürgen** (1987b). Theorie des kommunikativen Handelns. Band 2. Zur Kritik der funk-tionalistischen Vernunft. 4. durchgesehene Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Hildebrandt, Johanna** (2012). Lebensweltorientierte Soziale (Alten-)Arbeit. In: Kleiner, Gabriele (Hg.). Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten.
- Homfeldt, Hans Günther** (2010). Gesundheit und Krankheit im Alter. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Höpflinger, François** (2014). Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Age Report III. Zürich/Genf: Seismo Verlag.
- Höpflinger, François** (2012a). Bevölkerungssoziologie. Eine Einführung in demographische Prozesse und bevölkerungssoziologische Ansätze. 2., überarbeitete Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Höpflinger, François** (2012b). Zuhause lebende Menschen im Alter – soziale Netzwerke, Gesundheit und ambulante Unterstützung. In: Perrig-Chiello, Pasqualina/ Höpflinger, François (Hg.). Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Hogrefe/Bern: Verlag Hans Huber. S: 63-107.
- Höpflinger, François** (2011). Die Hochaltrigen – eine neue Größe im Gefüge der Intergenerati-onalität. In: Petzold, Hilarion G./Horn, Erika/Müller, Lotti (Hg.). Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien. S. 38-53.

- Höpflinger, François/Bayer-Oglesby, Lucy/Zumbrunn, Andrea** (2011). Pflegebedürftigkeit und Langzeitpflege im Alter. Aktualisierte Szenarien für die Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, François/Hugentobler, Valérie** (2004). Pflegebedürftigkeit in der Schweiz. Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert. 1. Nachdruck. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Bern: Verlag Hans Huber.
- Höpflinger, François/Stuckelberger, Astrid** (2000). Demographische Alterung und individuelles Altern. Ergebnisse aus dem nationalen Forschungsprogramm Alter/Vieillesse/Anziani. 2. Auflage. Zürich: Seismo.
- Hradil, Stefan** (1987). Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft: von Klassen und Schichten zu Lagen und Milieus. Opladen: Leske Verlag/Budrich.
- Husserl, Edmund** (2012). Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendente Phänomenologie. Eine Einleitung in die phänomenologische Philosophie. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Hutchison, Sara/Ritschard, Helen/Wittensöldner, Cécile/Stettler-Murri, Margaretha/Stettler-Schmid, Hanspeter** (2012). Entlastungsmöglichkeiten für pflegende Angehörige. In: Perig-Chiello, Pasqualina/ Höpflinger, François (Hg.). Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Hogrefe/Bern: Verlag Hans Huber. S. 213-271.
- Jansen, Brigit** (1997). Lebensweltorientierung und Häuslichkeit. In: Braun, Ute/Schmidt, Roland (Hg.). Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer Verlag. S. 77-98.
- Kircheldorff, Cornelia** (2014). Altern und Soziale Arbeit. In: Becker, Stefanie/Brandenburg, Hermann (Hg.). Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. 1. Auflage. Hogrefe/Bern: Verlag Hans Huber. S. 97-113.
- Kleiner, Gabriele** (Hg.) (2012). Alter(n) bewegt. Perspektiven der Sozialen Arbeit auf Lebenslagen und Lebenswelten. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien.
- Kraus, Björn** (2013). Erkennen und Entscheiden. Grundlagen und Konsequenzen eines erkenntnistheoretischen Konstruktivismus für die Soziale Arbeit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Kruse, Andreas** (2004). Selbstverantwortung im Prozess des Sterbens. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 328-340.
- Kruse, Andreas** (1991). Zum Verständnis des Alternsprozesses aus psychologisch-anthropologischer Sicht. In: Oswald, Wolf D./Lehr, Ursula M. (Hg.). Altern. Veränderung und Bewältigung. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 149-170.

- Künzel-Schön, Marianne** (2000). Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierungen für die ambulante Arbeit. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Lambers, Helmut** (2013). Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. Opladen/Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Lang, Erich** (1994). Altern – Alterskrankheiten – Geroprophylaxe. In: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hg.). Das Alter. Einführung in die Gerontologie. 3., neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag. S. 282-318.
- Lehr, Ursula** (2011). Zum Geleit - Langlebigkeit - Herausforderung und Chance in einer Gesellschaft des langen Lebens. In: Petzold, Hilarion G./Horn, Erika/Müller, Lotti (Hg.). Hochaltrigkeit. Herausforderung für persönliche Lebensführung und biopsychosoziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien. S. 13-20.
- Lehr, Ursula** (1994). Psychologische Aspekte des Alterns. In: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hg.). Das Alter. Einführung in die Gerontologie. 3., neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke. S. 202-229.
- Matolycz, Esther** (2016). Pflege von alten Menschen. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Verlag.
- Northoff, Robert** (2012). Methodisches Arbeiten und therapeutisches Intervenieren. Eine Einführung in die Bewältigung sozialer Aufgabestellungen. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Olbermann, Elke/Reichert, Monika** (1993). Hochaltrigkeit und Strukturen gesundheitlicher und pflegerischer Versorgung. In: Naegele, Gerhard/Tews, Hans Peter (Hg.). Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Alternde Gesellschaft – Folgen für die Politik. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 200-214.
- Otto, Ulrich/Bauer, Petra** (2004). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit älteren Menschen. In: Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus (Hg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/ München: Juventa. S. 195-212.
- Perrig-Chiello, Pasqualina** (2012). Familiäre Pflege – ein näherer Blick auf eine komplexe Realität. In: Perrig-Chiello, Pasqualina/ Höpflinger, François (Hg.). Pflegende Angehörige älterer Menschen. Probleme, Bedürfnisse, Ressourcen und Zusammenarbeit mit der ambulanten Pflege. Hogrefe/Bern: Verlag Hans Huber. S. 111-210.
- Rosenmayr, Leopold** (1996). Altern im Lebenslauf. Soziale Position, Konflikt und Liebe in den späten Jahren. Göttingen/Zürich: Vandenhoeck/Ruprecht.
- Rosenmayr, Leopold** (1990). Die Kräfte des Alters. Wien: Edition Altelier/Wiener Journal Zeitschriftenverlag.
- Rosenmayr, Leopold/Rosenmayr, Hilde** (1978). Der alte Mensch in der Gesellschaft. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Schaeffer, Doris/Wingenfeld, Klaus** (2004). Pflegerische Versorgung alter Menschen. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S. 477-490.
- Saup, Winfried/Reichert, Monika** (1999). Die Kreise werden enger. Wohnen und Alltag im Alter. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard (Hg.). Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 245-186.
- Schmähl, Winfried/Fachinger, Uwe** (1999). Armut und Reichtum. Einkommen und Konsumverhalten älterer Menschen. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard/Frahm, Eckart (Hg.). Funkkolleg Altern 2. Lebenslagen und Lebenswelten, Soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 159-208.
- Schmitt, Marina/Re, Susanna** (2004). Partnerschaft im Alter. In: Kruse, Andreas/Martin, Mike (Hg.). Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber. S.373-386.
- Schmitz-Scherzer, Reinhard/Wittrahm, Andreas** (1999). Grenzsituationen. Auseinandersetzung mit Sterben und Tod. In: Niederfranke, Annette/Naegele, Gerhard (Hg.). Funkkolleg Altern 1. Die vielen Gesichter des Alterns. Opladen/Wiesbaden: Westdeutscher Verlag. S. 377-422.
- Schroeter, Klaus R.** (2008). Alter(n). In: Willems, Herbert (Hg.). Lehr(er)buch Soziologie. Für die pädagogischen und soziologischen Studiengänge. Bd. 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 611-630.
- Schulz, Andrea/Kunisch, Monika** (2009). Beratungs- und Unterstützungsangebote für ältere Menschen und ihre Angehörigen. In: Zippel, Christian/Kraus, Sibylle (Hg.). Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, S. 300-317.
- Schulz-Nieswandt, Frank/Köstler, Ursula/Maier-Rigaud, Remi/Mann, Kristina/Marks, Heike/Sauer, Michael** (2014). Alterssozialpolitik, soziale Sicherung und Soziale Ungleichheit (D, CH, A). In: Becker, Stefanie/Brandenburg, Herrmann (Hg.). Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. 1. Auflage. Hogrefe/Bern: Verlag Hans Huber. S. 117-159.
- Schütz, Alfred/Luckmann, Thomas** (2003). Strukturen der Lebenswelt. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.
- Srubar, Ilja** (2007). Phänomenologie und soziologische Theorie. Aufsätze zur pragmatischen Lebenswelttheorie. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage.
- Stamm, Hanspeter/Lamprecht, Markus** (2009). Ungleichheit und Gesundheit. Grundlegendokument zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Zürich: Lamprecht und Stamm Sozialforschung und Beratung.
- Tews, Hans Peter** (1994). Alter und Altern in unserer Gesellschaft. In: Reimann, Helga/Reimann, Horst (Hg.). Das Alter. Einführung in die Gerontologie. 3., neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Enke Verlag. S. 30-74.

- Tews, Hans Peter** (1993). Neue und alte Aspekte des Strukturwandels des Alters. In: Naegele, Gerhard/ Tews, Hans Peter (Hg.). Lebenslagen im Strukturwandel des Alters. Opladen: Westdeutscher Verlag. S. 15-42.
- Thiersch, Hans** (2014). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9 Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Thiersch, Hans** (2006). Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Ergänzte Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Thiersch, Hans** (2004). Lebensweltorientierte Soziale Beratung. In: Nestmann, Frank/Engel, Frank/Sickendiek, Ursel (Hg.). Das Handbuch der Beratung. Band 2. Ansätze, Methoden und Felder. Tübingen: dgvt-Verlag. S. 699-709.
- Thiersch, Hans** (2003). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Wöhrle, Armin (Hg.). Profession und Wissenschaft Sozialer Arbeit. Positionen in einer Phase der generellen Neuverortung und Spezifika in den neuen Bundesländern. 2. Auflage. Herbolzheim: Centaurus Verlag. S. 287-304.
- Thiersch, Hans** (1995). Lebenswelt und Moral. Beiträge zur moralischen Orientierung Sozialer Arbeit. 2. Auflage. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Wahl, Hans-Werner/Baltes, Margret** (1992). Die Mikroökologie alter Menschen: Forderung nach Autonomie und Sicherheit. In: Petzold, Christina/Petzold, Hilarion G. Lebenswelten alter Menschen. Konzepte – Perspektiven – Praxisstrategien. Hannover: Vincentz Verlag. S. 96-119.
- Wendt, Peter-Ulrich** (2015). Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.
- Wissert, Michael** (2010). Soziale (Alten-) Arbeit in Beratungsstellen. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hg.). Handbuch Soziale Arbeit und Alter. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage.
- Woog, Astrid** (2006). Einführung in die Soziale Altenarbeit. Theorie und Praxis. Weinheim/München: Juventa Verlag.
- Zeman, Peter/Schmidt, Roland** (2001). Soziale Altenarbeit. Strukturen und Entwicklungslinien. In: Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hg.). Lebenslagen, soziale Ressourcen und gesellschaftliche Integration im Alter. Expertisen zum Dritten Altenbericht der Bundesregierung – Band III. Opladen: Leske + Budrich. S. 235-283.
- Zeman, Peter** (2000). Alter(n) im Sozialstaat und die Mikropolitik der Pflege. Regensburg: Transfer Verlag.
- Zeman, Peter** (1997). Häusliche Altenpflegearrangements (sic!). Interaktionsprobleme und Kooperationsperspektiven von lebensweltlichen und professionellen Helfersystemen. In: Braun, Ute/Schmidt, Roland (Hg.). Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg: Transfer Verlag. S. 97-112.

**Zeman, Peter** (1988). Hilfebedürftigkeit und Autonomie – Zur Alterskultur und Kultur der Altenhilfe. In: Zeman, Peter (Hg.). Hilfebedürftigkeit und Autonomie – zur Flankierung von Altersproblemen durch kooperationsorientierte Hilfen. Berlin: DZA. S. 152-180.

**Zippel, Christian** (2009). Gerontologie, Geriatrie und Geriatrische Rehabilitation. In: Zippel, Christian/Kraus, Sybille (Hg.). Soziale Arbeit für alte Menschen. Ein Handbuch für die berufliche Praxis. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag. S. 47-72.

---

## Elektronische Quellen:

**Bundesamt für Gesundheit** (2016). Faktenblatt Prämienvverbilligung.

URL:[http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6lONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCMen19e2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKSn6A--](http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00261/index.html?lang=de&download=NHZLpZeg7t,Inp6lONTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCMen19e2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--)

[Zugriffsdatum: 18. März 2016]

**Bundesamt für Sozialversicherungen** (2003). Pflegefinanzierung und Pflegebedarf. Schätzung der zukünftigen Entwicklung.

URL:<https://www.google.ch/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjL2Y2OhMrLAhVCqA4KHT3DAgwQFggdMAA&url=http%3A%2Fwww.bsv.admin.ch%2Fpra-xis%2Fforschung%2Fpublikationen%2Findex.html%3Fdownload%3DNHZLpZig7t%2CInp6lONTU042l2Z6ln1ae2lZn4Z2qZpnO2YUq2Z6gpJCDdoF%2CfGym162dpYbUzd%2CGpd6emK2Oz9aGodetmqaN19XI2ldvoaCUZ%2Cs-.pdf%26lang%3Dfr&usq=AFQjCNFU8ygmMr43n46YxX0iOnJ6ABxSNA>

[Zugriffsdatum: 18. März 2016]

**Curaviva** (2010). Nachteile der neuen Pflegefinanzierung.

URL:<http://www.pflegefinanzierung-zh.ch/allgemein/nachteile-der-neuen-pflegef.html> [Zugriffsdatum: 18. März 2016]

**IG Pflegefinanzierung** (ASPS, Curaviva, SBK, Senesuisse, Spitex Verband Schweiz, Alzheimervereinigung, Integration Handicap, Parkinson Schweiz, Seniorenrat SSR-CSA, Gesundheitsligen GELIKO) (2015). Positionspapier Pflegefinanzierung.

URL:<http://www.senesuisse.ch/images/news/News/2015/Positionspapier%20SGK-SUB%20def.pdf>

[Zugriffsdatum: 18. März 2016]

**Katz, Sidney/ Ford, B. Amsa/ Moskowitz, W. Roland/ Jackson, A. Beverly/ Jaffe, W. Marjorie** (1963) Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963, 12, 914-919 Cleveland

URfunction.pdf"

URL:<http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/studies%20of%20illness%20in%20the%20aged%20the%20index%20of%20ADL%20a%20standardized%20measure%20of%20biological%20and%20psychosocial%20function.pdf>

[Zugriffsdatum: 18. März 2016]

**Kraus, Björn** (o.J.). Lebenswelt und Lebensweltorientierung – eine begriffliche Revision als Angebot an eine systemisch-konstruktivistische Sozialarbeitswissenschaft.

URL: <http://www.sozialarbeit.ch/dokumente/lebensweltorientierung.pdf>  
[Zugriffsdatum: 22. April 2016].

**Netzwerk Ökonomie des Bundesamts für Sozialversicherung** (2003). Pflegefinanzierung und Pflegebedarf: Schätzung der zukünftigen Entwicklung. Forschungsbericht Nr. 22/03.

URL: <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/publikationen/index.html?lang=de&download=NHZLpZig7t,lnp6l0NTU042l2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCDdoF,fGym162dpYbUzd,Gpd6emK2Oz9aGodetmqaN19XI2ldvoaCUZ,s-.pdf>  
[Zugriffsdatum: 7. Juni 2016]

**Schweizerischer Bundesrat** (2005). Botschaft zum Bundesgesetz über die Neuordnung der Pflegefinanzierung.

URL: <https://www.admin.ch/opc/de/federal-gazette/2005/2033.pdf>  
[Zugriffsdatum: 18. März 2016]

**Wahl, Wolfgang** (o.J.a). Rekonstruktion alltäglicher Lebenswelt. Beiträge zur Kritik und Fundierung eines sozialarbeitswissenschaftlichen Lebenswelt-Begriffs.

URL: <http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/lebenswelt.pdf>  
[Zugriffsdatum: 22. April 2016].

**Wahl, Wolfgang** (o.J.b) Gelingendes Leben als Leitperspektive Sozialer Arbeit? Ein Beitrag zur sozialarbeitswissenschaftlichen Theoriebildung.

URL: <http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/gelingen.PDF>  
[Zugriffsdatum: 22. April 2016].

**Schader-Stiftung** (Hg.) (2000). Modelle für das Wohnen im Alter. Analysen und Empfehlungen für die Nordweststadt Frankfurt a.M.

URL: [https://www.schader-stiftung.de/uploads/tx\\_schaderstiftung/2000\\_WB\\_Modelle\\_fuer\\_das\\_Wohnen\\_im\\_Alter\\_Nordweststadt.pdf](https://www.schader-stiftung.de/uploads/tx_schaderstiftung/2000_WB_Modelle_fuer_das_Wohnen_im_Alter_Nordweststadt.pdf)  
[Zugriffsdatum: 12.05.2016]

## Ehrenwörtliche Erklärung

Name und Vorname: Caduff Marina

Titel und Untertitel der Bachelor Thesis:

### **Pflegebedürftigkeit im Kontext der Lebenswelt älterer Menschen.**

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit mit hilfe- und pflegebedürftigen Menschen und ihren Angehörigen

Begleitung der Bachelor Thesis:

Frau Prof. Johanna Kohn

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum, Unterschrift: Brugg, 05.01.2015 \_\_\_\_\_

## Anhang I: ADL Kriterien

914

JAMA, Sept 21, 1963

# Studies of Illness in the Aged

## The Index of ADL: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function

*Sidney Katz, MD, Amasa B. Ford, MD, Roland W. Moskowitz, MD,  
Beverly A. Jackson, BS, and Marjorie W. Jaffe, MA, Cleveland*

The Index of ADL was developed to study results of treatment and prognosis in the elderly and chronically ill. Grades of the Index summarize over-all performance in bathing, dressing, going to toilet, transferring, continence, and feeding. More than 2,000 evaluations of 1,001 individuals demonstrated use of the Index as a survey instrument, as an objective guide to the course of chronic illness, as a tool for studying the aging process, and as an aid in rehabilitation teaching. Of theoretical interest is the observation that the order of recovery of Index functions in disabled patients is remarkably similar to the order of development of primary functions in children. This parallelism, and similarity to the behavior of primitive peoples, suggests that the Index is based on primary biological and psychosocial function, reflecting the adequacy of organized neurological and locomotor response.

**T**HE NEED FOR improved measures of function has long been evident to those who are concerned with the increasing problems of the aged and chronically ill. Investigators and those who care for patients need means to evaluate the results of treatment, as well as quantitative information about the natural changes of function in the ill and well. Administrators could use measures of function to assess the needs for care in such community facilities as hospitals, rehabilitation centers, nursing homes, and home care programs.

In response to these needs, the staff of the Benjamin Rose Hospital, a hospital for patients with prolonged illness, undertook 8 years ago to develop measures of function. One measure was cast in terms of the activities of daily living, activities which people perform habitually and universally.

From the departments of preventive medicine and medicine, School of Medicine, Western Reserve University, and the Benjamin Rose Hospital and University Hospitals of Cleveland.

The studies led to the development of a graded scale, termed the "Index of Independence in Activities of Daily Living"<sup>1</sup> (Index of ADL). Applications of the Index were later demonstrated in studies of the natural course of illness and results of treatment.<sup>2, 3</sup>

The purpose of this paper is to compare patterns of function revealed in the Index of ADL with patterns of function described in the fields of childhood development and anthropology. The comparison reveals remarkable similarities which offer evidence of related physiological mechanisms and which tend to validate the Index as a true measure of primary biological and psychosocial function. In order to accomplish the above purpose, material will be presented as follows: first, a summary of the Index, its definitions, and use; second, the observations in 1,001 patients which serve as factual basis for theoretical considerations; and, third, the theoretical considerations themselves. Comments on practical applications and significance are included where pertinent.

### Method

The Index of ADL was developed from observations of a large number of activities performed by a group of patients with fracture of the hip.<sup>1</sup> The Index permits ranking of individuals according to adequacy of performance. Adequacy is expressed as a grade (A, B, C, D, E, F, G, or Other) which summarizes over-all performance in six functions, namely, bathing, dressing, going to toilet, transferring, continence, and feeding (Table 1).

The observations reported here were made by physicians, nurses, sociologists, and other professional observers trained by the original investigators and experienced with the aged and chronically ill.

The observer first made three or four sample evaluations, using printed forms as guides (Tables 1 and 2). The sample evaluations were reviewed with a previously trained observer, checking definitions and methods of observation. Simultaneous observations, recorded independently were then made and information compared. By this means,

Table 1.—Index of Independence in Activities of Daily Living

The Index of Independence in Activities of Daily Living is based on an evaluation of the functional independence or dependence of patients in bathing, dressing, going to toilet, transferring, continence, and feeding. Specific definitions of functional independence and dependence appear below the index.

- A — Independent in feeding, continence, transferring, going to toilet, dressing, and bathing.
- B — Independent in all but one of these functions.
- C — Independent in all but bathing and one additional function.
- D — Independent in all but bathing, dressing, and one additional function.
- E — Independent in all but bathing, dressing, going to toilet, and one additional function.
- F — Independent in all but bathing, dressing, going to toilet, transferring, and one additional function.
- G — Dependent in all six functions.
- Other — Dependent in at least two functions, but not classifiable as C, D, E, or F.

**Independence** means without supervision, direction, or active personal assistance, except as specifically noted below. This is based on actual status and not on ability. A patient who refuses to perform a function is considered as not performing the function, even though he is deemed able.

**Bathing** (Sponge, Shower, or Tub)

Independent: assistance only in bathing a single part (as back or disabled extremity) or bathes self completely

Dependent: assistance in bathing more than one part of body; assistance in getting in or out of tub or does not bathe self

**Dressing**

Independent: gets clothes from closets and drawers; puts on clothes, outer garments, braces; manages fasteners; act of tying shoes is excluded

Dependent: does not dress self or remains partly undressed

**Going to Toilet**

Independent: gets to toilet; gets on and off toilet; arranges clothes; cleans organs of excretion; (may manage own bedpan used at night only and may or may not be using mechanical supports)

Dependent: uses bedpan or commode or receives assistance in getting to and using toilet

**Transfer**

Independent: moves in and out of bed independently and moves in and out of chair independently (may or may not be using mechanical supports)

Dependent: assistance in moving in or out of bed and/or chair; does not perform one or more transfers

**Continence**

Independent: urination and defecation entirely self-controlled

Dependent: partial or total incontinence in urination or defecation; partial or total control by enemas, catheters, or regulated use of urinals and/or bedpans

**Feeding**

Independent: gets food from plate or its equivalent into mouth; (precutting of meat and preparation of food, as buttering bread, are excluded from evaluation)

Dependent: assistance in act of feeding (see above); does not eat at all or parenteral feeding

Table 2.—Evaluation Form

Name..... Date of evaluation.....

For each area of functioning listed below, check description that applies. (The word "assistance" means supervision, direction of personal assistance.)

**Bathing**—either sponge bath, tub bath, or shower.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Receives no assistance (gets in and out of tub by self if tub is usual means of bathing)	Receives assistance in bathing only one part of the body (such as back or a leg)	Receives assistance in bathing more than one part of the body (or not bathed)

**Dressing**—gets clothes from closets and drawers—including underclothes, outer garments and using fasteners (including braces if worn)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gets clothes and gets completely dressed without assistance	Gets clothes and gets dressed without assistance except for assistance in tying shoes	Receives assistance in getting clothes or in getting dressed, or stays partly or completely undressed

**Toileting**—going to the "toilet room" for bowel and urine elimination; cleaning self after elimination, and arranging clothes

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Goes to "toilet room," cleans self, and arranges clothes without assistance (may use object for support such as cane, walker, or wheelchair and may manage night bedpan or commode)	Receives assistance in going to "toilet room" or in cleaning self or in arranging clothes after elimination or in use of night bedpan or commode	Doesn't go to room termed "toilet" for the elimination process

**Transfer**—

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moves in and out of bed as well as in and out of chair without assistance (may be using object for support such as cane or walker)	Moves in or out of bed or chair with assistance	Doesn't get out of bed

**Continence**—

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Controls urination and bowel movement completely by self	Has occasional "accidents"	Supervision helps keep urine or bowel control; catheter is used, or is incontinent

**Feeding**—

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feeds self without assistance	Feeds self except for getting assistance in cutting meat or buttering bread	Receives assistance in feeding or is fed partly or completely by using tubes or intravenous fluids

the degree of reliability that could be achieved was such that differences between observers occurred once in 20 evaluations or less frequently.

The form that has been developed for recording ADL evaluations includes three descriptions of each function (Table 2). For each function, the observer checks the one description that is appropriate to the subject. Two descriptions would permit distinguishing between independent and dependent states; however, introduction of an intermediate description increases observer awareness of subtle distinctions, and thereby increases reliability. The form includes all the terms needed in the evaluation and has the advantage of needing no extensive guides. In the interest of maximum accuracy and reliability, the observer asks the subject to show him (1) the bathroom, and (2) medications in another room (or a meaningful substitute object). These requests create test situations for direct observation of transfer, locomotion, and communication and serve as checks on the reliability of information about bathing, dressing, going to toilet, and transfer. Data that is recorded on the form is then converted into an over-all ADL grade with the aid of definitions presented in Table 1. (Note from the definitions in Table 1 that the intermediate description is classified as dependent for certain functions and independent for others.)

The occasional individuals classified as "Other" do not have to be eliminated from all studies. By definition, an individual so classed is more independent than one classed as G and more dependent than one classed as A or B; thus, patients classed as "Other" can always be compared with those classed as A, B, or G. Experience also indicates that the unique profile of a person classed as "Other" tends to persist, permitting a precise determination of deterioration or improvement when changes occur. For example, a patient who is classified as "Other" because he is incontinent and dependent in dressing clearly deteriorates when he develops

Table 3.—Index of ADL Classification of Persons in Various Community Settings Where the Aged Receive Care

Nature of Sample†		Index of ADL Class* (Persons, No.)								
		A	B	C	D	E	F	G	Other	Total
Home care program	Consecutive applicants during 1 year	24	16	6	3	29	16	13	11	118
Home for the aged	Consecutive admissions during 1 year	9	6	5	2	3	4	2	0	31
County hospital for prolonged illness	1 in 4 random selection of consecutive admissions excluding custodial and terminal patients	11	15	12	5	77	54	30	5	209
General hospital	One-day survey of all patients in hospital for 30 days or longer	41	3	1	19	10	6	0	0	80
Outpatient clinic of general hospital	1 in 5 random selection of consecutive new medical admissions during a 3-month period	27	0	0	1	0	0	0	0	28
Dischargees from hospital for prolonged illness (evaluated 6 months after onset of illness)	Consecutive admissions: fracture of the hip	52	21	8	5	19	13	9	3	130
	Consecutive admissions: first cerebral infarction	20	12	4	6	14	15	13	2	86
Nonhospitalized patients with multiple sclerosis	Consecutive admissions of all with cerebral infarction during 1 year	11	4	9	3	9	14	6	4	60
	Consecutive admissions to longitudinal study of nutrition	41	18	8	7	6	8	7	8	103
Hospitalized patients with hip fracture	Consecutive admissions to longitudinal study of urinary tract infections	1	2	1	1	41	8	1	3	58
	Consecutive admissions to hormone therapy study	7	5	4	3	11	16	11	0	57
Custodial patients	Consecutive patients with fracture of the hip who were not admitted to chronic disease hospitals (evaluated 1 year after fracture)	18	8	3	0	5	2	1	4	41
<b>Total</b>										<b>1,001</b>

\* See text for detailed definitions of Index of ADL.

† Samples were from Visiting Nurse Association of Cleveland (home care program), Lutheran Home for the Aged (home for the aged), Highland View Hospital W-120 Study (county hospital), l'Hôtel-Dieu de Montréal (general hospital), University Hospitals of Cleveland (outpatient clinic), the Benjamin Rose Hospital (dischargees from hospital for prolonged illness), Nutrition study of Dr. Harold B. Houser, "Urinary Tract Infections" study of Dr. William B. Newberry, "Hormone Therapy in Older Persons" study per James E. Miller (custodial patients), and practices of five orthopedic surgeons and the staff orthopedic service of University Hospitals of Cleveland (orthopedic practices).

bathing dependence in addition to incontinence and dressing dependence (grade of D).

Environmental artifacts that tend to influence ADL levels are occasionally encountered. For safety reasons, some hospitals require nurses to supervise patients who shower or get into tubs. During the first few days in the hospital, patients are sometimes kept in bed until the staff can assess their behavior and the degree of independent permissible. In some nursing homes, patients are kept in bed and not permitted to dress. For safety and convenience, water for bathing and clothes for dressing are sometimes brought to patients. All these special conditions can result in ADL ratings that are lower than they might be in absence of such restrictions. A test of actual functional level is possible and is indicated for certain studies.

### Results

Since the Index was originally derived from observations of old people with fracture of the hip, it was necessary to determine whether it could be applied to others as well. Observations of 1,001 individuals, to date, supported the original finding of an ordered relationship and demonstrated wide applicability.

Of the 1,001 people, 96% could be classified by the Index (Table 3). Ninety per cent were 40 years old or older, and more than 60% were 60 or over. Most had more than one chronic disease. The primary clinical diagnoses associated with ADL disability were: fracture of the hip (250 persons), cerebral infarction (239), multiple sclerosis (138), arthritis (60), malignancy (30), cardiovascular disease exclusive of cerebral infarction (38), and amputation, paraplegia, or quadriplegia (67). In 38 other patients, the diagnoses were: cerebral palsy,

Parkinson's disease, amyotrophic lateral sclerosis, peripheral neuropathy, or other neurological disease. Less commonly, primary diagnoses included such chronic diseases as asthma, emphysema, diabetes, blindness, cirrhosis, alcoholism, malnutrition, and obesity.

Application of the Index to relatively healthy aged people was studied in one group of the 1,001 individuals, namely, in 130 persons with fracture of the hip. Complete physical examinations were performed on the 130 and revealed 23 who had no major chronic disease aside from the accident of fracture. Before fracture all 23 had been graded as A by the Index. Further evidence of their good health was noted in the fact that 18 of the 23 recovered completely after fracture and sustained their recoveries for 2 years or longer.

In addition to the results of single evaluations presented in Table 3, multiple evaluations made at different times were available in 541 of the 1,001 individuals. Of 2,120 such evaluations, 97% could be classified according to the Index.

The order inherent in the Index is illustrated by the fact that 93% of the evaluations could be assigned to either of two ordered sets of patterns. The basic set of patterns included 86% of the evaluations and is graphically presented as follows: Independent.

Dependent in bathing.

Dependent in bathing and dressing.

Dependent in bathing, dressing, and going to toilet.

Dependent in bathing, dressing, going to toilet, and transferring.

Dependent in bathing, dressing, going to toilet, transferring, and continence.

Dependent in bathing, dressing, going to toilet, transferring, continence, and feeding.

In an additional 7% of the evaluations, the observed pattern differed from the basic patterns above in an ordered fashion, namely, by replacement of the last function in a pattern with the next function of the graded scale. An individual with one dependent function would thus be dependent in dressing instead of bathing, just as one with dependence in two areas would be dependent in bathing and going to toilet instead of bathing and dressing.

Degree of assistance appeared to be an ordered characteristic inherent in the Index. Patients who were graded as B or C (dependent in bathing and/or dressing) received assistance at isolated times in a given day, while those in the lower grades needed assistance at more frequent intervals (dependent in going to toilet, transferring, continence, and/or feeding). As a test of this hypothesis and as a separate measure of amount of assistance, the presence or absence of nonfamily attendant care was determined 1 year after onset of illness in 154 patients with fracture of the hip or cerebral infarction. As predicted, 79% of the patients graded as D, E, F, or G were receiving nonfamily attendant care, while this was true for only 45% of those in grades B and C ( $P < 0.002$ ). None of those in class A had nonfamily attendants.

The ordered nature of activities in the Index suggested that one or more functions would, in themselves, be indicators of levels of over-all performance. This was verified by comparing the occurrence of dependence in going to toilet and low ADL levels in 149 people in two community surveys. The frequency of low ADL levels (D or lower) was 50% and was, indeed, reflected by the occurrence of dependence in going to toilet in 52%.

The orderly arrangement of grades in the Index, from more to less dependent, also suggested that individuals who were recovering from disabling illness might show a similarly ordered sequence of improvement. Order of return of function was, therefore, studied in consecutive patients who were completely dependent or dependent in all but one function when admitted to the Benjamin Rose Hospital. Among 279 consecutive new admissions, 100 met these criteria. Independence in feeding was present alone on admission, or was the first function to return, in 42 of the 58 patients who showed any return at all. Continence was the first independent area for 13 patients, while feeding and continence returned simultaneously in three patients. Continence was, most commonly, the second function to reappear; it was second to reappear in 16, and feeding was second in 7. Transferring and going to toilet were the next functions to become self-regulated. In eight, independent transfer occurred before independent going to toilet. In eight others, transfer and going to toilet returned concurrently, or going to toilet preceded a return in transfer by less than a week.

Though many patients participated in their own bathing and dressing while in the hospital, they were partially dependent in these functions until they were at least able to transfer independently and were thus able to get their own clothes for dressing and their own water for bathing. Few patients were kept in the hospital throughout the entire course of returning function; however, it was possible to verify the return of totally independent bathing and dressing in a group of 100 patients who were observed in follow-up studies in the home after hospitalization for cerebral infarction. Return of complete independence in bathing or dressing was verified in 95% (21 of 22) patients who had become independent in feeding, continence, transferring, and going to toilet while in the hospital. Among 78 who did not become independent in these functions while in the hospital, only 14% showed subsequent return of independence in bathing or dressing.

In summary, these recovering patients passed through three stages: an early recovery of independence in feeding and continence; subsequent recovery of transfer and going to toilet; and, lastly, often after discharge, the recovery of complete independence in bathing and dressing. This course of events might have been predicted from knowledge of the position of individual functions on the ADL scale and from knowledge of the amount of organized activity required by each function.

#### Theoretical Significance

The functions which comprise the Index of ADL, and their characteristic order, bring to mind the recognized patterns of child growth and development as well as the behavior of members of primitive societies.

Pediatric texts, for example, describe the development of children largely in terms of bathing, dressing, going to toilet, locomotion, elimination, and feeding.<sup>4-7</sup> Terms used in the Index, which was developed independently, are strikingly similar. Pediatric descriptions distinguish between vegetative and culturally learned behaviors, and an analogous distinction can be recognized in the activities of the Index. The definitions in the Index of feeding, continence, and transfer are, thus, recognized to reflect the organized locomotor and neurologic aspects of simple vegetative functions, exclusive of their more complex cultural and learned characteristics (see definitions in Table 1). As defined in the Index, bathing, dressing, and going to toilet also require organized locomotor and neurologic functioning, but these activities are prominently influenced by cultural forces and learning.

The order of recovery of function in the disabled adult is remarkably similar to the progression of function in the developing child. By 2 years, the child holds a glass securely and takes food into

his mouth on a spoon.<sup>4, 6</sup> He is not yet completely continent and requires a great deal of assistance and supervision in bathing and dressing. By 3 years, he feeds himself and can even pour from a pitcher. Nights of wetness occur, and supervision of going to toilet is required in managing clothes and in self-cleansing. The 3½-year-old child is generally dry at night. By 4 years, he uses the toilet independently, though he may still require occasional supervision. Between 4 and 5 years, he requires only general supervision in bathing and dressing. The parallel with the order of return for the elderly disabled patient is evident and suggests that common biological mechanisms underlie the two kinds of progression.

Anthropology provides independent confirmation of the biological primacy of the functions which comprise the Index. Here again, a distinction is evident between vegetative and culturally learned functions.<sup>8-10</sup> All peoples, primitive and advanced, develop self-regulation of feeding and elimination as requirements for survival. They also develop independent locomotion, moving from one place to another to adapt themselves and their environments to their needs. Bathing and dressing, however, are not necessities of day-to-day physiological functioning, as evidenced by the habits of children of primitive people and adults of the most primitive groups.<sup>8-10</sup> Modified forms of bathing and dressing are, nevertheless, performed regularly and universally even by primitive peoples, as in the ritual bath and the use of loincloth, headdress, body string, arm band, necklace, mask, and fur.<sup>8-10</sup> The cultural significance of bathing and dressing is emphasized by the symbolic and ceremonial use of dress to express strength, rank, courage, and sexual maturity, and by the practice of bathing to clean away evil.<sup>8, 10</sup>

The data presented in this paper indicate that the pattern of recovery from a disabling illness in later life parallels the primary development of function in the child. It might also be hypothesized that, just as there is an orderly pattern of development, there is an ordered regression as part of the natural process of aging. It seems reasonable that loss of function would begin with those activities which are most complex and least basic, while those functions which are most basic and least complex could be retained to the last. Limited observations made in the course of the studies reported here have tended to confirm this prediction. All of the subjects, however, had developed illness or disability before entering the studies, and elucidation of the natural patterns of deterioration would require a prospective study of "well" old people. The Index does provide an objective approach to such a study of the aging process if one considers aging as a composite of a number of deteriorating physiological functions. Such a study might lead to the fulfillment of Gessell's prediction that "the laws of

association will some day be reformulated in terms of the biology and physiology of development."<sup>11</sup>

#### Practical Significance

The Index lends itself to several practical applications, some of which have already been tested, while others remain to be explored.

As one of a set of measures from which prognostic predictions can be made, the Index has proved to be a useful means of describing the patient's functional level at the time of onset of an illness such as fracture of the hip.<sup>2</sup> Such predictions make it possible to avoid prolonged therapeutic efforts in situations where the outcome is unlikely to be successful. A second important use which may be made of the Index is as a measure for comparing treatment and control groups in studies of the efficacy of treatment.<sup>3</sup>

As a tool in the practice of medicine, nursing, and rehabilitation, the Index offers a measure of desired objectivity which appeals to the practitioner because of its relevance to the patient's problems. A physician might hesitate, for example, to hospitalize a patient with rheumatoid arthritis who shows only low-grade disease activity by the usual clinical indices, since there is little rationale for using expensive hospital facilities to try to reduce already minimal signs and symptoms. An evaluation of the same patient in terms of the Index of ADL, however, focuses attention on functional deficits of major importance to the patient which could be improved by physical therapy and other means. The patient who is able to bathe and dress himself and transfer independently requires much less assistance from his family or attendants than one who is limited in these spheres.

The Index is also useful to the practitioner as a guide to progress and treatment. A patient, for example, who has had a cerebrovascular accident may not have access to physical therapy and rehabilitative services until several weeks after the onset of illness. Although there may be little likelihood of major recovery of neurologic function at this stage, intensive efforts to make more effective use of the remaining function might still result in important gains in activities of daily living. Evaluation of these activities by the Index can establish the status of the patient at the point of instituting therapy, can guide progress during therapy, and can identify the point of maximum hospital benefit.

In a modified form, the Index is used by the nursing and medical staff for recording and evaluating the functional level of patients at the Benjamin Rose Hospital. The fact that the Index is objective and based on physiological principles has also made it a useful device for teaching house officers and nursing students.

Dependence with regard to a single function, going to toilet, has been shown to be an indicator of over-all performance, dividing subjects into

groups that require significantly different amounts of assistance. The presence of dependence in going to toilet has already been used as a simple indicator of major physical need in the development of the Index of Independence in Socioeconomic Functioning, an index that combines measures of productivity, resources, and needs.<sup>12</sup>

Physicians and society as a whole recognize ever more keenly that the increase in the ranks of the aged brings with it increased responsibility for care in a group characterized by great dependency. Those who give care try to decrease dependency whenever possible on the premise that independence helps to sustain physical, emotional, and social strength. Independence in activities of daily living is important to such well-being and may, in fact, be a basic component in any definition of health of the aged. The measure described in this paper focuses attention on activities of daily living. It offers a means of making quantitative assessments of illness and the effects of illness, as well as providing additional means for studying the aging process.

#### Summary

A measure of function applicable to the elderly and the chronically ill has been developed from observations made on patients with prolonged illness. This measure, known as the Index of Independence in Activities of Daily Living (Index of

ADL), has been standardized and applied to the evaluation of a total of 1,001 individuals in various institutional and community settings.

Comparison of the elements of the Index and their inherent order with independent descriptions of childhood growth and development and with the behavior of primitive peoples suggests that the Index is based on primary biological and psychosocial functions. In an ordered fashion, the Index reflects the level of neurological and locomotor activity in primary phylogenetic functions as they are influenced by environmental and cultural forces. Individual grades of the Index can be thought of as "final common path" expressions that describe the adequacy of organized neurological and locomotor response of the organism.

The Index is proposed as a useful tool in the study of prognosis and the effects of treatment, as a survey instrument, as an objective guide in clinical practice, as a teaching device, and as a means for gaining more knowledge about the aging process.

Benjamin Rose Hospital, 2073 Abington Rd, Cleveland 6 (Dr. Katz).

The staff of Benjamin Rose Hospital assisted in the study. Drs. Austin B. Chinn and Alexander P. Orfirer, suggested interpretations for the Index.

This study was supported by a research grant made to Western Reserve University School of Medicine by the US Public Health Service for an interdisciplinary program in aging research.

#### References

1. Staff of The Benjamin Rose Hospital: Multidisciplinary Studies of Illness in Aged Persons: II. A New Classification of Functional Status in Activities of Daily Living, *J Chronic Dis* 9:55-62, 1959.
2. Staff of The Benjamin Rose Hospital: Multidisciplinary Studies of Illness in Aged persons: III. Prognostic Indices in Fracture of Hip, *J Chronic Dis* 11:445-455, 1960.
3. Katz, S., et al: Multidisciplinary Studies of Illness in Aged Persons: VI. Comparison Study of Rehabilitated and Nonrehabilitated Patients with Fracture of the Hip, *J Chronic Dis* 15:979-984, 1962.
4. Gesell, A., and Ilg, F. L.: *Infant and Child in Culture of Today*, New York: Harper & Brothers, 1943, pp 98-233.
5. Mussen, P. H., and Conger, J. J.: *Child Development and Personality*, New York: Harper & Brothers, 1956, pp 81-104, 110-111.
6. Gesell, A.: *First Five Years of Life*, New York: Harper & Brothers, 1940, pp 13-51, 242-248.
7. Almy, M.: *Child Development*, New York: Henry Holt, 1955, p 157.
8. Murdock, G. P.: *Our Primitive Contemporaries*, New York: Macmillan Co., 1934, pp 56, 170-172, 270, 342.
9. Miller, N.: *Child in Primitive Society*, New York: Brentano's, 1928, pp 110-128, 196.
10. Warner, W. L.: *Black Civilization*, New York: Harper & Brothers, 1937, pp 325-338, 475-483.
11. Gesell, A.: *Studies in Child Development*, New York: Harper & Brothers, 1948, p 55.
12. Staff of The Benjamin Rose Hospital: Multidisciplinary Studies of Illness in Aged Persons: V. New Classification of Socioeconomic Functioning of Aged, *J Chronic Dis* 13:453-464, 1961.

**H**OW ARE CONTACT LENSES OBTAINED?—The best place to get contact lenses is from an ophthalmologist who fits them. If one is available, there is no problem. If none is available, the best solution is to have an ophthalmologist recommend a technician who will fit the lenses under the ophthalmologist's supervision. We do not advise any other way of getting them. More and more ophthalmologists have been acquainting themselves with the fitting of contact lenses, and it has become a standard part of the training of eye residents. Therefore, in the near future the problem will no longer exist. The referral of a patient to a technician who fits lenses without continuing direct medical supervision is not in the best interests of the patient or of the referring doctor who, after all, bears the ultimate legal responsibility.—Feldstein, M.; Barnert, A.; and Agatston, H.: Recent Advances in Medicine and Surgery, *New York J Med*, May 15, 1961.