



9. Altersbericht der Bundesregierung

Stefanie Richter

Armutsriskien im Kontext von Übergang ins und Leben im Heim

Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung, 2025

Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung

Herausgegeben von

Silke Migala, Christine Hagen und Frank Berner

unter Mitarbeit von Angela Braasch

Inhaltsverzeichnis

1	Gegenstand der Expertise	2
2	Aktuelle Situation und Entwicklungen in der stationären Langzeitversorgung	2
3	Datengrundlage	4
4	Ausgewählte Phänomene.....	4
4.1	Erlebte Zukunftsunsicherheit als unterschwellige Belastung und Verunsicherung	4
4.2	Heimübergänge und Risiken.....	6
5	Kurzportrait Frau Gruber – Aufschichtung und Verschränkung von Ungleichheitsdimensionen und Folgen für Entscheidungs-, Gestaltungs- und Teilhabechancen im Alter	7
5.1	Kurzportrait	7
5.2	Analytischer Kommentar	9
6	Abschluss	10
7	Literaturverzeichnis	12

1 Gegenstand der Expertise

Die Expertise befasst sich mit der Situation von älteren und hochaltrigen Menschen in der stationären Langzeitversorgung, die im Zuge eines Heimübergangs nicht nur Verluste ihrer Alltagsroutinen, gewohnten Lebenswelt und sozialen Bezügen erleben, sondern die aufgrund der mit dem Leben im Heim verbundenen Kosten(steigerungen) in eine prekäre Lebenslage geraten. Menschen im Heim trifft das Risiko einer „pflegebedingten“ Verarmung häufiger als in der Häuslichkeit. Diese Entwicklungen können pflege- und institutionell bedingte Verlusterfahrungen von Autonomie, Selbständigkeit und Teilhabe im Zuge des Übergangs und Lebens im Heim verschärfen.

Nach einer einführenden Darstellung der aktuellen Situation und Entwicklungen älterer und pflegebedürftiger Menschen in der stationären Langzeitversorgung werden auf Grundlage einer ethnographischen Studie zum Älterwerden und Leben mit chronischen Erkrankungen im Alter ausgewählte Phänomene beschrieben. Dabei wird das Erleben von Unsicherheiten und schwierigen Lebenslagen besonders im Kontext von Übergang und Leben im Heim in den Blick genommen. Anhand des komprimierten Fallportraits von Frau Gruber¹ werden die Verschränkungen diverser Dimensionen und Prozesse deutlich, die sich bereits im Leben abzeichnen und die in einem umfassenden Erleiden im Zuge des fremdbestimmten Heimübergangs und der erlebten Armut im Heim gipfeln.

2 Aktuelle Situation und Entwicklungen in der stationären Langzeitversorgung

Das erste Kapitel gibt einen allgemeinen Einblick in die Entwicklungen und Lebenslagen der Menschen im Pflegeheim.

Der Bedarf an Pflegeheimplätzen wächst kontinuierlich trotz des Ausbaus ambulanter Strukturen

Ende 2021 lebten zirka 800.000 pflegebedürftige Menschen in der stationären Langzeitversorgung (DESTATIS 2024a). Das sind zirka 16 Prozent der nach SGB XI pflegebedürftigen Menschen in Deutschland (ebd.). Die Zahl der Pflegeheime ist in den letzten Jahren kontinuierlich angestiegen, z. B. von 11.634 (2009) auf 16.115 (2021) (DESTATIS 2024b). Der Zuwachs an Heimplätzen für Dauerpflege betrug von 1999 bis 2019 41,1 Prozent (Rothgang, Müller 2021: 103). Die Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes (DESTATIS 2023) prognostiziert einen weiteren Anstieg der Zahl der pflegebedürftigen Menschen in der stationären Langzeitversorgung.

Im Pflegeheim leben vor allem hochaltrige Menschen mit einem komplexen Versorgungsbedarf

2021 waren rund 72 Prozent der Heimbewohner*innen 80 Jahre und älter. Die 90-Jährigen und Älteren machten mit 212.878 Personen die größte Altersgruppe aus (DESTATIS 2022: Tab. 1.2). Die Bewohner*innen zeigen einen hohen Grad an Pflegebedürftigkeit und Funktionseinbußen. 2021 waren rund 80 Prozent mit dem Pflegegrad 3-5 eingestuft (DESTATIS 2024a).

Die Präferenzen für einen Heimübergang sind in der Bevölkerung niedrig

In der (älteren) Bevölkerung bestehen Vorbehalte gegenüber dem letzten Lebensabschnitt in einem Pflegeheim, denn lediglich 5 Prozent der Bevölkerung präferieren bei Pflegebedarf eine Versorgung im Heim (Haumann 2020). Schwind und Jahn (2021) beobachten bei geriatrischen Patient*innen negative Assoziationen und Ängste vor einem Umzug in ein Pflegeheim.

¹ Alle personenbezogenen Angaben wurden anonymisiert.

Die Entscheidung und der Übergang finden häufig ungeplant und direkt im Krankenhaus statt

Übergänge in ein Heim finden häufig plötzlich, ungeplant und direkt vom Krankenhaus aus statt. Schneekloth et al. (2017) beobachten eine kontinuierliche Zunahme der direkten Übergänge von einem Krankenhaus beziehungsweise einer Übergangseinrichtung in ein Heim. 2016 wären lediglich 52 Prozent der Bewohner*innen „ohne unmittelbar vorangegangenen Krankenhausaufenthalt“ (ebd.: 245) in ein Heim übersiedelt. Studien verweisen darauf, dass die betroffenen Menschen häufig nur bedingt bis gar nicht in die Entscheidungsfindung einbezogen werden (z. B. Grau et al. 2015, Skudlik et al. 2023, Richter 2020).

Der Heimübergang erhöht Risiken einer Abhängigkeit von Sozialleistungen

Mit dem Leben und der Pflege im Heim sind für die betroffenen Menschen anteilig Kosten für Pflege, Unterkunft, Verpflegung, Investitionen und Ausbildung verbunden. 2021 bezogen 36,80 Prozent der Bewohner*innen Hilfen zur Pflege nach SGBXII (Rothgang et al. 2023: 30). Ihr Einkommen und Vermögen genügen nicht, die Kosten zu decken. Sie verfügen über wenig Spielraum, sich Dinge des täglichen Bedarfs zu leisten. Prognosen zeigen, dass trotz politischer Bemühungen (Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz, GVWG) der Eigenanteil und die Sozialhilfequote weiter steigen und die „pflegebedingte Verarmung“ (ebd.: 31) sich fortsetzen wird. Somit ist ein Heimübergang für viele Menschen nicht nur mit Einschnitten und Veränderungen in ihrem Alltag verbunden. Sie sind zudem mit dem Risiko einer Abhängigkeit von Sozialhilfeleistungen konfrontiert, die zu (weiteren) Einschränkungen ihrer Entscheidungs-, Gestaltungs-, Teilhabechancen führen kann (Richter 2023:2).

Förderliche Faktoren für ein Ankommen und Leben im Heim

Internationale Studien zeigen, dass die Qualität des Übergangs und Lebens im Heim von Einflussfaktoren bestimmt wird wie a) Ausmaß der ausgeübten Kontrolle über die Übergangsentscheidung, b) Aufrechterhaltung der Autonomie, also der Selbstbestimmung und Wahlfreiheit ohne Einfluss und Zwang anderer, c) Aufrechterhaltung bedeutender sozialer Beziehungen, d) Stabilität und Kontinuität in den Alltagsgewohnheiten, Beteiligung an Entscheidungsprozessen, e) Abschiednehmen von Dingen und von der alten Wohnung sowie die Gestaltung der neuen Lebenswelt (Richter 2020: 257ff.).

Zwischenfazit

Die Zahl der Menschen, die in ein Heim übergehen, steigt. Obwohl viele Bürger*innen eine andere Vorstellung vom Lebensende haben, sind sie im höheren Alter mit einem Übergang und Leben im Heim konfrontiert. Nicht wenige sind gefordert, neben ihren komplexen Gesundheits- und Funktionseinbußen einen ungeplanten und direkten Übergang vom Krankenhaus in ein Heim zu bewältigen und mit Verlusten von Alltagsroutinen, vertrauter sozialer, räumlicher und dinglicher Welt usw. umzugehen. Die mit dem Heimübergang verbundenen Kostensteigerungen können die Schwierigkeiten verschärfen. Mehr als ein Drittel der Heimbewohner*innen erlebt materielle Verunsicherungen und Deprivation beziehungsweise Abhängigkeit von Sozialhilfe. Die Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume sowie Teilhabechancen sind hier besonders gefährdet.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt allerdings, dass die Erlebnisperspektive der Heimbewohner*innen und ihre Lebenswirklichkeit in Deutschland nur unzureichend untersucht ist (Richter 2023: 1; Skudlik et al. 2023), insbesondere was Ungleichheit und Teilhabe betrifft (Richter 2023). Die Neunte Altersberichtscommission hat die Autorin beauftragt, ausgewählte Erkenntnisse ihrer Studie mit dem Fokus auf das Erleben und die Konstellationen von prekären Lebenslagen im Heim anhand eines gemeinsam ausgewählten Fallportraits darzustellen und zu kommentieren.

3 Datengrundlage

Ausgangspunkt ist eine ethnographische Studie zum Älterwerden und Leben mit chronischen Erkrankungen im Alter. Im Mittelpunkt steht die Lebenswelt älterer, chronisch erkrankter Menschen und die sozio-biographische, soziale und strukturelle Einbettung von Entwicklungs- und Bewältigungsprozessen. Im Ergebnis wird eine datengestützte Theoriegenerierung im Sinne der Grounded Theory (Strauss 1994) und der Narrationsanalyse (Schütze 2016) angestrebt. Das Design und der Forschungsprozess sind ausführlich beschrieben in Richter 2023.

Datengrundlage sind 35 autobiographisch-narrative Interviews mit Menschen mit mindestens einem dauerhaften Gesundheitsproblem, zwischen 57 und 94 Jahren in unterschiedlichen Wohn- und Lebenssituationen in Ost- und Westdeutschland sowie Memos, Feldprotokolle und dichte Beschreibungen der Interviewsituation und des Settings. 16 der 35 Interviews fanden in fünf Pflegeheimen und in einer Seniorenresidenz statt. Der Feldzugang und die Interviewauswahl erfolgte in Anlehnung an das Theoretical Sampling (Strauss 1994).

In der *Globalanalyse* (Völter 2015) stellten sich der Übergang und das Leben im Heim als einschneidende Erlebnisse mit komplexen und dauerhaften Bewältigungsanforderungen heraus, so dass die erste *Mikroanalyse* auf das Erleben und die Konstellationen des Übergangs und Lebens im Heim ausgerichtet ist. In sechs Fallstudien (Fall = Einrichtung) werden die Daten mittels Narrationsanalyse unter Einbezug der dichten Beschreibungen, Feldprotokolle sowie eines historisch informierten Wissens ausgewertet und in Fallportraits zusammengeführt. Die Autorin arbeitet zurzeit an den Fallvergleichen und bereitet eine Buchpublikation vor.

Bereits in der Globalanalyse kodierte die Autorin *Phänomene* wie ‚Zukunftsunsicherheit‘, die sich bei Menschen in unterschiedlichen Milieus und Wohnsituationen zeigte, sowie ‚prekäre Lage im Heim‘. In der Mikroanalyse wurden diese Themen erneut sichtbar, ohne dass sie Gegenstand von Fragen waren. Die Autorin hat daher die Codes ‚Zukunftsunsicherheit‘ und ‚prekäre Lage im Heim‘ vertiefend analysiert und in einer Publikation beschrieben (Richter 2023). Hieraus werden nachfolgend unter Bezugnahme auf das Originalmaterial ausgewählte Erkenntnisse und ein Fallportrait präsentiert. Das Fallportrait wurde mit Kommissionsmitgliedern als exemplarisch ausgewählt. Die Darstellung ist stark komprimiert, da das Portrait 30 Seiten umfasst. Alle Angaben sind anonymisiert.

4 Ausgewählte Phänomene

4.1 Erlebte Zukunftsunsicherheit als unterschwellige Belastung und Verunsicherung

Sowohl bei Menschen in der Häuslichkeit als auch in einer Wohnresidenz oder im Pflegeheim wird wiederkehrend eine *erlebte Zukunftsunsicherheit* im Hinblick auf die Finanzierung ihres Lebens deutlich. Betroffen sind nicht nur diejenigen, die über niedrige Einkommen und keine Ersparnisse verfügen, sondern auch ältere Menschen, die ‚objektiv‘ als mit ausreichend Einkommen betrachtet werden. *Sie erleben eine Verunsicherung, ob ihr verfügbares Geld angesichts eines erlebten beziehungsweise antizipierten Kostenanstiegs bis zum (unklaren) Lebensende ausreicht.*

Die erlebte Zukunftsunsicherheit speist sich aus verschiedenen *Dimensionen* wie:

- ein Wissen um begrenzte Rente und Ersparnisse
- ein Erleben steigender Lebenshaltungskosten
- ein Wissen um das Risiko von möglichen Kosten infolge von Gesundheitseinbußen und Pflegebedürftigkeit

- eine Ungewissheit über die verbleibende Lebenszeit und (weitere) eintretende Gesundheitsprobleme
- biographische und soziale Hintergründe, die Ängste befördern (wie z. B. in früheren Lebensphasen erlebte und bewältigte materielle Armut oder Lebensgrundsätze der Unabhängigkeit) (vgl. Richter 2023: 5).

Diese *diffuse Unsicherheit* kann z. B. selbstaufgelegte Beschränkungen, Vermeidung von Kosten, sozialen Rückzug oder eine kritische Lebensrückschau nach sich ziehen und sich auf das Gesamtbefinden auswirken. Nachfolgend zwei Beispiele für ältere Menschen, die gegebenenfalls weniger in den Blick geraten, da sie ‚objektiv‘ als ausreichend abgesichert gelten².

Herr Kipp, 87 Jahre alt, verwitwet und ohne Familie lebt zurückgezogen in einer Mietwohnung („Ganz selten, ganz selten, so gut wie nie, dass jemand mal kommt wie sie“ (IT2: 1: 08:49-1:08:55)³). In seiner Erzählung kommt zum Ausdruck, dass er unter unverarbeiteten Kriegstraumatisierungen und wiederkehrender Deprimiertheit leidet, dass ihm die soziale Umwelt, der Zeitgeist zunehmend fremd werden und er sich einsam fühlt. Seit über 40 Jahren lebt er in seiner vertrauten Wohnung. Er sorgt durch körperliche Ertüchtigung, Selbstdisziplin und Notfallknopf vor, nicht ‚hinfällig‘ zu werden und in ein Heim gehen zu müssen. Mit dem Pflegeheim verbindet er Bilder des Abgeschobenseins und der Vernachlässigung, die aus der Begleitung seiner Frau am Lebensende resultieren. Er habe als Techniker in der Industrie sehr gut verdient. Als junger Mann im Nachkriegsdeutschland habe er etwas erleben wollen und wenig an Rente und Rücklagen gedacht. Im Ruhestand habe er anfänglich gut von der Rente leben und sich Ausflüge leisten können.

„Aber das hat sich so verschlechtert //l: hmh// dass ich jetzt muss ich mich sogar schon ein bisschen zurückhalten damit ich um die Runden komm //l: hmh// ich muss alles alleine bezahlen [...] ich komme aus //l: hmh// aber ich muss mich (.) doch ein bisschen eh (.) überlegen //l: hmh// Geld auszugeben. (IT1: 5:10:11-5:10:45) [...] Das ist mein größter Wunsch, dass ich meine Wohnung halten kann. Aber nun ist das so, dass ja nun alles viel, alles teurer geworden ist.“ (IT2: 1:06:51-1:07:01)

Herr Kipp erlebt im fortgeschrittenen Alter Verunsicherungen infolge der steigenden Kosten. Er versucht seinen Standard durch verminderte Ausgaben zu sichern. Er ist beunruhigt, ob er sich seine vertraute Wohnwelt zukünftig noch leisten kann. Diese Unsicherheit trifft auf ein wachsendes Unbehagen an der Welt sowie auf Gefühle von Vereinsamung, Deprimiertheit und Angst vor einem Heimübergang.

Frau Baldauf ist 85 Jahre alt und nach dem Tod ihres Gatten vor sieben Jahren in eine ‚gehobene‘ Residenz gezogen. Sie hat keine Kinder und wollte sich gut versorgt wissen. Sie verfügt über Witwenrente und Ersparnisse. Sie habe das „kostengünstigste“ Appartement gewählt, aber die Miete deckt nur einen Teil ihrer Kosten ab. Sie müsse z. B. Service und die Mahlzeiten im Restaurant bezahlen. Sie erlebt, wie andere aufgrund des Pflegebedarfs und der steigenden Kosten ausziehen und in ein Heim übersiedeln müssen. Ihre Funktionseinbußen (70 % Behinderung, Pflegestufe 1) machen ihr Sorgen. Sie erlebt anhaltend Kostensteigerungen und meint:

„Aber ich mache es mit Ach und Krach. Ich kriege ja- ich lass mir ja meine Pflegestufe auszahlen //l: hmh// und alles- alles zusammen. [...] jede Hilfe muss

² Transkriptionshinweise: l: – Interviewerin; Unterstreichung – auffällige Betonung; (.), (..), (...), (4. Sek.) – Pausen; [...] – ausgeschnittene Passage

³ Angabe der zitierten Passage in der Aufnahme; Lesehinweis: IT1/IT2 – Interviewteil 1/ Interviewteil 2; h:min:sek

ich extra bezahlen [...] vermeide jedes Geld was ich vermeiden kann.“ (IT2: 3:12:03-3:16:10)

Sie meidet z. B. das Abendessen oder Veranstaltungen im Haus, sie scheut Arztbesuche, denn sie muss den Begleitdienst und für Rezepte zahlen, so dass sie Medikamente „solange strecke wie nur möglich“ (IT2: 3:22:24-3:22:27). Sie erlebt wiederholt Niedergeschlagenheit:

„Ich meine, Depressionen habe ich schon, häufig //I: hmh// das ist immer dasselbe Thema was viele hier haben eben die wahnsinns Angst bloß nicht ins Pflegeheim zu kommen, bloß nicht hilflos zu werden. [...] denn natürlich denkt man immer, wenn man irgendwie, wenns, aber man weiß ja nie wanns so weit ist und so. //I: hmh hmh// Man würde schon lieber, man würde dann schon lieber was schlucken oder was //I: hmh// das man gleich weg ist.“ (IT2: 3:28:14-3:29:05)

Frau Baldauf kann sich das Leben im ‚gehobenen‘ Setting noch leisten, jedoch erlebt sie die Kostensteigerungen als belastend und bedrohend, auch aufgrund ihrer wachsenden Hilfebedürftigkeit. Sie bestreitet die Grundmiete über Rente und Pflegegeld und lebt ansonsten von begrenzten Ersparnissen. Sie vermeidet also Kosten und zieht sich zurück. Ihre soziale Teilhabe ist beschränkt. Es bestehen Risiken der ‚Unsichtbarkeit‘ von Funktions- und Gesundheitseinbußen, z. B. weil sie seltener zu Ärzt*innen geht oder ihre Hilfebedürftigkeit aus Angst vor den Kosten beziehungsweise einem unerwünschten Heimübergang nicht thematisiert. Ihren „Depressionen“ liegen vielfältige Belastungen zugrunde (ausführlich in Richter 2023: 3).

4.2 Heimübergänge und Risiken

In den Fallanalysen wird deutlich, dass der Übergang – unabhängig davon, ob er geplant oder ungeplant, selbst- oder fremdbestimmt initiiert wird – sich als ‚*biographischer Bruch*‘ darstellt. Der Lebensalltag, die Lebenswelt und die sozialen Bezüge sind nicht mehr die gewohnten, und die betroffenen Menschen müssen sich auf eine institutionalisierte Welt mit fremden Menschen unterschiedlichster Milieus einstellen. Der ‚Bruch‘ mit den Selbstverständlichkeiten erfordert Ressourcen, über die die betroffenen Menschen aufgrund ihrer vulnerablen Gesamtkonstitution weniger verfügen, zumal die institutionellen Rahmenbedingungen gewohntes Handeln begrenzen können. Das *Erleben eines Kontrollverlustes über das eigene Einkommen, einer Unsicherheit bezüglich der Bezahlbarkeit der (unkalkulierbar ansteigenden) Eigenanteile, einer (plötzlichen) Abhängigkeit von Familie beziehungsweise Grundsicherung durch den Staat oder einer ‚Zuweisung‘ von „Taschengeld“* kann das Leben im Heim weiter erschweren. Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume, soziale Teilhabe und Eigenständigkeit sind bereits gesundheits- und institutionsbedingt eingeschränkt und geraten hierdurch einmal mehr in Gefahr (Richter 2020, 2022, 2023).

Menschen siedeln allerdings nicht nur in ein Heim über aufgrund einer komplexen Pflegebedürftigkeit oder Vorstellung, sich gut in einem Heim versorgt zu wissen. Die Fallanalysen zeigen, dass *strukturelle Probleme* (z. B. Versorgungsmängel, kürzere Liegezeiten im Krankenhaus und fehlende Anschlussbehandlungen beziehungsweise Unwissenheit über ambulante Alternativen) und *Finanzierungsgrenzen* (z. B. fehlende Mittel für Wohnungsanpassung, Inanspruchnahme von Service usw.) einen *Heimübergang evozieren können*⁴ (Richter 2023: 3). Das ausgewählte Fallportrait

⁴ In repräsentativen Erhebungen wäre zu prüfen, inwiefern Menschen, die sich bereits in der Häuslichkeit in finanziell prekären Lebenslagen befinden und über weniger soziale Ressourcen verfügen, häufiger und früher in ein Heim übergehen als diejenigen, die sozial und materiell besser abgesichert sind.

(Kap. 5) zeigt, dass diverse Dimensionen und Prozesse mehr oder weniger sichtbar ineinandergreifen und einen Übergang und ein Bleiben im Heim erzwingen.

Übergänge bergen – wie beschrieben – *Risiken des Verlusts finanzieller Autonomie*, des Erlebens von Deprivation, Unsicherheit und weiteren Abhängigkeiten, wenn Rente und Ersparnis den Eigenanteil (absehbar) nicht decken (können). Bewohner*innen, die ihr Leben bisher eigenständig bestritten haben, sind im höheren Alter plötzlich auf Fremdhilfe von Angehörigen, auf Sozialhilfe und monatliche Budgets von ca. 100 € angewiesen (ein sogenanntes ‚Taschengeld‘). Bei Professionellen und Bewohner*innen ist zu beobachten, dass „Taschengeld“ zur Alltagssprache gehört und Bewohner*innen berichten, sich dieses ‚abholen‘ zu müssen („Kriegen wir auch nicht einfach so – müssen wir verlangen“). Darin kommt eine *Normalisierung strukturell bedingter Abhängigkeiten, Asymmetrien und begrenzter Handlungsspielräume sowie eine Infantilisierung* zum Ausdruck.⁵ Zudem scheinen Rechtsansprüche intransparent zu sein und die Kontrolle über das eigene Geld an ‚andere‘ überzugehen (Richter 2023: 4).

In den Analysen wird ein breites Spektrum an prekären Lebenslagen in den Heimen deutlich, die zum Teil unter dem ‚Radar‘ des SGB XII bleiben, die individuell erlebt, interpretiert und verarbeitet werden und die Menschen unterschiedlicher Milieus und Bildungshintergründe betreffen (beschriebene Fälle in Richter 2023).

5 Kurzportrait Frau Gruber – Aufschichtung und Verschränkung von Ungleichheitsdimensionen und Folgen für Entscheidungs-, Gestaltungs- und Teilhabechancen im Alter

Mit Mitgliedern der Sachverständigenkommission des Neunten Altersberichts wurde das Fallportrait von Frau Gruber für eine detailliertere Darstellung ausgewählt. Zwar ist Frau Gruber zum Zeitpunkt des Übergangs und Interviews mit Mitte 70 deutlich jünger als die anderen interviewten Menschen in den Einrichtungen, allerdings steht ihr *Fall exemplarisch* a) für die Aufschichtung und Verschränkung von Ungleichheitsdimensionen und das Wechselspiel zwischen historischen, gesellschaftlichen, sozialen und biographischen Konstellationen im Lebensablauf und b) für einen strukturell bedingten Übergang und ‚Zwang‘ zum Bleiben, obwohl Frau Gruber in die Häuslichkeit und Eigenständigkeit zurückkehren könnte und c) für die Verschärfung der Folgen sozialer Benachteiligung.

Das Heim befindet sich in einer Plattenbausiedlung mit wenig Infrastruktur und Grünflächen in unmittelbarer Nähe. Das Stadtzentrum ist mit längerer Fahrt und Umsteigen via ÖPNV zu erreichen. Das Zimmer wirkt sparsam eingerichtet, fast schon unpersönlich. Lediglich die Anbauwand mit einigen Vasen, Kommode und Fernseher mit Fernsehtisch sind Gegenstände ihrer alten Lebenswelt. Im Heim leben überwiegend Menschen mit erheblichem bis umfangreichem Pflege- und Betreuungsaufwand.

5.1 Kurzportrait⁶

Frau Gruber wächst in prekären Familienverhältnissen und in einer kriegsgeprägten Zeit in einer Großstadt mit Erlebnissen im Luftschutzkeller und Spielen zwischen Ruinen auf. Die Mutter verstirbt früh. Der Vater ‚gibt‘ sie in eine Pflegefamilie, von dort gelangt sie in ein Heim, in dem offenbar alte Erziehungsmethoden fortbestehen. Sie ist früh auf sich selbst gestellt und erlebt sich rückblickend als

⁵ Anzumerken ist, dass selbst Sozialforscher*innen wiederkehrend in Studien und Publikationen – offenbar unkritisch – von „Taschengeld“ im Heim sprechen und damit eine entsprechende Asymmetrie reproduzieren.

⁶ Das Fallportrait umfasst im Original 30 Seiten und ist das Ergebnis einer umfassenden Erzählstrukturanalyse und Triangulation mit Feldprotokollen, dichten Beschreibungen und historisch informiertem Wissen.

„ja war=n, richtig rumgestoßenet Kind wa“ (832-833)⁷. Sie absolviert Volksschule und eine Hauswirtschaftslehre und sorgt mithilfe einer Fürsorgerin dafür, mit achtzehn ungelernt Arbeit in einer Fabrik und darüber einen Einstieg in ein eigenständiges Leben mit Wohnung, Beruf und Freizeit in der DDR zu finden. Sie arbeitet in Schicht und Akkord, selbst als Alleinerziehende mit einem behinderten Sohn. Sie kümmert sich um sein Wohlergehen. Sie erlebt jedoch wiederkehrend Ohnmacht gegenüber ‚Autoritäten‘ in Klinikkontexten. Als der jugendliche Sohn in eine stationäre Langzeitversorgung kommt, nutzt sie die Chance, auf der Station als Hilfskraft zu arbeiten und über den Tod des Sohnes hinaus junge Menschen mit Behinderung dort zu versorgen. In dieser Zeit erleidet sie offenbar einen Herzinfarkt, der erst Tage später diagnostiziert wird. Die Hausärztin habe ihre Schilderungen nicht ernstgenommen, sie nachhause geschickt.

Mit dem Systemzusammenbruch 1989 wird ihre Anstellung in den Folgejahren unsicher, sie geht in den Vorruhestand. Sie möchte nicht arbeitslos werden. Mit einer kleinen Rente fühlt sie sich in ihrer Einzimmerwohnung wohl und pflegt den Kontakt zu zwei älteren Nachbarinnen. Sie haushaltet, um sich etwas Schönes leisten zu können:

„ick bin eher mal losjejang, ach, is ja o:ch schön Wetter regnet nich [...] fährt=e einfach mal [...] da hab ick immer hübsche Pullover jekricht [...] jeh einfach los, Jeld jezählt Miete Miete, is allet abjebucht, also allet wat sein muss dit war abjebucht //l: hm// na ja Essen na=ja is jut (..) e:ne Stulle oder so mal is doch, ach fährt=e einfach ma, fuffzich Euro haste übrich und da ko:fst da wat für //l: hm// Pullover oder Unterwäsche oder=n Rock oder“. (1140-1150)

Anfang 70 erschweren Funktionseinbußen den Alltag. Auf Rat der Nachbarin vereinbart sie Serviceleistungen mit einem Pflegedienst, ohne die Kosten zu überblicken. Wenig später stürzt sie und muss im Krankenhaus operiert werden. Auf der Intensivstation erlebt sie: „na und da saß ick immer, wie=n wie=n wie ein ke:ner hat=m-, Mann ke:ner hat mit mir jesprochen [...] Plüschsessel n jans ollet Ding“ (443-447). Ihre Schmerzen werden Tage später auf einer anderen Station registriert. Sie hat einen Dekubitus, der zu behandeln ist. Sie erlebt, wie sie gegen ihren Willen bleiben muss:

„ick ja dajegen jesprochen, ick hab jesacht nee ich möcht nach Hause [...] nee, ick sach na ick möchte aber //l: hmhm// ick will ja nich hier bleiben //l: hmhm// nee wir lassen Sie nicht, dit Loch is zu tief und dit müssen wa behandeln //l: hmhm// also dit jing nich, ick konnte sagen wat ick wollte //l: hmhm// nee, jetzt bleiben Se hier [...] die ham ma einfach nich jelassen“. (313-319)

Die über achtzigjährige Nachbarin ist die einzige Bekannte, die sie besucht und die offenbar in die Initiierung des Heimübergangs involviert ist. Frau Gruber erinnert: „na ja und da ham die dit allet so in die Weje jeleitet [...] aber ick wollt ja nich hier rein [...] ick sach Mensch ick will eigentlich ja nich sach ick //l: hmhm// und ich hab jedepert“ (163-168). Sie kommt nach ca. drei Monaten vom Krankenhaus direkt in ein Pflegeheim, sie kann nicht zurück in ihre Wohnung und nicht wählen, was sie mitnimmt. Die Wohnung wird aufgelöst: „hatte meine Nachbarin irgendwo an Mann jebracht [...] oder wat wegjeschmissen direkt in de Müllabfuhr o:ch wat weg kann“ (281-283). Ihre wenigen Ersparnisse werden jetzt für neue Einrichtungsgegenstände aufgebraucht. Zudem ist ein Teil der Kosten für die Haushaltshilfen nicht bezahlt, sie hat 400 € Schulden. Das erste halbe Jahr muss sie mit einer hochaltrigen, demenziell erkrankten Frau das Zimmer teilen, was sie zusätzlich belastet. Sie möchte wieder zurück „wär ick am liebsten, (.) wieder, (.) rausjejang (...) ja dit is (4 Sek.)“ (226). Mit dem Einzug wird Sozialhilfe beantragt und sie erhält ein „Taschengeld“, von dem sie sich wegen ihrer Schulden nichts mehr leisten kann:

⁷ Angabe der Passage im Transkript in der Form der Zeilennummerierung.

„neunzig Euro bleiben mir [...] und davon soll ick denn nu noch, abzahn [...] jetzt kann ick mir na nüscht mehr leisten nüscht, nüscht, na Essen und Trinken hab ick ja hier na=ja Essen und Trinken, reicht ja o:ch sach ick aber ick wollt ma ja ma wat Neuet zum Anziehn wieder ma kaufen //l: hmhm// man möchte ja o:ch wieder wat Neuet ham, nich immer [...] oder ich muss mit=n Becher in=e S-Bahn jehn (..) mit=n Plastebecher [lacht leise], eine kleine Spende, oder ick muss unter de Bahnbrücke schlafen [lacht leise] (...) nee, a- da würd ick o:ch nüscht kriejen für //l: hmhm// vor allem weil ick ma=s nich traue, würd ma ja nich trauen [lacht leise] (...) ja“. (1011-1023)

Zwar weiß sie derweil, dass sie Bekleidungsgeld beantragen kann, aber ihr fehlt die Unterstützung. Die Mitarbeiterin des Heimsozialdienstes signalisiert ihr, überlastet zu sein und keine Zeit zu haben. Sie selbst sieht sich nicht in der Lage, Rechte gegenüber dem Amt einzufordern: „ick könnt da nich sprechen, wenn ick denn da rinkomm würde würde sagen na ja so und so, //l: hmhm// denn sagen se tut uns leid ick=ick würd sofort wieder jehn“ (934-936). Der Heimalltag bietet ihr kaum Abwechslung und sie fühlt sich fremd unter den älteren, hilfebedürftigen Menschen:

„na ja, is bisschen langweilig [...] jeden Monat so ne Veranstaltung da unten [...] jo, aber sonst jibst=s ja nüscht weiter [...] entweder gucken wa Fernsehen oder man jeht in Park, oder man kann hier o:ch uff de Straße [...] na ja dit sind ja o:ch eigentlich viele ältere Leute die ja nu na ja die nicht mehr so richtich da sind //l: hmhm// also mit die is ja nu ja nüscht anzufangen [...] nee sonst spielt sich nüscht ab.“ (248-268)

Eineinhalb Jahre nach dem Einzug, 75-jährig und sichtbar mobil resümiert sie:

„na ja so, manchma möcht ick schon [zurück in ihre Wohnung] //l: hm// manchma möcht ick schon (6 Sek.) denn müsst ick ja erst mal zusehn dass ick ne Wohnung krieje //l: hm// ne billje nich so teuer //l: hm// und, dann brauch ick wieder Möbel //l: hm// na (..) //l: ja// braucht ick- braucht man wieder allet, //l: hm// jeht dit nich (6 Sek.) na (10 Sek.)“. (1099-1105)

5.2 Analytischer Kommentar

Bereits in der frühen Kindheit greifen gesellschaftliche, zeitgeschichtliche und familiäre Konstellationen ineinander und erschweren die biographische Entwicklung und Entfaltung von Frau Gruber. Statt Sicherheit, emotionale Wärme und ein Gefühl des Aufgehobenseins erlebt sie Kriegsgeschehnisse, Armut zuhause mit einem frühen Verlust der Mutter und Ablehnung durch den Vater, eine Odyssee durch institutionalisierte Obhut und Erziehung. Sie lernt früh sich anzupassen, unterzuordnen, unauffällig und auf sich selbst gestellt zu sein. Ihre schulische und berufliche Entwicklung scheint durch die Institution und ein traditionelles Frauenbild bestimmt, ganz abgesehen davon, dass in der Nachkriegszeit weniger wohlwollende Einstellungen gegenüber sogenannten ‚Heimkindern und Jugendlichen‘ existiert haben. Ihre wenigen Schilderung zeugen von unwirklichen, menschenunwürdigen Situationen.

Trotz alledem gelingt es ihr, kurz vor der Entlassung mit 18 Jahren, gegen den institutionellen Entwurf (Hauswirtschaft) mithilfe einer Erzieherin eine Perspektive, in der Produktion eine Arbeit zu finden, umzusetzen und darüber ihre Eigenständigkeit abzusichern. In Schicht und Akkord zu arbeiten war für Frauen der DDR keine Ausnahme, so dass sie hier offenbar etwas Normalität erfährt. Allerdings hat die ungelernete und körperlich anstrengende Tätigkeit möglicherweise nachhaltige Folgen für ihre Gesundheit und Rentenansprüche. Sie arbeitet 27 Jahre in dem Betrieb. Zwar

engagiert sie sich alleinstehend für ihren chronisch-degenerativ erkrankten Jungen, jedoch fordert dessen Entwicklung zunehmend ihre Energie und Aufmerksamkeit. Systembedingt fehlende Förderprogramme erhöhen ihre Belastungen in der Häuslichkeit (sie übernimmt Bestückungsarbeiten und die Betreuung des Jungen zuhause). Im Zuge der stationären Betreuung des Sohns gelingt es ihr, von einer das Leben absichernden zu einer sie erfüllenden Arbeit zu wechseln, allerdings wieder als ‚Hilfskraft‘. Die jahrzehntelange Beanspruchung und ein möglicher Mangel an Selbstfürsorge und Entlastung finden einen Höhepunkt in ihrem körperlichen Zusammenbruch, einem Herzinfarkt vor dem Renteneintrittsalter. Zu erleben, nicht von der Hausärztin mit ihren Schilderungen ernstgenommen zu werden, trifft auf gewohnte Erfahrungen mit Institutionen.

Im Vergleich zu anderen Fallanalysen wird darin deutlich, dass Frau Gruber nicht über entsprechendes kulturelles und symbolisches Kapital verfügt, sich gegenüber ‚Autoritäten‘ durchsetzen beziehungsweise um von ihnen anerkannt zu werden. Zudem ist sie auf sich selbst gestellt, hat niemanden, der sich für sie einsetzt, sie unterstützt. Mit der ‚Wende‘ 1989 brechen kollektiv geteilte Sicherheiten zusammen und Frau Gruber muss für sich Entscheidungen treffen, deren Konsequenzen sie nicht überblicken kann, ganz abgesehen von den Folgen ihres Status als ‚ungelernt‘. Obwohl sie seit dem 18. Lebensjahr immer gearbeitet und alleinerziehend für ihren behinderten Sohn gesorgt hat, erhält sie eine ‚kleine‘ Rente, mit der sie zwar in der Häuslichkeit etwas Gestaltungsspielraum erlebt, die aber im Zuge des Heimübergangs unzureichend ist und sie zur Inanspruchnahme von Sozialhilfe und „Taschengeld“ zwingt.

Mit dem Sturz gerät ihr Alltagsgefüge in Gefahr und es wirken diverse Faktoren ineinander wie ihr vulnerabler Gesundheitszustand, ihre biographisch bedingte Hilflosigkeit gegenüber Professionellen sowie unzureichendes Wissen über Rechte und ambulante Angebote, Versorgungs- und Strukturmängel im Gesundheitssystem, fehlende (neutrale) Fürsprecher usw.. Frau Gruber ist nicht mehr dazu in der Lage, Entscheidungen zu treffen und sie wird auch nicht darin unterstützt. Es wird für sie ‚gemacht‘. Mit dem Übergang und dem Leben im Heim verliert sie jeglichen Kontroll- und Gestaltungsspielraum. Die Schulden, die aus ihrer Not resultieren, zuhause etwas Hilfe in Anspruch zu nehmen und nicht ausreichend über die Kosten informiert zu sein, belasten sie zusätzlich. Sie kann sich mit 75 Jahren nicht mal mehr das Nötigste für ihr Wohlbefinden leisten und dies angesichts der vielen Entbehrungen in ihrem Leben. Ihr Wunsch auf Rückkehr in die Häuslichkeit hat keine Chance. Ihre Wohnung ist aufgelöst, die Ersparnisse sind für Möbel und Schulden aufgebraucht und es gibt niemanden, der sich für ihre Bedürfnisse einsetzt. 75 Jahre jung ist sie strukturell zum ‚Bleiben‘ im Pflegeheim gezwungen.

6 Abschluss

Das Fallportrait stellt zwar einen ‚Einzelfall‘ dar, allerdings steht Frau Grubers Geschichte exemplarisch für prekäre Lebenslagen von Menschen im Pflegeheim, deren Situation bisher eher statistisch, aber weniger systematisch aus der Erlebnisperspektive erfasst worden sind. Die zu Beginn dargestellten Fakten verweisen darauf, dass immer mehr Menschen in einem fortgeschrittenen Alter und vulnerablen Gesundheitszustand in ein Heim mehr oder weniger geplant und gewünscht übergehen und mit komplexen Bewältigungsanforderungen konfrontiert sind. Die in internationaler Forschung analysierten förderlichen Konstellationen erfordern entsprechende Rahmenbedingungen und Konzepte (wie z. B. TRANSCIT Model, Groenvynck et al. 2021), die bereits Konstellationen im Vorfeld, den Entscheidungs- und Übergangsprozess, das Ankommen und den Lebensalltag sowie die Integration des Heims in das Gemeinwesen umfassen. Dabei sollte nicht außeracht gelassen werden, dass kostenbedingte Verunsicherungen und ein Erleben von (drohenden) Abhängigkeiten von Familien- oder Sozialstaatsleitungen und Mittellosigkeit die Entscheidungs-, Gestaltungs- und Teilhabechancen einmal mehr gefährden und das Selbstbild am Ende eines langen Lebens

beschädigen können. Um ein würdevolles und selbstbestimmtes Leben im Alter entsprechend der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ/ BMG 2018) zu gewährleisten, sind die Menschen im Heimkontext und die skizzierten Phänomene mehr in das Bewusstsein von Professionellen und Politik zu rücken und strukturelle Voraussetzungen zu deren Vermeidung beziehungsweise Bewältigung zu schaffen. An Frau Grubers Geschichte wird zudem deutlich, dass die Probleme nicht erst im Alter auftreten und einfach zu erklären sind, sondern dass sich im Lebensablauf diverse Ungleichheitsdimensionen aufschichten und verschränken und dass historische, gesellschaftliche, soziale und biographische Kontexte eng verknüpft sind.

7 Literaturverzeichnis

- BMFSFJ, BMG (2020) Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. 14. Auflage.
<https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93450/534bd1b2e04282ca14bb725d684bdf20/charta-der-rechte-hilfe-und-pflegebeduerftiger-menschen-data.pdf> (30.01.24).
- DESTATIS (2024a) Pflege. Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade 2021. Stand 21.Dezember 2022. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> (22.01.24).
- DESTATIS (2024b) Pflege. Pflegeheime und ambulante Pflegedienste 2021. Stand 21.Dezember 2022. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html> (22.01.24).
- DESTATIS (2023) Pflegevorausberechnung – Deutschland und Bundesländer. Berichtszeitraum 2022-2070. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/Publikationen/Downloads-Vorausberechnung/statistischer-bericht-pflegevorausberechnung-5124209229005.html> (22.01.24).
- DESTATIS (2022) Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschland 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001219005.html> (22.01.24).
- Grau, H.; Berth, H.; Lauterberg, J.; Holle, R.; Gräfel, E. (2015) „Zuhause geht es nicht mehr“ – Gründe für den Wechsel ins Pflegeheim bei Demenz. *Gesundheitswesen*. DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0035-1547301>.
- Groenvynck, L.; de Boer, B.; Hamers, JPH; van Achterberg, T.; van Rossum, E.; Verbeek, H. (2021) Toward a Partnership in the Transition from Home to a Nursing Home: The TRANSCIT Model. *Journal of the American Medical Directors Association*, 22(2): 351-356. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.09.041>.
- Haumann, W. (2020) Versorgungspräferenzen der deutschen Bevölkerung: die Option der betreuten Wohngruppe. *Z Gerontol Geriat*, 53 (6): 522–530.
- Richter, S. (2023) Erleben von Zukunftsunsicherheit, Armutsrisiken und prekären Lebenslagen im Pflegeheim. *Z Gerontol Geriat*. DOI <https://doi.org/10.1007/s00391-023-02231-x>.
- Richter, S. (2022) Übergänge und Leben im Heim. Sozio-biographische, soziale und strukturelle Dimensionen ‚gelingenden‘ Lebens im Heim. *Z Gerontol Geriat*, 55 (Supplement1): S106.
- Richter, S. (2020) Übergänge ins Heim. Bewältigungsanforderungen für ältere Menschen. In: Stecklina, G.; Wienforth, J. (Hrsg.), *Handbuch Lebensbewältigung und Soziale Arbeit. Praxis, Theorie und Empirie*. Weinheim, Basel: BeltzJuventa, S. 352-360.
- Rothgang, H.; Heinze, F.; Kalwitzki, T.; Wagner, C. (2023) Hilfe zur Pflege in Pflegeheimen – Zukünftige Entwicklung unter Berücksichtigung der aktuellen Reformmaßnahmen. <https://www.dak.de/dak/download/expertise-2609248.pdf> (31.01.24).
- Rothgang, H.; Müller, R. (2021) Barmer Pflegereport 2021. Wirkungen der Pflegereform und Zukunftstrends. Band 32. Barmer (Hrsg.)

<https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Pflegereporte/2021/barmer-pflegereport-2021.pdf>
(22.01.24).

Schneekloth, U.; Geiss, S.; Pupeter, M. (2017) Abschlussbericht. Studie zur Wirkung des Pflege-Neuausrichtungs-Gesetzes (PNG) und des ersten Pflegestärkungsgesetzes (PSG I) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. München.

Schütze, F. (2016) Sozialwissenschaftliche Prozessanalyse. Grundlagen der qualitativen Sozialforschung. Barbara Budrich, Opladen et al. [Aufsatzsammlung].

Schwind, N.; Jahn, G. (2021) Die Einstellung von Patienten in geriatrischer Rehabilitation zu Pflegeheimen. *Z Gerontol Geriat* 54 (5):485–491.

Skudlik, S.; Hirt, J.; Döringer, T.; Thalhammer, R.; Lüftl, K.; Prodinger, B.; Müller, M. (2023) Challenges and care strategies associated with the admission to nursing homes in Germany: a scoping review. *BMC Nursing* 22 (5) <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01139-y>.

Strauss, A. L. (1994) Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wilhelm Fink, München.

Völter, B. (2015) Globalanalyse. In: Rätz, R.; Völter, B. (Hrsg.), *Wörterbuch Rekonstruktive Soziale Arbeit*. Band 11. Barbara Budrich, Opladen et al., S. 89f.

Armutsriskien im Kontext von Übergang ins und Leben im Heim

Prof. Dr. Stefanie Richter, Ostbayerische Technische Hochschule, OTH Regensburg

Die Expertise wurde im Januar 2024 in Auftrag gegeben und im Februar 2024 eingereicht. Das Jahr der Veröffentlichung ist 2025.

Expertisen zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung

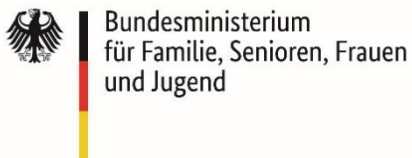
Herausgegeben von

Silke Migala, Christine Hagen und Frank Berner
unter Mitarbeit von Angela Braasch

Geschäftsstelle für die Altersberichte der Bundesregierung
Deutsches Zentrum für Altersfragen
Manfred-von-Richthofen-Str. 2
12101 Berlin

Die Erstellung der Expertisen für die Altersberichte der Bundesregierung und die Geschäftsstelle für die Altersberichte werden

Gefördert vom:



Wir empfehlen die folgende Zitierweise für dieses Dokument:

Richter, Stefanie (2025): Armutsriskien im Kontext von Übergang ins und Leben im Heim. Expertise zum Neunten Altersbericht der Bundesregierung. Herausgegeben von S. Migala, C. Hagen und F. Berner. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen. URL: www.neunter-altersbericht.de/expertisen.