



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit:

„Autonomie im Alter“ -

Aus Sicht älterer Menschen und professionell Pflegender

Verfasser:

Peter Plewa

gemeinsam mit:

Margarethe Plewa

angestrebter akademischer Grad

Magister (Mag.)

Wien, März 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften UniStG

Betreuer:

Prof. Dr. Wilfried Schnepf

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.

Andere, als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht verwendet
und mich mit keinen unerlaubten Hilfsmitteln bedient habe.

Sämtliche Stellen oder Textpassagen der Arbeit, welche ich aus anderen Werken
im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe,
sind durch Quellenangaben gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeitsthema, in keinsten Weise
als Prüfungsarbeit einem anderen Betreuer oder einer anderen Betreuerin,
zur Begutachtung im Innland wie auch im Ausland vorgelegt habe.

Die Teile der Arbeit wurden entweder paarweise zusammen oder
komplett unabhängig von einander, von den beiden Verfassern erstellt,
laut schriftlicher Zustimmung des Exposés durch die Universität Wien
(siehe auch graphische Gliederung der Diplomarbeit im Anhang),
was dementsprechend gekennzeichnet ist (siehe Inhaltsverzeichnis).

Diese Arbeit stimmt zur Gänze mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit überein.

Ort und Datum

Margarethe Plewa

Peter Plewa

Danksagung und Widmung

An dieser Stelle möchten wir uns beim Prof. Dr. Wilfried Schnepf bedanken, welcher uns während der Fertigstellung dieser Diplomarbeit betreut und vor allem umfangreich unterstützt hat.

Diese Diplomarbeit widmen wir unserer kleinen Tochter Hanna, welche von ihrem ersten Lebenstag, uns bei der Entstehung dieser Arbeit, stets begleitete.

Margarethe und Peter

Kurzfassung

Diese Diplomarbeit, beschäftigt sich mit zwei verschiedenen Sichtweisen:

der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner und der Sicht der professionellen Pflegefachkräfte, auf die Autonomie im Alter in Bezug auf das Erleben des Alltags, an einer Wienerinstitution der Altershilfe, in einem Pensionistenwohnhaus im Süden Wiens.

Beide Sichtweisen, wie aus der Literatur auch hervorgeht, sind noch wenig erforscht.

In dieser Arbeit wird auf das Erleben der älteren Menschen eingegangen, um die Sichtweise ihrer Autonomie zu erforschen und anschließend auch zu beschreiben.

Einerseits ist es ein Leben älterer Menschen, welche in eine Institution der Wieneraltershilfe umgezogen sind, um das letzte Stadium des Lebens, autonom zu verbringen. Es ist ein Leben, welches auf eine streng geordnete aber von Menschen erschaffene Struktur, trifft.

Andererseits, sind es Pflegefachkräften, die diesen Menschen, eine weitgehende Autonomie gewähren möchten und zugleich gewisse Standards einhalten und etwaigen Pflichten nachkommen müssen. Es ist oft deswegen, eine Gratwanderung für die Pflegefachkräfte, welche oft wichtige Entscheidungen treffen müssen, um die Autonomie der Betroffenen zu wahren und zu fördern. Es ist oft ein nahe aussichtsloser Kampf mit freiem Willen des Menschen und manchmal auch uneinsichtigen deren Angehörigen, welche die Pflegefachkräfte ausgesetzt sind.

Trotz vielen Hürden, besteht das System und funktioniert gut seit langer Zeit. Es wird ständig den neuen Anforderungen angepasst, um beide Welten unter einem Dach, innovativ zu vereinen.

Abstract

This thesis, deals with two different perspectives:

the perspective of the residents, and the perspective of the professional Nurse, of the autonomy in old age, in relation to the experience of everyday of life, at a Viennese institution of professional care in old age, at a pensioners house, in the south of Vienna.

The both views, as is clear from the literature, are explored a little.

In this thesis, will be the experience of the elderly received, to explore the perspective of their autonomy and then to describe it.

A life of older people, who have moved to an institution of Viennese professional care in old age, for spend the last stage of life autonomously.

It's a life, which strikes a highly ordered structure, but created by human, on the one hand.

Since other, there are Nurses, who want to give these people a high degree of autonomy and at the same time have to respect the standards and must be complied with any obligations.

It is therefore often a balancing act for the nurses, who often must make critical decisions, to safeguard and encouraged the autonomy of the residents.

There is often a near hopeless battle with the free will of the people, and sometimes recalcitrant their families, which the nurses are exposed.

Despite many hurdles, the system exists and works well for a long time.

There are always the new requirements, in order to innovative unit the both worlds under one roof.

INHALTSVERZEICHNIS

ABSTRACT –

VERFASST GEMEINSAM VON:

MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 7

INHALTSVERZEICHNIS..... 9

1. EINLEITUNG –

GESAMTES KAPITEL GEMEINSAM ERSTELLT VON:

MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 13

1.1. EINFÜHRUNG IN DEN THEMENBEREICH

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 13

1.2. ZIELSETZUNG

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 17

1.3. GLIEDERUNG DER ARBEIT

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 18

Gliederung der Arbeit nach Verfassern

Verfasst von: Margarethe Plewa und Peter Plewa 19

1.4. PROBLEMSTELLUNG

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 20

2. BEGRIFFSERKLÄRUNG

GESAMTES KAPITEL GEMEINSAM ERSTELLT DURCH:

MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 23

2.1. HETERONOMIE

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 23

2.2. AUTARKIE UND AUTONOMIE

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 23

2.3. SOZIALE ISOLATION, EINSAMKEIT UND ALLEINSEIN

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 24

2.4. INTEGRALE BEGRIFFE

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 26

3. FORSCHUNGSSTAND -

GESAMTES KAPITEL GEMEINSAM ERSTELLT VON:

MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 29

3.1. LITERATURRECHERCHE -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 29

3.2. WANN IST MAN „ALT“? WAS IST „ALTERN“? -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 31

3.3. DAS ALTERN VERDRÄNGEN -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 33

3.4. AUTONOMIE, EIN MULTIDIMENSIONALER BEGRIFF -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 34

4. METHODIK -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 43

4.1. PROBLEMSTELLUNG -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 43

4.2. FORSCHUNGSVORHABEN -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 44

4.3. DATENERHEBUNG, ANALYSE NACH MAYRING (1988) -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 45

4.3.1. Recruiting, Interview, Datenanalyse -

Verfasserin: Margarethe Plewa 49

4.3.2. Recruiting, Interview, Datenanalyse-

Verfasser: Peter Plewa 51

4.4. GÜTEKRITERIEN -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 56

4.5. ETHISCHE ASPEKTE -

VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA 57

5. ERGEBNISSE – DIE SICHT DER ÄLTEREN MENSCHEN

VERFASSERIN DES GESAMTEN KAPITELS:

MARGARETHE PLEWA 59

5.1. FALLBESCHREIBUNG -

VERFASSERIN: MARGARETHE PLEWA..... 59

5.2. UMZUGSPHASE -

VERFASSERIN: MARGARETHE PLEWA..... 62

5.3. VERLUSTE -

VERFASSERIN: MARGARETHE PLEWA..... 65

5.4. SICH ALS PERSON ZEIGEN -

VERFASSERIN: MARGARETHE PLEWA..... 71

5.5. HILFE ANNEHMEN -

VERFASSERIN: MARGARETHE PLEWA..... 73

5.6. SOZIALE KONTAKTE -

VERFASSERIN: MARGARETHE PLEWA..... 77

5.7. PRIVATSPHÄRE -

VERFASSERIN: MARGARETHE PLEWA..... 81

5.8. DIE DREI WÜNSCHE -

VERFASSERIN: MARGARETHE PLEWA..... 84

5.9. FAZIT VERFASSERIN: -

MARGARETHE PLEWA 85

6. ERGEBNISSE – DIE SICHT DER PROFESSIONELL PFLEGENDEN

VERFASSER DES GESAMTEN KAPITELS:

PETER PLEWA..... 89

6.1. UMZUGSPHASE -

VERFASSER: PETER PLEWA 91

6.2. WAHRUNG UND FÖRDERUNG DER AUTONOMIE -

VERFASSER: PETER PLEWA 95

6.3. PFLEGEPROZESS – ERKENNUNG, PLANUNG UND DURCHFÜHRUNG -

VERFASSER: PETER PLEWA 98

6.4. PRIVATSPHÄRE -

VERFASSER: PETER PLEWA 107

6.5. SOZIALE ISOLATION -

VERFASSER: PETER PLEWA 111

6.6. STERBEN UND TOD -

VERFASSER: PETER PLEWA 115

6.7. FAZIT -

VERFASSER: PETER PLEWA 117

7. DISKUSSION -	
GESAMTES KAPITEL GEMEINSAM ERSTELLT VON:	
MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA.....	126
8. VERZEICHNISSE -	
GESAMTES KAPITEL GEMEINSAM ERSTELLT VON:	
MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA.....	130
8.1. LITERATURVERZEICHNIS -	
VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA	130
8.2. INTERNETQUELLEN -	
VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA	134
8.3. ABBILDVERZEICHNIS -	
VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA	136
9. ANHANG	
.....	137
9.1. EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG -	
VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA	137
9.2. INTERVIEWLEITFADEN – BEWOHNERINNEN UND BEWOHNER	
VERFASSTERIN: MARGARETHE PLEWA.....	138
9.3. INTERVIEWLEITFADEN – PFLEGEFACHKRÄFTE	
VERFASSTER: PETER PLEWA	141
9.4. TABELLARISCHE DARSTELLUNG DER GLIEDERUNG DIESER DIPLOMARBEIT -	
VERFASST VON: MARGARETHE PLEWA UND PETER PLEWA	144
9.5. CURRICULUM VITAE – MARGARETHE PLEWA.....	145
9.6. CURRICULUM VITAE – PETER PLEWA	146

1. Einleitung

1.1. Einführung in den Themenbereich –

Diese Arbeit setzt sich mit dem Thema der Autonomie im Alter, aus Sicht der älterer Menschen und professionell Pflegenden, auseinander.

Die Bevölkerung altert, aufgrund der Zunahme des Anteils alter Menschen an Gesamtbevölkerung (Statistik Austria, 2009). Immer mehr alte Menschen leben in Altersheimen, welche oft durch Krankheiten und/oder Alterserscheinungen betroffen sind. Diese Menschen erleben auf individuelle und Umständen entsprechende Art, ihre Autonomie, welche auf institutionelles System (gemeint in das Altersheim), in dem sie Leben, stößt.

Schmerschneider (1997) ist der Überzeugung, dass man das philosophische Konstrukt der Autonomie über Bord wirft und stattdessen ein praxisnahen Autonomieverständnis der Pflegenden und den zu Pflegenden entwickelt: *„Autonomie an sich ist eine Utopie, vielmehr kommt es darauf an, das stimmige Verhältnis zwischen Autonomie und Abhängigkeit zu finden ...“* (Schmerschneider, 1997, S.149).

Der Ursprung des Begriffes „Autonomie¹“ kommt aus dem Altgriechischen (αὐτονομία, αὐτονομία = autonomía) und wird aus den zwei Begriffen gebildet, nämlich: „αὐτός“(autos) selbst und „νόμος“(nomos) Gesetz. (Wikipedia, Online Lexikon)

Grundlegend wurde der Begriff der „Autonomie“ von Immanuel Kant² ausgearbeitet und ursprünglich als Definition von Freiheit, unter moralischen Aspekt, verstanden (Arnd, 2001). Autonomie wird aber auch ambivalent verstanden und folglich als Selbstverwirklichung oder sogar als Egoismus dargestellt. Dabei wurde ein wichtiger Aspekt nicht berücksichtigt und zwar, dass jeder Mensch nicht ohne in Beziehung nach außen zu treten, existieren kann und daher auf die Gesellschaft verwiesen ist.

¹Im nachfolgenden Kapitel „Autonomie – ein multidimensionaler Begriff“, wird der Begriff „Autonomie“, ausführlicher beschrieben.

²Immanuel Kant (*22. April 1724 in Königsberg; † 12. Februar 1804 ebenda) war ein deutscher Philosoph der Aufklärung. Er zählt zu den bedeutenden Vertretern der abendländischen Philosophie. („Wikipedia“, Online Enzyklopädie, 9 September 2010)

Außerhalb der Obhut eigener Mitmenschen und auch die des Staates, kann niemand Autonom sein (Rabe, 2007).

Was die Rolle des Staates betreffend der Wahrung und/oder Regelung persönlicher Autonomie, so ist es nicht in Interesse des Staates, dem einzelnen Bürger die individuelle Autonomie zu sichern. Die persönliche ethische Autonomie obliegt keinerlei staatlicher Überwachung. Die innere menschliche Ordnung, im Gewissenskontext, so wie die moralische und religiöse Geisteshaltung, bleibt von staatlicher Kontrolle verschont, solange die äußere menschliche Ordnung nicht verletzt wird (Arnd, 2001).

In der medizinischen und pflegewissenschaftlichen Literatur ist Autonomie der Patientinnen und der Patienten noch eher mangelhaft definiert (Seidl, 2000), lässt sich aber zunächst als ein kognitiver Bereich, im Sinne von Entscheidungsfähigkeit und als ein handlungsorientierter Bereich im Sinne von fremder Hilfe unabhängig sein, verstehen.

„Eigene Entscheidungen treffen zu können bzw. über gewisse Wahlmöglichkeiten zu verfügen, wird von vielen Autoren als ein grundlegender Parameter für das Vorhandensein von Autonomie verstanden“ (Huber, 2005, S.33).

Demnach ist es von großer Bedeutung für die Älteren, Unabhängig zu sein und eigene Entscheidungen treffen können um Autonom zu sein. Problematisch wird es aber, wenn man in eigener Wohnung nicht mehr bleiben kann oder anders, wenn die eigene Wohnung nicht mehr altersgerecht ist und man zum siedeln in ein Pflegeheim gezwungen ist.

Die alte Redewendung besagt es doch:

„Einen alten Baum verpflanzt man nicht“, wie die Erlach-Stickler (2009) in Ihrem Werk auch beschreibt.

Die Übersiedlung von dem eigenen Heim in ein Pflegeheim, wirkt sich meist enorm auf die Veränderung im Leben der Älteren aus:

„Man tritt ein in eine Institution bzw. einen Großhaushalt, der nach völlig anderen Regeln strukturiert ist als ein Privathaushalt. Der dadurch bedingte Verlust an individuellen Entscheidungsspielräume korrespondiert bei (zunehmender) Pflegebedürftigkeit mit einer häufig abnehmenden Selbständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeit“ (BMFSFJ 2001: S.126).

Auch die Pflegekräfte befinden sich oft in einem ethischen Dilemma, da sie Einerseits die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner respektieren wollen, andererseits vom Gesetzgeber vorgeschriebene Pflegestandards befolgen müssen, die häufig Autonomie einschränken. Das verschafft keine gute Basis für ein gegenseitiges Vertrauen, für eine gute Zusammenarbeit zwischen Bewohnerinnen und Bewohner und Pflegekraft, aber vor allem keine 100%-ige Wahrung und Förderung der Autonomie von Betroffenen.

Motivierend, dieses Forschungsprojekt im Rahmen der Diplomarbeit umzusetzen, waren für uns 3 folgende Anliegen:

- Wir waren vor dem und am Anfang des Studiums Pflegewissenschaft, im Bereich der Altenpflege, in einer Wiener-Institution tätig und waren somit mit diesem Themenbereich ständig konfrontiert
- Vermittlung eines allgemeinen Autonomieverständnisses im Alter und Anstoß für die Weiterforschung auf diesem noch wenig erforschten Themenbereich.
- Sich aktiv, am Schwerpunkt des Institutes für Pflegewissenschaft, sprich an der Forschung selbst, zu beteiligen

Die Wahl der Institution, in welcher wir die empirische Forschung durchführen wollen, fiel auf eine Institution der Altershilfe (mit Zustimmung dieser Institution) in unserer Stadtregion, südlich Wiens. Sowohl die zu untersuchenden älteren Menschen wie auch das Krankenpflegepersonal, wurden an dieser einer Institution untersucht.

Das Pensionistenwohnhaus beherbergt rund 380 Personen mit 285 Einpersonen-, 21 Zweipersonen-Appartements und 2 Appartements zum Probewohnen. Die Appartements haben einen Wohnraum mit Schlafnische (Zweipersonenappartements haben einen separaten Schlafraum), verbautem Garderobe-Vorzimmer mit Kühlschrank, Badezimmer mit Dusche, Waschbecken und WC, so wie eine Loggia.

Jedes Appartement hat ein Telefon-, Telekabel-, wie auch Internetanschluss. Fünf Stiegenhäuser werden von vier Aufzügen versorgt. Die Anlage besitzt neben den Privat-Appartements eine spezielle Betreute-Wohngemeinschaft, welche eine besondere Betreuung mit Tagesstruktur anbietet und ein stationären Pflegebereich mit Zweibettzimmern, wo rund um die Uhr ein qualifiziertes Personal zur Verfügung steht und schwer bedürftige Bewohnerinnen und Bewohner versorgt.

Das Altershaus umgibt ein fast 16.000m² großer Park mit zahlreichen sonnigen wie auch schattigen Sitzplätzen. Das Haus besitzt eine eigene Küche, wo es für alle Bewohnerinnen und Bewohner jeden Tag frisch gekocht wird.

Innerhalb der Institution befinden sich zahlreiche Gemeinschaftsräume und Freizeiteinrichtungen, wie: Cafehaus, großer Festsaal, Bibliothek, Mehrzweckräume, Hobbyraum, so wie drei Internet Stationen, Billard, Tischtennis, Hallenschwimmbad mit Sauna, Indoor Minigolf, Gymnastikraum mit Fitnessgeräten und viele andere.

Neben den genannten Räumen, gibt es auch spezielle Bereiche wie: Waschküche, Münz-Wasch-Trockenautomaten, Friseur & Fußpflege, Ärztin/Arzt, Delikatessenhändler, Sozialberatung, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychologische Beratung, Animation, Physikalische Ordination und Autoabstellplätze.

Das Haus hat eine gute öffentliche Verkehrsanbindung und wird von vielen Geschäften umgeben. In der Nähe befindet sich eine Apotheke, welche sowohl die Rezepte der Bewohnerinnen und Bewohner abholt wie auch die Medikamente liefert. Die Banken befinden sich in unmittelbarer Nähe und sind somit auf dem Fußweg erreichbar. Die Banken kommen aber auch ins Haus und so können sich die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner jegliche Bankgeschäfte vor Ort erledigen. Es werden auch zahlreiche Veranstaltungen organisiert, wie:

Konzerte (z.B. klassische Musik), Tiertherapie, Geburtstagsfeier (jeden Monat), verschiedene Feste sowohl Innen wie auch im Park draußen (z.B. Faschingsfeste, Grillnachmittage).

Zusammenfassend, besitzt das Haus eine gute Infrastruktur, welche bestmöglich auf die Bedürfnisse alter Menschen abgestimmt ist. Mit der riesiger Parkanlage, welche ein Wasserteich beherbergt, wirkt das Haus optimal organisiert und gepflegt.

1.2. Zielsetzung

In dieser Forschungsarbeit soll „Autonomie im Alter“ an einem Wiener Pensionistenwohnhaus, aus der Sicht der Älteren und aus der Sicht der Pflegekräfte, beschrieben werden. Es soll herausgefunden werden, was Autonomie bedeutet und wo die Probleme im Zusammenhang mit verschiedenen Sichtweisen auftreten können. Aus der Lektüre von Huber (2005) geht hervor, dass das Leben in einem Pflegeheim, einen starken Einfluss auf die Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner haben kann. Wiederum aus dem dritten Berliner Altenbericht (2001) lässt sich ableiten, dass die Autonomie von Pflegebedürftigen gefährdet ist, sie muss aber zwangsläufig nicht verloren gehen.

Die Forschungsfragen, auf welche wir die Antwort suchten, lauten:

1. Was bedeutet Autonomie im Alter aus der Sicht des älteren Menschen, der in Einrichtungen der Altershilfe lebt?
2. Was bedeutet Autonomie im Alter aus der Sicht der professionellen, in einer Institution tätigen Pflegekräfte?
3. Wo liegen die Probleme im Verständnis der Autonomie im Alter, aus Sicht der Pflegenden und den zu Pflegenden.

Es soll die Autonomie im Alter aus den beiden Perspektiven beschrieben werden und durch sozusagen Verschmelzung, dieser unterschiedlichen Sichtweisen, zu einem besseren Verständnis auf diesem Themengebiet führen.

Denn es ist einerseits die Sichtweise der Älteren, welche noch zu (Nach)Kriegsgeneration gehören und andererseits die der Pflegekräfte, welche in einer gewisser „(post)moderner Zukunft“ aufwuchsen (Huber, 2005).

Zudem geht es um das Alltagsleben in Institution einer Wieneraltershilfe.

1.3. Gliederung der Arbeit

Die folgende Arbeit, besteht aus einem Theorieteil und zwei, sich unabhängigen, empirischen Teilen.

Im Theorieteil wird die Leserin oder der Leser, in die Thematik der Autonomie im Alter, eingeführt, so wie auf die Zielsetzung wie auch auf die Problemstellung des Themenbereiches dieser Arbeit, erfahren (Kapitel 1).

Des Weiteren werden der Leserin oder dem Leser im Kapitel 2, verschiedene Begriffe, rund um die Thematik der Autonomie und Autonomie des Menschen, als Einstieg in das nächste Kapitel, erläutert.

Folgens, wird der Leserin oder dem Leser im Kapitel 3, das Verständnis des Alters und das Themenbereich der Autonomie im Alter, dargestellt.

In dem empirischen Teil, welcher sowohl das Kernstück wie auch das Fundament dieser Diplomarbeit ist, wird die Leserin oder der Leser zunächst im Kapitel 4, in den gesamten Forschungsprozess eingeweiht. Hierbei wird der Anstoß für dieses Vorhaben, wie auch der Fortschritt bei der Sammlung von Informationen, im Rahmen der Literaturrecharge, so wie das Recruiting der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, wie auch die Datenerhebung und das Auswertungsverfahren, möglichst genau offengelegt.

Des Weiteren werden die Ergebnisse der zwei, sich unabhängigen Forschungsarbeiten, vorgestellt:

die Ergebnisse der Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner und
die Ergebnisse der Sicht der professionellen Pflegefachkräfte,
in Bezug auf die Autonomie im Alter.

Zudem werden die Hauptkategorien, als das Resultat aus der qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) präsentiert und in Form von Konzepten gezeigt und anschließend interpretiert.

Abschließend, werden die Ergebnisse der beiden Sichtweisen, im Kapitel 7 dieser Arbeit, gegenüber gestellt und Diskutiert.

Gliederung der Arbeit nach Verfassern

Die Folgende Diplomarbeit ist durch zwei Verfasser,
Margarethe Plewa und Peter Plewa
erstellt worden, lt. Zustimmung der Studienprogrammleitung (und lt. Expose).
Eine graphische Darstellung dieser Arbeit nach Verfassern, befindet sich im Anhang.

Die nachstehenden Kapitel wurden entweder gemeinsam oder unabhängig voneinander geschrieben, wie folgt:

Kapitel 1. Einleitung – wurde gemeinsam durch Margarethe Plewa und Peter Plewa erstellt.

Kapitel 2. Begriffserklärung - wurde gemeinsam durch Margarethe Plewa und Peter Plewa erstellt.

Kapitel 3. Forschungsstand - wurde gemeinsam durch Margarethe Plewa und Peter Plewa erstellt.

Kapitel 4. Methodik - wurde gemeinsam durch Margarethe Plewa und Peter Plewa erstellt. Ausnahme in diesem Kapitel sind zwei Unterkapitel, welche getrennt von jeweils beiden Verfassern erstellt worden sind:

Kapitel 4.3.1. wurde von Margarethe Plewa erstellt.

Kapitel 4.3.2. wurde von Peter Plewa erstellt.

Kapitel 5. Ergebnisse – die Sicht der älteren Menschen - wurde von Margarethe Plewa erstellt.

Kapitel 6. Ergebnisse - die Sicht der professionell Pflegenden - wurde von Peter Plewa erstellt.

Kapitel 7. Diskussion - wurde gemeinsam durch Margarethe Plewa und Peter Plewa.

Kapitel 8. Verzeichnisse - wurde gemeinsam durch Margarethe Plewa und Peter Plewa.

Kapitel 9. Anhang - wurde gemeinsam/getrennt durch Margarethe Plewa und Peter Plewa.

1.4. Problemstellung

Immer mehr Menschen leben in Pensionistenwohnheimen.

In Österreich leben derzeit ca. 540.000 pflegebedürftige Menschen und Aufgrund der demographischen Entwicklung kann sich die Anzahl bis zum Jahr 2030 auf ca. 800.000 erhöhen (Österreichische Sozialversicherung, 2010).

Einerseits steht die Pflegepolitik vor der enormen Herausforderung, die Pflege für alle bedürftigen Menschen in Österreich in naher Zukunft zu sichern, z.B. durch den Ausbau von Pflegeheimen. Andererseits wirkt sich die Übersiedlung von dem eigenen Heim in ein Pflegeheim meist enorm auf die Veränderung im Leben der Älteren aus:

„Man tritt ein in eine Institution bzw. einen Großhaushalt, der nach völlig anderen Regeln strukturiert ist als ein Privathaushalt. Der dadurch bedingte Verlust an individuellen Entscheidungsspielräume korrespondiert bei (zunehmender) Pflegebedürftigkeit mit einer häufig abnehmenden Selbständigkeit und Selbstbestimmungsmöglichkeit“ (BMFSFJ, 2001, S.126).

Der Umzug in ein Altersheim ist durchaus mit Stress für den Betroffenen verbunden. Schließlich tritt er/sie in eine ihm/ihr fremde Welt, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit auch sein/ihr letztes Zuhause sein wird. Man gibt die eigenen „vier Wände“ auf, wo man doch so viele Jahre hinweg (manchmal sogar das ganze Leben) die „volle Kontrolle“, Selbstbestimmung und gewisse Unabhängigkeit hatte.

Diese neue Situation kann außerdem durch negative Gefühle, zusätzlich sehr belastend empfunden und erlebt werden, wie z.B. der Gedanke, dass dieses Heim eine Sterbefabrik ist, *„Ort, an dem Menschen sterben“ (Erlach-Stickler, 2010, S.11).*

Dem gegenüber steht der Anspruch, dass es zu solchen Situationen im Leben Älterer erst gar nicht kommt. Das fordert natürlich gewisse Kreativität von den Pflegekräften, im Umgang mit Betroffenen in solchen Situationen, neben dem schulischen Wissen, welches fundierte Pflegequalität vermittelt.

Pflegequalität aus der Sicht professioneller Pflege charakterisiert sich dadurch, inwieweit die Autonomie alter Menschen gefördert oder wiederhergestellt wird und dadurch die letzte Etappe des Lebens der Älteren in Würde begleitet wird (Klie, Brandenburg, 2003).

Die Problematik und somit auch der Anstoß für diese Arbeit, ergeben sich, wie auch in der Einleitung beschrieben wurde, aus der Pflegepraxis selbst.

Die Perspektive der älteren Menschen im Bezug auf die Autonomie, ist immer noch wenig erforscht (lt. Literatur). Zahlreiche Studien beschreiben es dagegen aus der Sicht der Pflegekräfte, welche manchmal die Bedürfnisse der älteren Menschen, anstatt zu hinterfragen, es einfach nur erraten oder möglicherweise auch erfinden, da die Bedürfnisse der Klienten in der Pflegedokumentation, selten mit den tatsächlichen übereinstimmen (Bobbert, 2002).

„...dass sich die Sichtweise des Patienten zu seinen Bedürfnissen, Problemen und Fähigkeiten und zu seinen Prioritäten, bezogen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden, nur teilweise (und dann auch nur oberflächlich) mit den Vorstellungen und dem Wissen der Pflegenden deckte. Sie stimmten darüber hinaus nur selten mit den in der Pflegedokumentation zu findenden Daten überein“ (Krohwinkel, 1984, zitiert nach Bobbert Monika, 2002, S.88).

Gerade in institutioneller Altershilfe, wo die älteren Menschen auf „fremden Boden“ sich befinden oder besser gesagt, sich in einer „asymmetrischer Beziehung“ befinden – also eine professionelle Unterstützung/Pflege in Anspruch nehmen und sozusagen von Hilfestellung der Pflegekräften abhängig sind, wie auch Kämer und Schröder (2000) in Ihrem Werk beschreiben - bedarf es insbesondere der Anwendung von Pflegerischer Interventionen, um:

„ältere Menschen vor der Ausnutzung dieser Abhängigkeitsbeziehung zu schützen“ (Kämer & Schröder, 2000, S.45).

Solche Interventionsmaßnahmen gehören schon längst zu den Pflegestandards der professioneller Alterspflege: *„Zu diesen Standards gehört die Wahrung der Autonomie in der Lebenspraxis oder die Sicherung der Autonomie des Klientels...“ (Lehmenkühler-Leuschner, 1993, S.24).*

Kompliziert wird es aber dann, wenn sich ein Mensch (im unten angeführten Beispiel: eine Pflegeperson) in einer absurden Situation befindet und zwar wenn er/sie vor zwei Entscheidungsmöglichkeiten steht, die sich aber gegenseitig strittig sind. Wie Huber (2000) in seinem Buch darauf verweist:

„Soll etwa alten Menschen auf Station, die sich weigern, gewaschen zu werden, im Sinne einer >>Patientenautonomie<< oder >>Würde der Person<< stattgegeben werden – oder soll das ethische Leitbild der Pflegeeinrichtung, dass alles unternommen wird, um für das Wohl der Patienten zu sorgen, herangezogen

werden, um ein tägliches Waschen gegen den Willen des Patienten zu legitimieren?“ (Huber, 2000, S.31).

Es ist daher von Nöten, z.B. über bessere Kommunikationsformen oder über mehr Spielraum für Mitentscheidungen seitens der Bewohnerinnen und Bewohnern, Weiterforschung nach innovativen Lösungen/Ideen neuer Organisationsformen der Pflege, in der Praxis zu verhandeln.

Bevor es jedoch zustande kommt bedarf es genauer Analyse, mehr Informationen und besserem Verständnis der Abläufe des komplexen Bereichs der Autonomie im Alter an Institutionen.

Einerseits beinhaltet der Begriff „Autonomie“ verschiedene Termini und wird auch durch diese definiert (Berlach-Pobitzer, 2000), andererseits gibt es viele bedeutungsähnliche Begriffe.

Aufschluss darüber, wird der nächste Kapitel „Begriffserklärung“ liefern.

2. Begriffserklärung

2.1. Heteronomie

Heteronomie (von griechisch: heteros: anders; nomos: Gesetz), ist im Gegensatz zur Autonomie die Fremdgesetzlichkeit bzw. -bestimmtheit und bedeutet die Abhängigkeit von fremden Einflüssen bzw. vom Willen anderer („Enzyklo“, Oktober 2010).

Gemeint ist hier das Handeln bzw. sich unter einer Legalität befinden, welche von Außen bestimmt sind (z.B. durch Rechts-Normen oder -Vorschriften, Verfassung, Gesetze), primär im politischen oder ethischen Zweig.

So gesehen könnte man auch die Heteronomie als Fremdherrschaft und zugleich die Autonomie als eigene Macht, bezeichnen („Enzyklo“; „Wissenschaft-online“, November 2010).

2.2. Autarkie und Autonomie

Autarkie bedeutet, dass alles was man ver- oder gebraucht aus eigener Kraft selbst erzeugt. Dieser Begriff kommt sehr oft in der Wirtschaftsprache vor als „Autarke Systeme“, die sich ausschließlich mit eigenen wirtschaftlichen Gütern versorgen und von Importen unabhängig sind. Autarkie bedeutet also, ein geschlossenes System, welches vom Außen unabhängig existiert – im Sinne, dass ein „Anderer“ nicht erforderlich ist.

Im Gegenteil Autonomie, dass nicht zur Gänze nur auf sich allein gestellt ist, jedoch nur mit Beziehungen nach Außen (zum Anderen) existiert. Beziehungen, welche aber frei ausgewählt und geformt werden können.

Sowohl Autonome wie auch Autarke unabhängig sind, so sind sich aber der Autonome der grundlegender Abhängigkeit vom Außen bewusst, unterdessen aber der Autarke das „Außen“ nicht benötigt (Schubert & Klein, 2006; Duden Wirtschaft von A bis Z, 2009).

2.3. Soziale Isolation, Einsamkeit und Alleinsein

Einsamkeit und Isolation drücken zwei verschiedene Wortbedeutungen aus.

Unter sozialer Isolation versteht man die faktische, objektiv messbare Beurteilung der Sozialkontakte. Es ist also als ein Zustand zu betrachten, in dem die Sozialkontakte, nur mehr auf eine gegenseitige Begrüßung begrenzt sind, ohne dass dabei ein wesentlicher Informationsaustausch stattfindet („Carelounge“, 2010).

Einflussfaktoren:

- *„Verwitlung (hier sind mehr Frauen als Männer betroffen)*
- *Familienbeziehungen (hier handelt es sich um die leichteste Form des Sozialkontaktes, 70% der alten Menschen leben in der Nähe der Kinder oder mit den Kindern zusammen, 90% werden von den Kindern versorgt, erwünscht wird hier in den meisten Fällen die sogenannte "Intimität auf Abstand")*
- *Heimunterbringung (der Wohnortwechsel, bzw. die Heimunterbringung wird meist als Belastung empfunden, dies muß nicht in allen Fällen zur Isolation führen. Wenn sich Gruppen von alten Menschen in Altenheimen zusammenschließen spricht man von <Insulation>. Fakt ist, dass Personen in Heimen überrepräsentiert sind, denen ein familiäres Netzwerk fehlt.)“*

(„Carelounge“, Oktober 2010).

Die Einsamkeit hingegen, ist die subjektive Wahrnehmung der eigenen Sozialkontakte/-situation. Es besteht daher, eine unmittelbare Beziehung zwischen Isolation und Einsamkeit. Wenn die direkten, persönlichen Sozialkontakte abnehmen, dann entsteht eine höhere Differenz zwischen vorliegenden und erwarteten Kontakten und infolgedessen steigt die Isolation, zugleich mit subjektiv wahrgenommener Einsamkeit (Perhofer, 2009).

„Im Alter sind davon primär Frauen betroffen, da das Alleinsein- und leben im Alter aufgrund von Verwitlung zunimmt. Mit dem Phänomen der Isolation setzt oftmals eine Suchtgefährdung ein“ („Carelounge“, Oktober 2010).

Zuletzt soll nun der Begriff Alleinsein definiert werden. In der Alltagssprache, kann es vorkommen, dass dieser Begriff mit Einsamkeit sinnverwandt gestellt wird.

Die Bedeutung beider Termini unterscheidet sich jedoch wesentlich voneinander und lässt sich schlicht weg wie folgt erklären:

Ein Mensch, welcher allein lebt muss nicht unbedingt ein Gefühl von Einsamkeit entwickeln.

„Der Anteil von Einpersonenhaushalten nimmt – meist bedingt durch den Tod des (Ehe)Partners – mit zunehmendem Alter zu“ (Graber-Dünnow, 2003, S.30).

Zwar ist die Gefahr der Einsamkeit und Isolation in solchen Situationen gegeben jedoch auf keinem Fall vorprogrammiert. Die Gefahr erhöht sich allerdings speziell bei ansteigender Beeinträchtigung der Mobilität – also dann, wenn man nicht mehr selbst, die Selbstinitiative ergreifen kann, am aktiven Gesellschaftsleben teilnehmen zu können (Graber-Dünnow, 2003).

Andererseits, wählen Menschen auch oft beabsichtigt den Weg von Alleinsein und ziehen sich aus dem geselligen Leben zurück. Es scheint so, als ob dieser Begriff, eher willkürlich in Richtung Isolation als zu Einsamkeit neigen würde.

Es kann also sein, dass ein alleinlebender Mensch, sich aus diesem Grund, nicht unbedingt einsam fühlen muss (Perhofer, 2009).

„In der Theorie wird Einsamkeit von unterschiedlichen Ansätzen bestimmt, wobei man sich nicht immer in allen Punkten einigen kann. In den folgenden drei Punkten herrscht jedoch Einigkeit:

- *Einsamkeit hängt mit dem Defizit an sozialen Beziehungen einer Person zusammen*
- *Einsamkeit ist ein subjektives Gefühl und nicht mit objektivem Alleinsein gleichzusetzen*
- *Einsamkeitsgefühle sind unangenehm und bedrückend“ (Perhofer, 2009, S.8).*

2.4. Integrale Begriffe

Selbstbestimmung

Wenn man über Autonomie (Menschen bezogen) spricht, so wird es in erster Linie mit dem Begriff der Selbstbestimmung in Verbindung gebracht.

„Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“ (aus Verfassung der Weltgesundheitsorganisation „WHO“, 2009).

In diesem Fall wird also Gesundheit, als Abwesenheit von Krankheit und dergleichen definiert. Andersherum wird die Krankheit mit teilweise Beeinträchtigung der Selbstbestimmung identisch gestellt. In diesem Sinn, bedeutet die Wiedergenesung des Kranken, eine Wiederherstellung der Selbstbestimmung.

„Die Durchsetzung der Selbstbestimmung am Lebensende ist mit Schwierigkeiten behaftet, da im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit andere Personen die Interessen des Patienten wahrnehmen müssen“ (Arnd, 2001, S.21).

Arnd (2001) beschreibt in ihrem Buch, dass zum Begriff der Autonomie die Selbstbestimmung gehört, welche nur dann vollkommen ausgelebt werden könnte, wenn man sich eigener Autonomie bewusst ist wie auch dass man bewusst, nach eigenem Willen und vor allem selbst kontrolliert handeln kann. Dennoch nehmen auf diese Kontrolle, sehr viele Faktoren ein Einfluss, welche am Lebensende speziell ausgewogen und nachgedacht gehören, weil reichliche Beziehungen gebildet wurden, vor allem aber mit unterschiedlichsten Interessen (Arnd, 2001).

Eigenverantwortung

„(auch Selbstverantwortung) < bezeichnet man die Möglichkeit, die Fähigkeit, die Bereitschaft und die Pflicht, für das eigene Handeln, Reden und Unterlassen Verantwortung zu tragen>“ („The free Dictionary“, 2010).

Nach WHO Definition „Gesundheit“ (WHO, 2009), wird unter Förderung von Gesundheit ein Prozess verstanden, bei welchem jeder Mensch zu einem höheren Maß an Selbstbestimmung und Eigenverantwortung für ihre Gesundheit befähigt wird.

Selbständigkeit

Unter Selbständigkeit bezeichnet man, wenn: *„sich ein Individuum eigene Ziele setzt, Mittel zu ihrer Erreichung auswählt, die Bewertung der eingesetzten Mittel und anvisierten Ziele weitgehend unabhängig von außen vornimmt und das Ausmaß der Zielerreichung realitätsangemessen beurteilen kann“* (Brunner & Zeltner, 1980, S.192).

Eigenständig

Eigenständig meint, von sich selbst bestimmt und nicht von anderen abhängig („The free Dictionary“, 2010).

Eigenständiges Handeln ist hauptsächlich in der modernen Arbeitswelt stark nachgefragt. In einer Welt, wo dauerhafte Dienstverhältnisse bei ein und demselben Dienstgeber, praktisch Geschichte geworden sind („PISA“ 1997 – 2003).

Unabhängigkeit

Unabhängigkeit bedeutet *„in der Psychologie und Soziologie die Möglichkeit oder das Gefühl, in eigener Verantwortung Entscheidungen treffen zu können“* („The free Dictionary“, 2010).

In der Wissenschaft (allgemein) wird dieser Begriff sehr oft verwendet z.B. unter Objektivität, also als Unabhängigkeit des Testergebnisses von Situation und Testleiter. In diesem Fall, handelt es sich um die Objektivität, als eines der drei Gütekriterium (Objektivität, Validität und Reliabilität) eines guten Wissenschaftlichen Tests (Mayer, 2002).

„Unter Autonomie verstehen wir Unabhängigkeit, Selbstständigkeit, Eigenständigkeit, Eigenverantwortlichkeit, Selbstbestimmung oder Selbstverantwortlichkeit“
(Wolf, zitiert nach Lebenshilfe ABC, September 2010).

Autonomie ist demnach ein Terminus, welcher all die oben erwähnten Begriffe beinhaltet, jedoch von denen strikt zu unterscheiden und abzugrenzen ist.

Die größte Sorge und Angst der Älteren zuhause, ist der Verlust von Autonomie (Berlach-Pobitzer, 2000).

Die Wahrung und Förderung von Autonomie der Bewohner muss und wird deshalb an Institutionen der Altershilfe als Priorität gesehen und demnach auch den alten Menschen gewährleistet sein.

Wann ist man aber „alt“ und was ist „Altern“, wird im darauffolgenden Abschnitt „Autonomie im Alter“ eingegangen.

3. Forschungsstand

3.1. Literaturrecherche

Nachdem das Thema der „Autonomie im Alter“ für unsere Diplomarbeit äußerst interessant schien, wurde nach Ideen gesucht, wo man überall diesem Themenbereich nachgehen kann.

Als erstes entstanden Notizen mit Schlagworten zu diesem Thema, also all das, was für uns in direktem Zusammenhang zu „Autonomie im Alter“ eingefallen ist (Brainstorming).

Mit diesen themenbezogenen Schlagworten und Begriffen, begannen wir die Literatur zu durchstöbern, in Wiener Rudolfinerhaus Bibliothek³, in Pflegelexikon „Psyhyrembel für die Pflege“ oder online in zum Beispiel Google Scholar.

In erster Linie, suchten wir nach fundierter Literatur, die uns über die wichtigsten, integralen Begriffe rund um die „Autonomie“, „Autonomie im Alter“, ein Aufschluss gibt. Infolge der Ausarbeitung von verschiedener Definitionen und Findung relevanter Begriffe, Wörter und Schlagworten, wie:

Autonomie, Abhängigkeit, Mitbestimmung, Freiheit, Selbstständigkeit, Entscheidungsfreiheit, Privatsphäre, Pflegeethik, Soziale Isolation, Einsamkeit und viele andere so wie ihre gleichwertigen Wörter auf Polnisch und Englisch, begannen wir die Datenbanken nach zuverlässiger Literatur zu durchsuchen.

In Verwendung kamen Online-Datenbanken wie: CINAHL, PUB-MED, UB-OPAC, DIMDI, Gerolit.de, Geronto.at, so wie Google und Google Scholar.

³Rudolfinerhaus Bibliothek – Billrothstr. 78, 1190 Wien

<http://www.rudolfinerhaus.at/de/pflegebildung/pflege-bibliothek.html>

Ein Teil der gefundenen Literatur, war jedoch anderen Themenbereichen gewidmet und deshalb unbrauchbar oder einfach bedingt (bzw. im geringen Maß) geeignet für unser Vorhaben, wie:

- Wirtschaftliche oder Politische Studien zur Autonomie oder Unabhängigkeit im Kontext des Staates oder eines Unternehmens
- Berichte oder Studie, welche in nur sehr geringem Kontext auf die für uns relevante Themenbereiche eingingen (das Thema kurz angeschnitten hatten)
- Berichte oder Studie aus anderen Ländern, welche nur bedingt verwendbar waren, da sie unter anderem Wissensaspekt beschrieben wurden, da ein anderes Gesundheitssystem existiert (wie etwa in Polen)

Nach kritischer Auswertung der gesammelten Literatur, wie etwa deren Quelle, Publikationsjahr oder Art der Literatur, kamen schließlich nur die in Verwendung, welche für unser Thema, Untersuchungsbereich der Altershilfe, von relevanter Bedeutung waren und vor allem aber auch ältere Menschen, welche institutionell zu betreuen sind, betreffen.

3.2. Wann ist man „Alt“? Was ist „Altern“?

Ein charakteristisches Phänomen der heutigen Welt, ist die Sichtbarkeit der alternden Bevölkerung. Gemeint ist hier ein konstanter Anstieg der Zahl der alten Menschen an gesamt Bevölkerung. Die demografischen Prognosen zeigen es deutlich, dass sich die Alterung der Gesellschaft weiterhin erhöhen wird:

Jahr	Bevölkerungsstruktur						
	Insgesamt	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre	Unter 15 Jahre	15 bis unter 60 Jahre	60 und mehr Jahre
	absolut				in %		
2008	8.336.549	1.269.556	5.186.511	1.880.482	15,2	62,2	22,6
2009	8.368.842	1.255.295	5.202.396	1.911.151	15,0	62,2	22,8
2010	8.396.760	1.244.170	5.214.699	1.937.891	14,8	62,1	23,1
2015	8.574.121	1.227.413	5.275.600	2.071.108	14,3	61,5	24,2
2020	8.748.917	1.245.284	5.223.688	2.279.945	14,2	59,7	26,1
2025	8.903.569	1.268.127	5.079.259	2.556.183	14,2	57,0	28,7
2030	9.048.365	1.282.698	4.958.051	2.807.616	14,2	54,8	31,0
2040	9.287.466	1.268.918	4.969.513	3.049.035	13,7	53,5	32,8
2050	9.467.172	1.268.536	4.962.088	3.236.548	13,4	52,4	34,2
2075	9.567.587	1.298.244	5.038.823	3.230.520	13,6	52,7	33,8

Abbild 1: Quelle: STATISTIK AUSTRIA - Bevölkerungsprognose 2009. Erstellt am 6. Oktober 2009.

Die Zunahme des Anteils alter Menschen wird durch viele Faktoren begünstigt, von denen die wichtigsten sind: Verlängerung der Lebenserwartung, niedrigere Geburtenraten und eine effektive Bekämpfung von Krankheiten durch enormen medizinischen Fortschritt. Die Definition des Begriffes „alter Mensch“ lässt sich bis heutzutage nicht präzise und abgrenzend darstellen. Das biologische Alter geht nicht mit den psycho-physischen Veränderungen im Einklang und die Grenze des „Alters“ ist ein eher relativer Begriff. Aus diesem Grund wird dieser Begriff mit Menschen, welche sich nicht im erwerbsfähigen Alter mehr befinden, in Verbindung gebracht. Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist man ab den vollendeten 65 Lebensjahr, alt. Nach der WHO, werden die Lebensabschnitte „im Alter“ folgendermaßen unterteilt in (nach Göretzlehner, 2010):

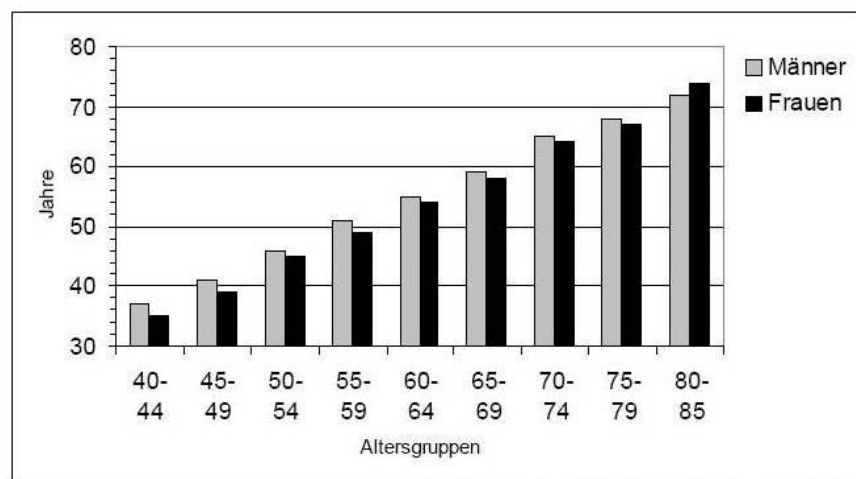
- älteren Menschen (60- bis 75-Jährigen)
- alten Menschen (75- bis 90-Jährigen)
- sehr Alten oder Hochbetagten (über 90-Jährigen) und schließlich den
- Langlebigen (über 100-Jährigen) unterschieden

Das Deutsche Zentrum für Altersfragen (DZA), Berlin unterteilt das Alter nach nachstehenden Gruppen (nach Kreibich; Sie Liong, 2004):

- junge Alte: ca. 60-65 bis ca. 80 Jahre
- alte Alte/Hochbetagte: über 85 Jahre

Wie man sieht, sind die Einteilungen sehr einfallsreich und das Spektrum ist noch viel, viel breiter.

Interessant dabei ist es zu betonen, wie die Personen sich selbst betrachten. Hierum, anhand der Grafik, wird deutlich dargestellt, wie unterschiedlich sich die Menschen, bezüglich ihres tatsächlichen Alter, selbst zuordnen bzw. sich selbst sehen würden (zumeist aber, sind es ca. zehn Jahre Unterschied, sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern).



Quelle: Enquete-Kommission Demografischer Wandel (2002)

Abbild 2. Wie alt fühlen Sie sich? („Altersselbstbild“)

Die Grafik bestätigt die vorher erwähnte Problematik, dass es nicht leicht sei, den Begriff „Alter“ eindeutig zu definieren.

Das Alter und auch somit im Regelfall die Pensionierung, stellt ein gewisses Risiko dar. Diese Phase sollte eine Zeit der Stille und eine wohlverdiente Ruhe sein, aber oft zum Zeitpunkt der Pensionierung, bedeutet es Verschlimmerung der Lebensqualität. Einerseits sinkt das Materielle Niveau, andererseits ist es ein ernsthaftes emotionales Problem, vor allem für sehr aktive Menschen, welchen praktisch von heute auf morgen, die ganze, in den Beruf investierte Energie, erlischt. Das Altern ist demzufolge als ein komplexer Prozess zu betrachten und daher sollte es keine Zeitspanne vom plötzlichen Rückzug aus dem sozialen, kulturellen, so wie gesellschaftlichen Leben sein. Die Gefahr der Einsamkeit und Isolation in dieser Phase sei einfach zu groß (Perhofer, 2009).

3.3. Das Altern verdrängen

Die Gesellschaft in Österreich altert, während das Alter nicht akzeptabel ist. Wir wollen so lange wie möglich leben aber zugleich für immer jung sein. Die Welt verändert sich im Blitztempo. Häufig können die Älteren dieses Tempo nicht mithalten und kommen somit dem Fortschritt nicht nach (Walas, 2009); wie z.B. bei der Verwendung von neuesten Handys mit z.B. „Touch-Screen“. Somit fällt die Wahl beim Einkauf solcher Geräte, stark einschränkend aus. Darüber hinaus, verzichtet die ältere Generation auf solche „Luxusartikel“, welche sie leider nicht mehr bedienen können, obwohl Großteil, solche Geräte gern in Anspruch nehmen würde (Bogowolska–Wępsięć, et al., 2007).

Es sieht so aus, als würden wir das Altern verdrängen und nicht wahrhaben wollen, nach dem Motto „ich werde immer jung sein“. Dabei versuchen wir meist die Symptome zu heilen, die keine vollkommene Lösungsansätze sind und das bestehende Problem weder beseitigen noch entgegenwirken. Die meisten Probleme des Alters beginnen dann, wenn die Älteren von Einsamkeit, Krankheit oder Nutzlosigkeit betroffen sind. Meist verstärkt von dem Status und/oder Organisation eigener (näheren) Familie. Familie, bei welcher heutzutage immer weniger Platzangebot besteht, für einen altersschwachen Menschen, welcher Hilfestellung, Unterstützung und/oder Fürsorge seitens unmittelbarer Verwandtschaft, aber vor allem seitens der eigenen Kinder, bedarf. Es steht außer Zweifel, dass die Familie ihren eigenen Lebensrhythmus hat und nicht immer dem betroffenen volle Betreuung anbieten kann (BMFSFJ, 2009). In solchen Situationen, wo die Familie die Verantwortung für die ältere Person nicht übernehmen kann oder die/der Betroffene gar keine Familie hat, sind Einrichtungen, wie z.B. der Sozialhilfe, welche dem betroffenen zu helfen verpflichtet sind. Ältere Menschen können auf die Hilfe und Unterstützung in Österreich, von verschiedenen sozialen Einrichtungen zählen, z.B.: Sozialhilfezentren, Tageszentren und stationäre Einrichtungen, Seniorenclubs (Fonds soziales Wien, 2010).

Hilfebedürftigkeit im Alter bezieht sich nicht nur an die Krankheit selbst, sondern aus dieser Krankheit resultierenden Funktionsstörungen. Die Pflegehilfe soll sich nicht nur nach Wiederherstellung der Gesundheit konzentrieren sondern oberstes Ziel der pflegerischen Maßnahmen ist es die Erhaltung der Autonomie und die Erhaltung vorahnender Ressourcen alter Menschen (Klie, Brandenburg, 2003).

3.4. Autonomie, ein multidimensionaler Begriff

Immanuel Kant (zitiert nach Zehender, 2007) bestimmte Autonomie als „Selbstgesetzgebung“ im Sinne einer rationalen „Selbstbestimmung des Willens“, die er der Fremdbestimmung durch individuelle Instinkte und Gefühle entgegensetzte. Nach der Kantschen (zitiert nach Zehender, 2007) Philosophie ist der Autonomie-Begriff kein eigenständiger Begriff, sondern ist mit dem Begriff der Vernunft unzertrennlich verbunden. In der Pflegewissenschaft wird die Autonomie mit Selbstbestimmung, Selbständigkeit, Eigenständigkeit oder Unabhängigkeit gleichbedeutend gestellt.

Seidl (2000) zeigt auch noch andere sinnverwandte Wörter, in ihrem Werk „Autonomie im Alter“, an: Selbstbefreiung, Selbstverwaltung, Mündigwerden, Freiheit, Mitbestimmung. In der gerontologischen Literatur wird noch betont, dass Autonomie und Unabhängigkeit für ältere Menschen sehr bedeutend sind. Heimerl & Berlach-Pobitzer (zitiert nach Seidl, 2000) analysierten Autonomie anhand drei Aspekte:

1. *Empowerment im Alter*

Empowerment bedeutet Selbstbefähigung, Förderung von Autonomie und Eigenmacht. (vgl. www.empowerment.de/). Empowered hat für die Lebensqualität älterer Menschen kolossale Bedeutung. Kautzer (zitiert nach Seidl, 2000) beschreibt die zentrale Rolle von Empowerment für Pflegeheim-Bewohnerinnen und -Bewohner. Für Kautzer (zitiert nach Seidl, 2000) liegt der Erfolg bei der Steigerung des Selbstwertgefühls der Bewohnerinnen und Bewohner, Ermutigung von Übernahme herausfordernder sozialer Rollen und Förderung sozialer Kontakte. Seidl (2000) zeigt die Kontrolle an, als einen bedeutenden Aspekt von Autonomie.

„Je eingeschränkter die PatientInnen ihre Wahlmöglichkeiten sehen, desto abhängiger fühlen sie sich“ (Seidl, 2000, S.114).

Autonomie bedeutet, Lebensbedingungen und Wahlmöglichkeiten zu haben bzw. Entscheidungen zu kontrollieren und (mit) bestimmen zu können (Seidl, 2000).

Was die zwei Begriffe Empowerment und Abhängigkeit betrifft, so kann man es keineswegs als individuelle Psychostrukturen, sondern viel mehr als die gesellschaftliche, organisatorische und psychosoziale Interaktion charakterisieren.

Nach Clark (zitiert nach Seidl, 2000), sollte man den Begriff Empowerment, als eine Fördermaßnahme, im Kontext von langmöglichster Aufrechterhaltung der Autonomie, verstehen.

Im weiteren Sinne nach Clark (zitiert nach Seidl, 2000) geht es darum, die Balance zwischen eigenen vorhandenen Ressourcen, eigener Biographie und dem Wunsch nach Fürsorge zu finden.

2. Reziprozität und Abhängigkeit

Man bemüht sich für angenommene Hilfe zu revanchieren. Wenn die Hilfe nur von einer Seite entgegengenommen ist, so ist es mit der Abhängigkeit gleichzustellen. Nichts im Gegenzug bieten, bedroht Vereinsamung und Abhängigkeit (Seidl, 2000).

3. Kompetenz im Alter

Alter ist eine Phase, welche mit dem Tod, Krankheit, eventuell auch Verwitwung, etc. konfrontiert ist. In dieser Phase, werden unterschiedliche individuelle Bewältigungsstrategien ausgearbeitet, geprägt durch das Erleben des Individuums. Das Konzept der Pflegebedürftigkeit, welches auf Defiziten und Einschränkungen basiert, wird vom Olbrich (zitiert nach Seidl, 2000) um das Konstrukt der Kompetenz ausgeweitet. Dieses bezieht die Fähigkeiten und Fertigkeiten älterer Menschen ein, welche trotz gewissen Einschränkungen und Hürden, den Alltag meistern (Seidl, 2000).

Bezüglich dementiell Kranken, ist es sinnvoll Autonomiegrade zu unterscheiden. Zehender (2007) unterscheidet zwischen „Handlungsautonomie“ und „Wunschautonomie“.

„So mag jemand räumlich desorientiert sein und von einem Ausgang nicht mehr alleine ins Heim zurückfinden oder nach einem Spaziergang auf der Station oder am Gang nicht mehr alleine sein Zimmer finden, doch weiß diese Person immer noch sehr genau, was sie essen möchte, welche Kleidung sie bevorzugt, und ob sie telefonieren oder lieber fernsehen will“ (Zehender, 2007, S.15).

Bezüglich dieser Spaziergänge, ist zwar derjenige nicht mehr ganz handlungsautonom, aber sein Wunsch nach Mobilität immer noch wahr und als solcher anzuerkennen ist. Mit Hilfe bestimmter, pflegerischer Interventionen, wie z.B. Orientierungstraining, kann der Wunsch in Erfüllung gehen. Wichtig dazu ist anzudeuten, dass nichts tun, aus der Sicht des kranken Menschen, als autonomieverletzend empfunden wird (Zehender, 2007).

„Die Würde des Menschen und die Einzigartigkeit des Lebens stehen im Zentrum allen pflegerischen Handelns“ (Körtner, 2004, S.15).

Die Person als Individuum zu respektieren, heißt in der Pflege, dass ihre Entscheidungen die Folge ihrer Zuversicht bzw. Überzeugungen und Wertvollstellungen sind, auch wenn die Fähigkeiten dieser Person aufgrund des Alters oder einer Krankheit beeinträchtigt sind.

Zehender (2007) schreibt in seinem Artikel, dass die Autonomie kein Privileg ist, dass man es einmal fürs ganze Leben erworben hat, sondern eher als ein kontinuierlicher Prozess betrachtet und welcher ständig erarbeitet werden muss. Das geschieht auf der geistigen, seelischen, körperlichen und sozialen Ebene einer Person. Dieser Prozess steht in Beziehung zur eigener Geschichte bzw. Biographie (Seidl, 2000). Autonomieprinzip beinhaltet das Recht des Menschen:

- Unabhängig vom psychischen oder physischen Zustand geschätzt zu werden
- Über Diagnose, Behandlungen und Pflegemöglichkeiten informiert zu werden
- Sicher zu sein, dass die Privatsphäre respektiert wird
- Informed consent
- Die positive und negative Gefühle äußern zu können
- An der eigene Pflege sich zu beteiligen

(Körtner, 2004)

Des Weiteren ist die Autonomie der Patienten in der pflegewissenschaftlichen Literatur ein aktuelles Thema, obwohl der Begriff Autonomie selbst noch nicht genügend definiert ist. Die Autonomie in der Pflegeliteratur hat zwei Bedeutungen. Erstens: ist mit Begriffen „(Mit)Bestimmung“, „(Mit)Entscheidung“, Wahlfreiheit verbunden und die zweite Bedeutung ist die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit von Hilfe anderer. Im Buch „Autonomie im Alter“ (Seidl, 2000) wurden Zusammenhänge zwischen verschiedenen Aspekten von Autonomie beschrieben, wie Entscheidungs- und Ausführungsautonomie. Die Patientinnen und Patienten, welche nicht (mehr) fähig sind die Handlungen selbst auszuführen, wird auch die Möglichkeit der freien Entscheidung verwehrt. Einschränkung der Entscheidungsfreiheit kann aber auch durch Zwang zu Selbstständigkeit entstehen (Seidl, 2000). Die Patientinnen und Patienten sollen Recht haben sich passiv zu verhalten, gegenüber den Pflegenden.

Erste Aufrufe über die Selbstbestimmung des Patienten anzuerkennen, zeigten sich in der deutschsprachigen Pflegeliteratur erst in den 60er Jahren. Als Pionierinnen des angelsächsischen und deutschsprachigen Verlaufs der wissenschaftlich begründeten Pflege erscheinen zwei Pflegeetheoretikerinnen Grauhan und Henderson (zitiert nach Bobbert, 2002), welche aber schon seit 50 er Jahren in USA populär war. Deutschsprachige Pflegediskussion über individuelle Pflege nach „Pflegeprozessmodell“ begann Ende 70er und 80er Jahren, was wiederum die Einstellung der Pflege an der Individualität des Patienten forderte. Pflege sollte nicht nur auf physische Bedürfnisse angehen, sondern den Patienten auch psychisch, sozial und existentiell zu versorgen. Bis Mitte 90er schärfte sich das Bewusstsein Pflegenden für die Selbstbestimmung des Patienten, der als Ausgangspunkt aller pflegerischen Handels berührte. Es ging um Respekt vor dem Patienten als Mensch und um die Achtung seiner Würde. Bobbert (2002) weist daraufhin, dass die Erfahrungen aus Sicht der Patientinnen- und Patientenperspektive in den Stationären Einrichtungen, wurden im Gegenteil zu pflegerischer Versorgung, wenig erforscht. Die Wissenschaftlerinnen Krohwinkel und Käppeli (zitiert nach Bobbert, 2002) fanden heraus, wie stark unterschiedlich die Sichtweise der Patientinnen und Patienten, bezüglich ihrer Bedürfnisse und Fähigkeiten sind, im Vergleich mit den Vorstellungen der Pflegenden:

„...dass sich die Sichtweise des Patienten zu seinen Bedürfnissen, Problemen und Fähigkeiten und zu seinen Prioritäten, bezogen auf Unabhängigkeit und Wohlbefinden, nur teilweise (und dann auch nur oberflächlich) mit den Vorstellungen und dem Wissen der Pflegenden deckte. Sie stimmten darüber hinaus nur selten mit den in der Pflegedokumentation zu findenden Daten überein“ (Krohwinkel, zitiert nach Bobbert, 2002, S.88).

Des Weiteren beschreibt eine Studie mit geriatrischen Patientinnen und Patienten, von Krohwinkel und Käppeli (zitiert nach Bobbert, 2002), zwei unterschiedliche Sichtweisen der Patientenbedürfnisse im Bezug auf die Interpretation - Perspektive der Pflegenden und die des Patienten: „[...] daß die Patientenbedürfnisse, auch wenn sie vom Patienten selbst geäußert wurden, nur in der Weise berücksichtigt wurden, wie jene der Pflegenden diese individuell und unabhängig voneinander interpretierten. Dabei wurden große Unterschiede deutlich“ (Käppeli, zitiert nach Bobbert, 2002, S. 88).

Es wurde ergänzt, dass es um eine britische Studie ging, wo das Gesundheitssystem etwas anders ist und die Ergebnisse mit Vorsicht angenommen werden sollen (Bobbert, 2002).

Es sieht so aus, als würden die Pflegenden die Bedürfnisse der Patienten erraten wollen, was aber dem Prinzip der Wahrung und Förderung von Autonomie widerspricht. Infolgedessen besteht ein Bedarf, über eine Diskussion über Bedürfnisse alter Menschen in der Langzeitpflege und für die Betreuung in eigenen vier Wänden.

In einer qualitativen Studie „Autonomie erhalten“, wollten Heimerl und Berlach-Pobitzer (zitiert nach Seidl, 2000) eine Antwort auf die Frage: „Was macht alten Menschen zu Hause Angst und was gibt Sicherheit und Vertrauen?“, herausfinden. Folgende Ergebnisse wurden dokumentiert:

“Ganz gleich, welchen Teil ihrer Geschichte sie uns konkret gerade erzählt hatten, es war immer ein Teil der Geschichte ihrer Unabhängigkeit, mehr noch, die Geschichte ihrer Autonomie – beziehungsweise die ihres Autonomieverlust“ (Heimerl & Berlach-Pobitzer, zitiert nach Seidl, 2000, S.106).

Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner in dieser Studie beschreiben ihre Geschichten, zeigen wie es ihnen gelingt, zentrale Aspekte des Alltags selbst zu bestimmen und wie sie die Hilfe des selbständigen Lebens organisieren. Dabei, erzählten die Befragten (älter Menschen, welche professionelle Betreuung zuhause in Anspruch nehmen) wie sie den gewohnten Tagesablauf nach der Heimhilfe richten müssen, oder wenn sie wegen der Krankheit das Haus nicht verlassen können.

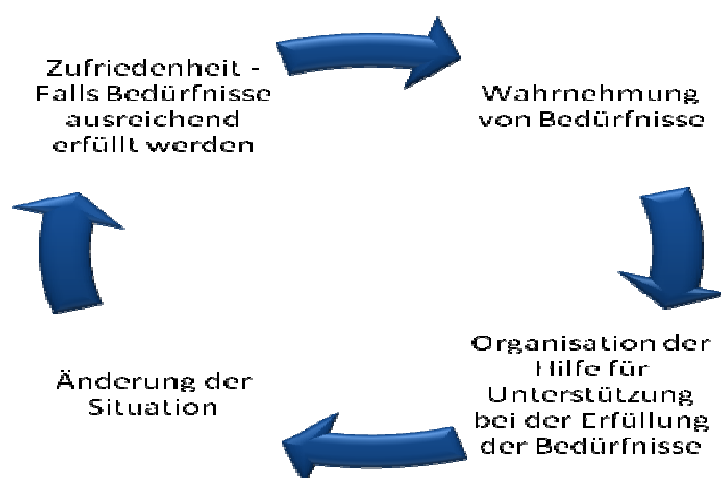
Krohwinkel & Käppeli (zitiert nach Bobbert, 2002) haben es als Autonomieverlust bezeichnet. Demgegenüber, Fähigkeit selbst zu entscheiden oder die Möglichkeit das eigene Leben zu kontrollieren, also Autonom zu sein, ist für diese Probandinnen und Probanden, das größte Bedürfnis.

Demnach ist selbstbestimmtes und selbstständiges Leben für alte Menschen streng mit der Gesundheit verbunden. Verschlechterung der Gesundheit, Verzögerung der Heilung oder Krankheit von pflegenden Familienmitgliedern bedeutet für den alten Menschen eine Einschränkung der Autonomie. Krohwinkel und Käppeli (zitiert nach Bobbert, 2002), fanden 5 größten Sorgen heraus, die auch unter anderen mit Gesundheitszustand verbunden sind. 5 größten Sorgen der alten Menschen zu Hause nach Heimerl und Berlach-Pobitzer (zitiert nach Seidl 2000):

- 1) Sorge um den eigenen Gesundheitszustand
- 2) Sorge um den Gesundheitszustand der pflegenden Partnerin oder Partner
- 3) Sorge wegen eines Notfalls
- 4) Sorge, nicht mehr in die eigenen vier Wände zurückkehren
- 5) Sorge um Tod und Sterben

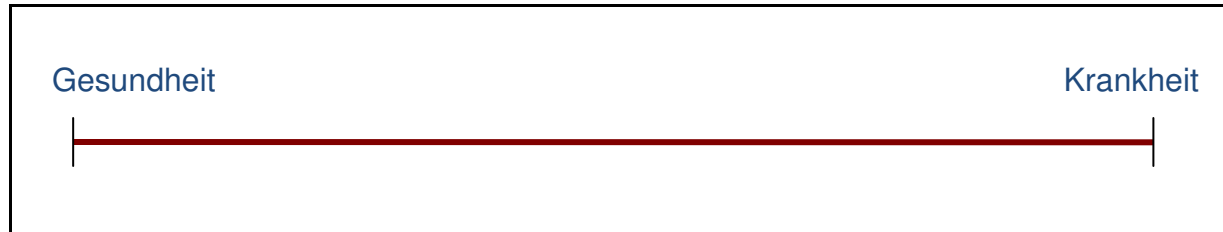
(Heimerl & Berlach-Pobitzer, zitiert nach Seidl, 2000)

Demzufolge wird Autonomie von den alten Menschen zu Hause, als ein kontinuierlicher Prozess und nicht als ein Zustand, den man für immer erwirbt, gesehen. Es wird von diesen Menschen als eine gewisse Eigenschaft verstanden, ein Privileg, der sie ständig begleitet. Es kommt auf Geistigen-, Körperlichen-, Seelischen- und Sozialen- Niveau vor. Der Prozess der Autonomie ist mit der Biographie verbunden. So wie in dem ganzen, erwachsenen Leben, wollen die Befragten auch im Alter weiterhin, in genau jedem Ausmaß autonom sein. Der Prozess der Autonomie selbst, wurde mit einem Kreislauf verglichen (Seidl, 2000).



Abbild 3: Autonomie als Prozeß nach Heimerl & Berlach-Pobitzer (zitiert nach Seidl, 2000) – eigene graphische Darstellung

Des Weiteren, haben Krohwinkel & Käppeli (zitiert nach Bobbert, 2002) das Verständnis von Autonomie der befragten Personen mit Antonovsky'schen Gesundheitsverständnis verglichen,



Abbild 4: Salutogenese nach A. Antonovsky – eigene, sehr vereinfachte Darstellung

welches sich auf einem Kontinuum, zwischen vollkommener Selbständigkeit und vollkommener Abhängigkeit bewegt.

Wenn sich das Ausmaß an Selbständigkeit verändert bzw. wenn die Autonomie sich auf diesem Kontinuum bewegt, dann wird die Autonomie als Lebensthema wahrgenommen.

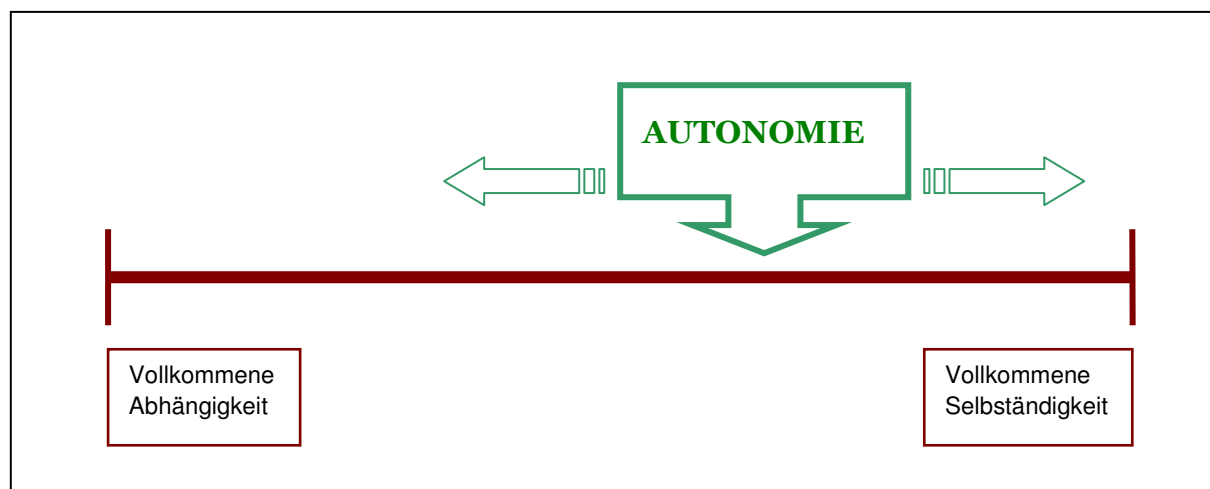


Abb. 5: Graphische Veranschaulichung, Eigenentwurf:

Autonomie als ein Kontinuum zw. vollkommener Abhängigkeit und vollkommener Selbständigkeit

Bedrohlich ist da der anfängliche Autonomieverlust. Dort wo eine wichtige, selbständige Fähigkeit verloren geht, diese wird von Befragten als Verlust der Selbstständigkeit empfunden (Seidl, 2000).

Zur Autonomieverlust bzw. Autonomie Verletzung kommt es aber auch durch Misshandlung der Privatsphäre. Mit dieser Thematik hat sich die deutsche Pflegewissenschaftlerin Bauer auseinander gesetzt und sensibilisierte diese Problematik durch Publikationen in deutscher Sprache (Bobbert, 2002).

Folglich wurde die Kontrolle als zentraler Aspekt im Bezug auf die Wahrnehmung der Privatsphäre erkannt. Diese Kontrolle lässt sich demzufolge in drei Bereiche unterteilen, in welche der Einflussnahme des einzelnen alten Menschen sein muss:

1. *„Die Preisgabe seiner Identität sowie seiner physischen Erscheinung“*
2. *„Der Zutritt zum Territorium und persönlichen Raum einer Person“*
3. *„Drittens muss jeder potentielle Eindringling überprüft werden im Hinblick auf sein Verhältnis zur Person und daraufhin, wie nahe dieser Eindringling zugelassen werden kann“*

(Bauer, 1996, in Wissenschaftliche Expertise zur ONR 116002, S.208).

Die oben genannten Aspekte, betreffen der Privatsphäre und deren Einteilung.

Die Studie: „Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der «informierten Zustimmung» im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen“ (Schopp, 2001), wurde in Berliner Kliniken der Geriatrie und Pflegeheimen durchgeführt. Ziel dieser Forschungsarbeit war die Umsetzung der Konzepte der Autonomie, des „Informed Consent“ und Respektierung der Privatheit aus der Sicht älterer Menschen. Die Ergebnisse zeigen, wie mangelhaft die Befragten über die Behandlung- und Pflegemaßnahmen informiert wurden, und dass sie in nur geringen Ausmaß selbstbestimmte Entscheidungen treffen konnten. Das Pflegepersonal verlangte selten von den Patienten eine Einwilligung sowohl für die Behandlungen, wie auch für die Weiterleitung der Informationen. Je älter die Patientinnen oder Patienten, desto weniger Informationen bekamen sie, obwohl die Pflegeperson eine Informationsquelle für Pflegebedürftige ist. So haben die Älteren die medizinischen Erläuterungen nicht verstanden oder sogar falsch interpretiert. Infolgedessen wurde die Möglichkeit zu autonomen Entscheidungen den Betroffenen verwahrt (Schopp, 2001).

Daraus folgt, dass das medizinische Personal sich besser bemühen soll, den Patientinnen und Patienten die medizinischen Interventionen gerecht und verständlich zu erklären, da andererseits eine paternalistische Handlung unnötig ausgeführt werden könnte.

Auch mittels Erklärungen der Pflegemaßnahmen konnten die unvermeidlichen Angriffe in die psychische Privatheit, durch die Pflegebedürftigen besser akzeptiert werden. In vielen Studien wurde untersucht, was die Privatheit für die Patienten bedeutet. Roosa (zitiert nach Schopp, 2001) zeigte, dass es für die Älteren eine Möglichkeit ist, sich zurückzuziehen. Nach der Studie von Heinemann – Knoch et al (zitiert nach Schopp, 2001), war Wahrung der Privatsphäre im Doppelzimmer überhaupt nicht möglich. Auch durch nicht geschützte Informationen über den Gesundheitszustand, kann die Privatheit der Älteren verletzt werden (Schopp, 2001). Der Patient braucht umfangreiche Informationen über Risiken, Erfolgsaussichten und Wahlmöglichkeiten um in die Entscheidungen, seitens Therapie, einbezogen werden zu können sowie über Konsequenzen, wenn die Therapie nicht stattfindet oder abgelehnt wird. Die Ablehnung einer Therapie muss auch als eine Entscheidung respektiert werden.

In der Literatur findet man einiges darüber, wer „informierte Zustimmung“ von Pflegebedürftigen einholen soll. Nach Aiken & Catalano (zitiert nach Schopp, 2001) Einverständnisse einzuholen, so wie Erklärung durchzuführen, gehört zu dem diensthabenden Pflegepersonal, welcher pflegerische Maßnahmen durchführt. Simon (zitiert nach Schopp, 2001) beschreibt „informed consent“ als ein Prozess der Kommunikation zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Und nach Young (zitiert nach Schopp, 2001) können die Pflegenden damit die Pflegebedürftigen unterstützen.

Ersichtlich wird in diesem Kapitel, wie heikel manche Situationen sind und wie schwierig eine korrekte und fachgerechte Entscheidung dabei zu treffen ist.

In weiterer Folge kommt es zum Ausdruck, wie viel man falsch machen kann, obwohl es manchmal nur ein wenig mehr Bemühen bedarf. Es sind zumeist die kleinen Dinge, die so unbedeutend erscheinen, dennoch viele solche, von großer Bedeutung für die Älteren sind.

Die Hilfsmittel, sprich professionelle Instrumente wie pflegerische Interventionsmaßnahmen (z.B. Aufklärungsgespräche), sind jedoch zahlreich vorhanden und trotz allem wird sowohl die Privatsphäre der Älteren (größtenteils ungeachtet) verletzt, wie auch dessen Autonomie überflüssig geschädigt.

„Zu diesen Standards gehört die Wahrung der Autonomie in der Lebenspraxis oder die Sicherung der Autonomie des Klientels...“

(Lehmenkühler-Leuschner, 1993, zitiert nach Kämer; Schröder, 2000, S.24).

4. Methodik

Dieses Kapitel beschreibt theoretisch, die Vorgehensweise der Datengewinnung, so wie die Art der Ergebnisdarstellung – eine höchstgenaue Darstellung des gesamten Forschungsvorhabens wird angestrebt.

Diese Offenlegung beginnt mit der Problemdarstellung und die daraus resultierenden Forschungsfragen, über die Auswahl des Forschungsdesigns und Datensammlung so wie deren Analyse, bis hin zu der Einhaltung der Gütekriterien und Wahrung der Ethischen Aspekte, wie auch schließlich zur Ergebnisdarstellung.

4.1. Problemstellung

Da immer mehr Menschen im Pensionistenheimen leben, möchten wir dieses Feld untersuchen und die Autonomie im Alter beschreiben.

Dieses Forschungsvorhaben, im rahmen einer Diplomarbeit, sollte sich mit folgenden Forschungsfragen auseinander setzen:

- Was bedeutet Autonomie im Alter aus der Sicht des älteren Menschen, welcher in Einrichtungen der Altershilfe lebt?
- Wie wird Autonomie im Alltag erlebt?
- Was bedeutet Autonomie im Alter aus der Sicht der professionellen, in einer Institution tätigen Pflegekräfte?
- Wie erleben sie Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner im Alltag?
- Wo liegen die Probleme im Verständnis der Autonomie im Alter, aus Sicht der Pflegenden und den zu Pflegenden, im Bezug auf das Erleben des Alltags.

Es sollte herausgefunden werden, wo Probleme im Zusammenhang mit der Autonomie im Alter auftreten können.

Die Untersuchung soll dem besseren Verständnis der Autonomie im Alter aus der Sicht des älteren, institutionell zu betreuenden Menschen verhelfen, was noch wenig erforscht ist (Seidl, 2000). Durch die Erforschung sollten die Problemfelder aufgezeigt werden und mögliche neue Lösungsansätze bzw. Verbesserungsvorschläge ausgearbeitet werden in Zusammenhang mit Wahrung und/oder Förderung der Autonomie im Alter.

Die Ergebnisse sollen Pflegenden helfen, das Verständnis der Autonomie im Alter aus Sicht ihrer Klienten, leichter darzustellen und greifbar zu machen (Praxisnah).

Es soll als eine wichtige und gute Ausgangsgrundlage dienen, für eine weitere Forschungsarbeit in diesem Themenbereich sein.

4.2. Forschungsvorhaben

„Ziel qualitativer Methoden: fähig zu sein, die Welt mit den Augen derjenigen zu sehen, deren Erfahrung Gegenstand der Forschung ist“

(Lobiondo-Wood, Haber, 2005, S.198).

Diese Forschungsarbeit fordert deshalb ein qualitatives Forschungsdesign, da hier zwei Perspektiven erforscht werden und zwar aus der Sicht der professionellen, in einer Institution tätigen Pflegekräfte und der Sicht der älteren Menschen, welche in Einrichtungen der Altershilfe leben.

Da es sich um die Alltags - Erfahrungen handelt, welche aus dem Blickwinkel der Betroffenen möglichst objektiv gesehen, verstanden und beschrieben gehören, wurde die Methode der Feldforschung mit dem Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) gewählt.

Die Feldforschung versucht den zu untersuchenden Gegenstand in ihrem natürlichen Kontext bestmöglich zu erfassen und erforschen.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) ist ein induktives Vorgehen und eignet sich bestens für die Analyse transkribierter Interviews. Die Auswertung kann theoriegeleitet erfolgen (Flöt, 2006).

4.3. Datenerhebung, Analyse nach Mayring (1988)

In unserer Arbeit haben wir nach eingehender Lektüre der aktuellen Literatur einen Leitfaden für ein Interview entwickelt, um die einzelnen Problemfelder der Autonomie im Alter abzudecken. Das Interview ist qualitativ, damit bleibt genügend Raum, die einzelnen Aspekte anzusprechen und in die Tiefe zu gehen. Auch bisher noch nicht genannte Aspekte könnten dadurch aufgezeigt werden, die gerade das Ziel der Befragung waren. Das Interview wurde halbstrukturiert aufgebaut, und ein kurzer Interviewleitfaden sollte sowohl bei Weiterführung des Gesprächs, wie auch den Inhalt des Gesprächs möglichst nah am Forschungsthema zu halten, verhelfen. Die Probandinnen und Probanden sollten die Möglichkeit haben, ohne Einschränkungen, über die fragten Themenbereiche, zu erzählen. Der Leitfaden besitzt Platz für die Memos, damit bleibt es genügend Raum, wichtige Informationen zu halten, welche auf Tonband nicht aufgezeichnet werden können.

Da die Erhebung der Daten, also die Interviews, in diesem Fall an einer Institution, einer Wiener Altershilfe, stattgefunden hat, musste eine Einwilligung seitens dieser Institution, eingeholt werden.

Die Einwilligungserklärung erfolgte schriftlich im September 2010, nachdem das Expose dieser Diplomarbeit, bewilligt wurde.

Die Einwilligungserklärung beinhaltete fünf A4 Seiten, mit möglichst genauer und umfangreicher Information des Vorhabens sowie alle Kontaktinformationen von Verfasserin Margarethe Plewa und Verfasser Peter Plewa

Die Zustimmung erfolgte dann schriftlich, gegen ende Oktober 2010.

Die Interviews wurden mittels Tongerät aufgezeichnet. Die aufgenommenen Interviews wurden danach transkribiert.

Zusätzlich zu den aufgenommenen Interviews, wurde je ein Gesprächsprotokoll geführt, um an Zusatzinformation zurückgreifen können, welche aus den Ton-Aufzeichnungen nicht zu entnehmen waren.

Die Interviews wurden dann in Anlehnung an qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) analysiert. Die aus den Transkripten resultierenden Daten, wurden wie folgt reduziert:

„[...]dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen Überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist“ (Mayring 2003, S51).

Es ging darum, die große Datenmenge auf das Wesentliche zu reduzieren, um schließlich an die Kernkategorien zu gelangen. Die Reduktion erfolgte in zwei wichtigsten Schritten in der Anlehnung an Mayrings Inhaltsanalyse (2003):

erste und zweite Reduktion, bei welchen nichtssagende Paraphrasen weggelassen worden und aussagekräftige Paraphrasen zu Kategorien mittels Bündelung, Konstruktion oder Integration gebildet sind. (Mayring 2003, S.61)

Letztlich wurde zum Schluss überprüft, ob das neugebildete Kategoriensystem die ursprünglichen, erhobenen Daten auch widerspiegelt bzw. repräsentiert.

Nach einem Jahr, werden die Aufzeichnungen der Interviews gelöscht.

Die Teilnehmerrekrutierung (Gelegenheitsstichprobe)erfolgte innerhalb dieser Institution der Altershilfe, nach Einholung der Erlaubnis, mit der Voraussetzung/Kriterium:

- Menschen, die länger als ein Jahr in einem Pensionisten-Haus leben, die auf Deutsch kommunizieren können, nicht kognitiv beeinträchtigt sind und zumindest eine Pflegemaßnahme im Haus in Anspruch nehmen.
- Es sollen diplomierte Pflegepersonen (DGKS und/oder DGKP), welche im selben Wienerpensionistenwohnhaus arbeiten, ihr Tätigkeitsbereich sich auf Pflege der Bewohnerinnen und Bewohner im diesem Haus ausweitet (nicht nur Bettenstation), befragt werden.

Durch die Gegenüberstellung der beiden Untersuchungsobjekte, sollen die beiden Perspektiven veranschaulichter dargestellt werden, so wie die damit zusammenhängenden Problemfelder besser erkennbar und benennbar sein.

Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1988)

Die Reduktionsschritte im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse lassen sich wie folgt veranschaulichen:

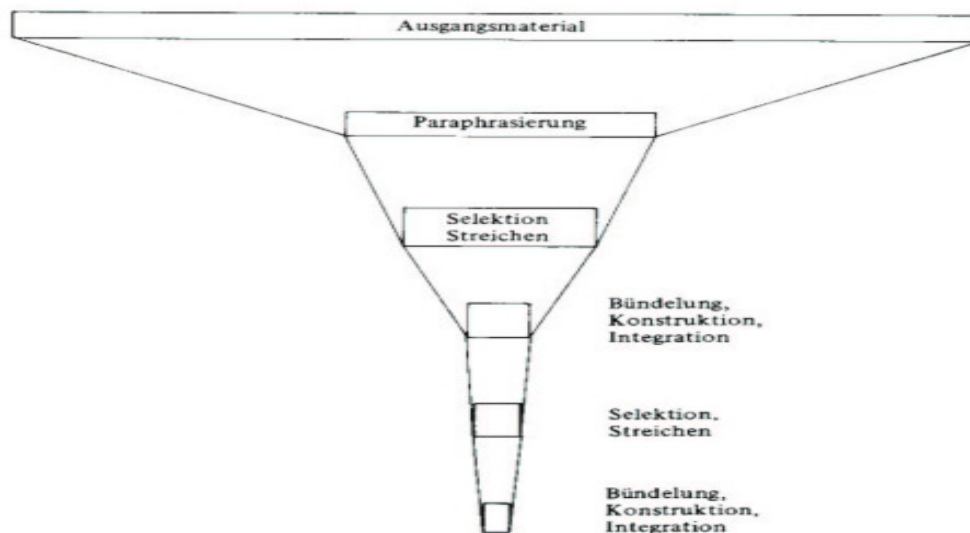


Abb. 6. Materialreduzierung durch die Zusammenfassung (Mayring 1988: S.68)

Im nächsten Abbild wird dargestellt, wie die Reduktionsschritte erfolgen (Beispiel):

Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
A	104	1	Keine psychische Belastung durch Praxisschock gehabt	Kein Praxisschock	K1 Praxis nicht als Schock, sondern als großen Spaß erlebt wegen - vorheriger Lehrererfahrung; - Landschule ohne Disziplinschwierigkeiten; - keine unrealistischen Erwartungen gehabt; - gute Beziehung zu Schülern gehabt
A	104	2	Im Gegenteil, ganz begierig auf Praxis gewesen	Eher auf Praxis gefreut	
A	104	3	Uni = reines Fachstudium, hat mit Lehren wenig zu tun	An Uni wird keine Lehrererfahrung vermittelt	
A	104	4	Konnte aber schon vorher Praxiserfahrungen sammeln	Schon vorher Lehrererfahrung	
A	104	5	Praxis hat großen Spaß gemacht	Praxis hat Spaß gemacht	
A	104	6	War stofflich einfach und faszinierend für die Schüler	Gut vermittelbar Stoff als Bedingung	K 2 Ohne diese Bedingungen Praxisschock schon denkbar
A	104	7	Darauf gewartet, endlich zu unterrichten	Auf Praxis gefreut	
A	104	8	Es gibt schon Enttäuschungen, daß die Schüler nicht so sind, wie man meint	Schon auch Enttäuschungen	
A	104	9	Praxisschock war es bestimmt nicht	Kein Praxisschock	
A	104	10	Arbeitsbelastung nicht so groß (höchstens in Zweigschule)	Wenig Arbeitsbelastung	
A	105	11	Frustriertheit des Lehrers in Großstadtsschule mit Disziplinschwierigkeiten der Schüler denkbar	Frustriertheit des Lehrers in Großstädten denkbar	
A	105	12	Eigene Arbeit (Landschule) durch Spaß entschädigt	Spaß an der Arbeit gehabt	
A	105	13	Schüler mögen mich dort immer noch	Gute Beziehung zu Schülern gehabt	
A	105	14	Bin zu realistisch, als daß ich mir falsche Vorstellungen gemacht hätte	Keine unrealistischen Erwartungen gehabt	
A	105	15	Erzieherische Arbeit ist sowieso bei 35 Schülern und Stofffülle sehr gering anzusetzen	Erzieherische Arbeit nur gering ansetzbar	

Abb. 7. Beispiel für einen Reduktionsdurchgang
im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring 1988, S. 59)

Ein Beispiel aus unserem Vorhaben zeigt (unterhalb), wie unsere Reduktionsschritte in Anlehnung an Mayrings (1988) Inhaltsanalyse erfolgten und zu Kategorien- bzw. Konzeptbildung als ganzes, führten.

Fall	Code Nr., + Zeilennr. (Stichwort)	Schlüsselbegriffe	Schlüsselbegriff, gestützt durch	Reduktion
			•	•
A	T1-95 (Telefon)	„wenn ich Hilfe brauche“	• „wenn ich Hilfe brauche ist es gut, da kann ich mich da telefonisch mit diesem Apparat rufen“ • (Zeile 95)	• Hilfsmitteln, als Bewältigungsstrategien, um: 1. sich sicherer fühlen 2. Kontakt zu Außenwelt 3. selbst Hilfe zu organisieren
A	R1 – 28 (Rollator)	„und dann mit dem Rollator und jetzt habe ich keine Sturze mehr“	• Seit dem schweren Sturz verwendet sie jetzt den Rollator und seit dem ist sie nicht mehr gestürzt. • Beim Konzert zu spät gekommen und auf dem Rollator gesetzt • „ich lasse mich nicht gern tragen, ...mit Rollator kann ich doch gehen“ • „mit dem gehe ich jetzt, der hilft mir schon, wenn man schwindelig wird“ • „den nehme ich immer mit“ (Zeile 28, 435, 491-493)	
A	N1 – 228 (Notrufuhr)	„Notrufuhr“ (das Gefühl von Sicherheit oder als Mittel zum „Zweck“ – vgl. mit Rollator!)	• Funktioniert nur im Wohnbereich • „wenn irgend etwas ist, dass man nicht aufstehen kann“ • „... ich fühle mich dadurch sicher!“ (Zeile 228-232,473)	

Abb. 8. vereinfachte Eigendarstellung der Reduktionsschritte, ein Ausschnitt aus einem Fallbeispiel

Nach den Reduktionsschritten wurden die Daten der einzelnen Fälle im weiteren Schritt, fallübergreifend reduziert.

4.3.1. Recruiting, Interview, Datenanalyse

Verfasserin: Margarethe Plewa

Die Kontaktaufnahme mit den Interviewpartnern erfolgte nach der Einwilligung seitens Direktion und Pflegeleitung des Hauses. Nach einer telefonischen Absprache wurde ein Termin mit einer Mitarbeiterin des Hauses ausgemacht. Sie hat zusammen mit diplomierten Schwestern, jeweils die Bewohnerinnen und Bewohner für die Interviews vorgeschlagen, welche die Kriterien erfüllten und es waren nicht so viele im Haus, wie sie mir auch berichteten. Entweder waren die Bewohnerinnen und Bewohner im Haus komplett Selbständig und brauchten keine Pflege oder es waren Bewohnerinnen und Bewohner, welche viel Pflege gebraucht haben und sich deshalb auf der Bettenstation befanden.

Kriterien:

Bewohnerinnen und Bewohner welche im Appartement länger als 1 Jahr wohnten, die Pflege auch dort benötigten und kognitiv zugleich erreichbar waren. Solche Bewohnerinnen und Bewohner gab es eben sehr wenig, laut Pflegepersonen.

Die Gespräche fanden vom Anfang Dezember 2010 bis ca. ende Jänner 2011 statt. Insgesamt wurden sechs Personen befragt, fünf Frauen und ein Herr.

Ein weiteres Interview mit einem Herrn hat fast schon stattgefunden. Es hat sich aber in einem Gespräch mit ihm herausgestellt, dass der Herr, obwohl er das Interview mitmachen wollte, keine Pflegemaßnahmen mehr hatte und somit die Kriterien nicht erfüllte.

Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wurden zuerst in dem Speisesaal im Haus mit dem Thema konfrontiert, in einem kurzen Gespräch. Das Gespräch wurde jedes Mal und bei jeder Interviewpartnerin und Interviewpartner mit der zuständigen Diplomierten Krankenschwester durchgeführt, damit das Vertrauen erst entsteht. Aufklärung über den Zweck und das Ziel dieser Diplomarbeit wie auch eingehen auf die Fragen hat meistens ca. 20 Minuten gedauert.

Die tatsächlichen Interviews fanden größtenteils am nächsten; zwei noch am selben Tag statt, ein paar Stunden später. Die Termine und die Zeit des Treffens haben immer die Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer vorgeschlagen. Mehrheitlich wurde es in der Nachmittagszeit ausgemacht, wo sich die Bewohnerinnen und Bewohner oft nach dem Mittagessen in den Appartements befanden.

Die Interviews wurden auf Tonband aufgenommen und danach transkribiert. Alles was gesagt wurde, ist eins zu eins transkribiert worden. Auch die Sätze, die im alt wienischen Dialekt waren, wurden im Dialekt schriftlich wahrgenommen, mithilfe des Audioprogramms „Audicity 1.3. Beta“. Die Transkripte, wurden mit Hilfe eines Computerprogramms „MS Office WORD“ erstellt.

Alle Interviews dauern ca. eine Stunde, plus die Zeit für Aufklärung und Unterzeichnung des Einverständnisses. Zwei Interviews wurden durch Handyläuten unterbrochen, ein durch ein nicht angekündigten Besuch einer Nachbarin.

Alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner waren einverstanden, dass die Gespräche mittels eines Digitalgerätes aufgenommen, wie auch während des Interviews, Notizen (Memo) gemacht werden. Nach den Interviews wurden alle nützlichen Informationen, die als wichtig empfunden wurden, über die Interviewpartnerin und Interviewpartner, so wie über die Interviewsituation, gesammelt. Dank diesen Feldnotizen konnte bei der Interviewanalyse das Bild des Interviewpartners besser verstanden und beschrieben werden. Die Notizen beinhalten allgemeine Informationen über die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner allein, aber auch über ihre/seine nonverbale Reaktionen, Besonderheiten, wie auch über das Appartement. Alle Notizen wurden aufgehoben. Insgesamt wurden sechs halbstandardisierte Interviews mit Leitfaden durchgeführt. Der leitfaden diente nur als Erinnerungsinstrument, damit die wichtigen Themenbereiche angesprochen werden. Die Interviewteilnehmerin und Interviewteilnehmer haben gern und offen gesprochen.

Die Interviews wurden “face to face“ durchgeführt, in Interviewteilnehmerin und Interviewteilnehmer gewohnter Umgebung, dh. in den Appartements. Anschließend wurde eine Einwilligungserklärung unterschrieben, welche auch die Zustimmung zur Aufzeichnung auf Tonband beinhaltet hat. Es wurde immer von beiden Seiten kurz vor dem Interview unterschrieben.

4.3.2. Recruiting, Interview, Datenanalyse

Verfasser: Peter Plewa

Das Interview und der Leitfaden

Die Interviews, wie bereits vorher beschrieben, wurden halbstandardisiert aufgebaut. Es waren offene Interviews, welche mit einem selbstentwickelten Leitfaden durchgeführt wurden und mittels digitalen Diktiergeräts aufgenommen wurden.

Der Leitfaden wurde nach eingehender Literatur erstellt. Bei durchgehen der Literatur, sind neben dem entstandenen (daraus) theoretischem Teil dieser Arbeit, auch zahlreiche Notizen gemacht worden, zum Thema „Leitfaden“. Alle potenziell relevante Themen, wurden aufgeschrieben und flossen dann nach der Selektion in den Endleitfaden hinein. Die Selektion der Bereiche des Leitfadens erfolgte auf Basis der in der pflegewissenschaftlichen Literatur vorkommenden wichtigsten Bereiche oder Fachbegriffe der „Autonomie im Alter“, nämlich:

- Soziale Isolation, Einsamkeit und Alleinsein
- Informed Consent
- Wahrung und Förderung von Autonomie
- Pflegeprozeß
- Intimsphäre und/oder Privatsphäre
- Paternalismus

unter Berücksichtigung weiteren, in der Literatur vorkommenden Aspekte (*nach Zehender, 2007*):

- *Vernunft*
- *Selbstbestimmung*
- *Selbständigkeit*
- *Eigenständigkeit oder Unabhängigkeit*

so wie auch (*nach Seidl, 2000*):

- *Selbstbefreiung*
- *Selbstverwaltung*
- *Mündigwerden*
- *Freiheit*

Der Leitfaden wurde anschließend im Kolloquium mit Kolleginnen und Kollegen, so wie durch den Betreuer evaluiert.

Der Leitfaden beinhaltete freien Platz für Feldnotizen, um ein bestmögliches Gesprächsprotokoll erstellen zu können. Durch dieses Gesprächsprotokoll könnte man an Zusatzinformationen gelangen, welche aus der Tonaufnahme nicht zu entnehmen waren. Eine Kopie des Leitfadens befindet sich im Anhangteil dieser Arbeit.

Interview – vom Recruiting bis zur Transkription

Nachdem die Zustimmung seitens dieser Institution der Wiener Altershilfe ende Oktober 2010 erfolgte, konnte mit dem Recruiting der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner, in diesem Fall innerhalb des diplomierten Pflegepersonals, welches für die Pflegebedürftigen Bewohner zuständig waren, begonnen werden.

Zunächst wurde ein Gesprächstermin mit der Stationsschwester vereinbart. Bei diesem Termin wurde das Vorhaben diskutiert, so wie über mögliche Interviewpartner oder Interviewpartnerinnen gesprochen. Danach wurde ein Kontakt mit einer Mitarbeiterin aufgenommen, welche bei dem nächsten Teamgespräch innerhalb der Pflegepersonen auf das Recruiting, die in Frage kommenden Personen, informierte und um Teilnahme in meinem Namen, angesucht hat. Nachdem die Liste aller in Frage kommenden Pflegepersonen verfasst war, wurde mit diesen Pflegepersonen während des Dienstes wie auch telefonisch ein Termin für das Interview ausgemacht. Die Interviews wurden während Ihrer Mittagspause wie auch kurz nach dem Dienst durchgeführt. Die Räume wurden von den Pflegepersonen selbst vorgeschlagen. Obwohl es „ruhige“ Räume waren und die Pflegepersonen sich meist während der Mittagspause befanden, wurden alle Interviews durch Dritte so wie durch ankommende Telefonate an die Pflegepersonen (alle Pflegepersonen trugen Decthandy's bei sich), meist kurz gestört.

Es wurden alle für die Bewohnerinnen und Bewohner im Haus zuständigen Pflegepersonen, samt Stationsschwester befragt. Es waren fünf diplomierte Gesundheitskrankenschwestern und ein diplomierter Gesundheitskrankenpfleger.

Zwei weitere diplomierte Pflegepersonen haben nach längerer Verhandlungs- und Aufklärungszeit das Interview nicht mitmachen wollen was auch, unter Berücksichtigung des informed consent, respektiert wurde. In erster Linie deklarierten sie, nicht ausreichend Informationen über die Situation und vor allem der Autonomie der Bewohnerinnen und Bewohner in den Appartements zu besitzen, da sie überwiegend im stationären Bereich der Pflege tätig sind. Des Weiteren hat eine der beiden diplomierten Pflegepersonen (welche das Interview ablehnten) eine starke Scheue und vor allem Unverunsicherung durch die Tonaufnahme des Interviews geäußert.

Des Weiterem, vor dem Tatsächlichem Interview, wurde das Vorhaben meinerseits deutlich erklärt, wie auch auf die Fragen des Interviewpartners eingegangen, wo schließlich dann die schriftliche Zustimmung der Tonaufnahme erfolgte: Einverständniserklärung der Tonaufzeichnung.

Eine Kopie dieser Einverständniserklärung befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Nach der Formalität, begann dann die Aufnahme des Interviews mit der Einstiegsfrage: „was sie unter Autonomie im Alter verstehen?“. „wie es hier gewahrt und gefördert wird?“.

Alle Interviewteilnehmerin und Interviewteilnehmer wurden auf den Beginn, wie auch Ende der Tonaufnahme aufmerksam gemacht. Die allgemeine Interviewzeit betrug zwischen ca. 1 und 1,5 Stunden, je nach Dauer der Zeit für die Erklärung und Formalitäten. Die tatsächliche Interviewdauer (Aufnahme) ist im Durchschnitt mit ca. 45 Minuten zu verzeichnen.

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen November 2010 und Jänner 2011 durchgeführt. Die Tonaufnahmen wurden mit 2 digitalen Tonaufnahme-Geräten aufgenommen, um sowohl die Qualität wie auch Ausschließung des Verlustes/Defektes der Audioaufnahme zu gewährleisten. Die Interviews wurden mit Hilfe des speziellen Audioprogramm „Audacity 1.3 Beta“ transkribiert, um unverständliche Stellen gering wie möglich zu halten. Dieses Programm ermöglicht z.B. die Stimmeverstärkung, Verlangsamung der Aufnahme so wie Aufspaltung der Audiospur (z.B. bei stark störendem Hintergrundgeräusch), u.v.m.

Hier ein Beispielbild (Desktopbild) vom „Audacity 1.3. Beta“:

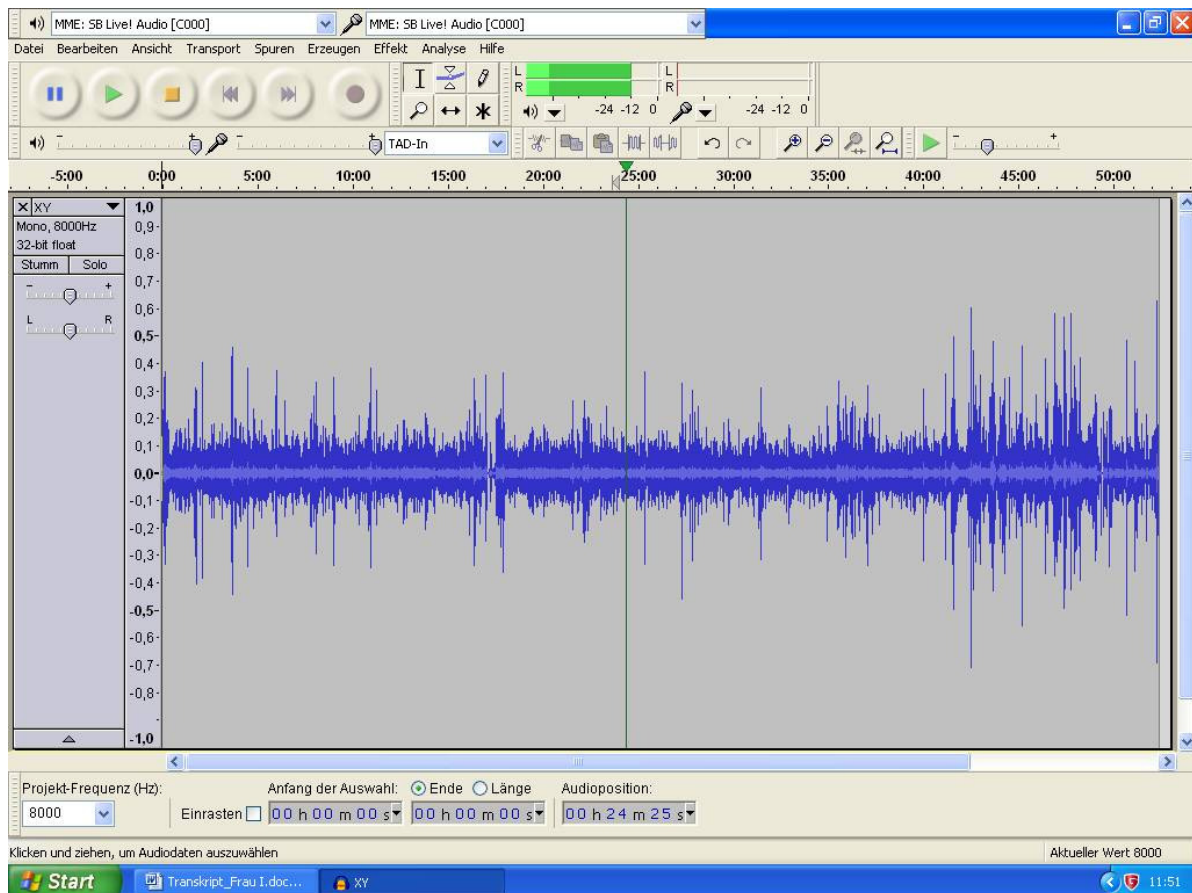


Abb. 9. Desktop „Screenshot“ vom „Audacity 1.3. Beta - Beispiel

Der Transkriptionstext wurde mit MS Office Programm „Word“ verfasst und mit Zeilennummern versehen. Der Text wurde möglichst Original beibehalten, d.h. z.B. in Dialektsprache oder Stellen vermerkt, wo Interviewpartner lacht oder längere Pause macht, so wie Stellen protokolliert, die trotz des Audacity Programms leider weiterhin nicht verständlich waren.

Bei einer Interviewperson musste mit auf Ihren Wunsch, eine Textpassage ausgelassen und somit weder transkribiert wie auch nicht weiter verwendet werden. Die hälfte der Interviewpersonen haben während des Interviews regelmäßig auf die Uhr geschaut. Eine interviewte Person machte sogar die Bemerkung zum Schluss des Interviews, dass ihre Zeit für das Interview bald um sein wird:

Fall „F“, Zeile 314: „*haben wir noch viel?*“ (zugleich auf die Uhr schauend).

Obwohl der Zeitmangel zu spüren war, sind die Interviewgespräche überwiegend ruhig verlaufen. Alle befragten Pflegepersonen haben überwiegend aufschlussreiche wie auch sehr detaillierte Aussagen gemacht.

Der erstellte Leitfaden, hat sich durchaus bewährt. Jedes Gespräch verlief sehr fließend und es wurde auf jedes Thema eingegangen. Außerdem konnten die befragte Person, wirklich frei erzählen, ohne unterbrechen zu werden. Es wurden dadurch auch viele praktische Beispiele genannt und einige interessante Tatsachen erwähnt, welche nicht im Leitfaden vermerkt bzw. vorgesehen waren, wie z.B.: der Krankenhaus Aufenthalt von Bewohnern, aber vor allem die Rückkehr aus dem. Dies wurde dann Berücksichtig und im weiteren Interviews darauf auch eingegangen.

Es ist noch zu erwähnen, dass der Zeitpunkt der Interviews, sich nach den Pflegepersonen gerichtet hat. Es wurde jeder befragten Person auch ein Zeitpunkt außerhalb der Dienstzeit angeboten. Zumeist, wie schon vorher erwähnt, haben die Befragten jedoch großteils Ihrer Mittagspause, meinem Interview gewidmet.

Datenauswertung

Die mit Ms Office Programm „Word“ verfassten Transkripte, wurden im Anlehungsverfahren an qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (1988), wie schon im Kapitel „Methodik“ dieser Arbeit beschrieben wurde, ausgewertet und analysiert.

Als Kontrolle des Anlehungsverfahrens, diente die Übung und zugleich die ersten Analysen der Transkripten, während des Kolloquiums, zusammen mit Kolleginnen und Kollegen aber vor allem mit dem Betreuer selbst.

4.4. Gütekriterien

Diese Forschungsarbeit im Rahmen der Diplomarbeit, baut auf Gütekriterien nach Mayring (2002) auf:

- Argumentative Interpretationsabsicherung
- Regelgeleitetheit
- Nähe zum Gegenstand
- Kommunikative Validierung
- Perspektivistische Triangulation

Die Argumentative Interpretationsabsicherung wurde, durch die Offenlegung neuester Fortschritte der Arbeit, während der Kolloquien, abgedeckt.

Des Weiteren wurde die Nachvollziehbarkeit, so wie die Offenlegung des Forschungsprozesses, indem man die Methoden und das Vorgehen in dieser Arbeit, genau dokumentiert hat, belegt. Alle Eigeninterpretationen wurden durch Originalzitate so wie Argumente gestützt. Die gesammelten Daten wurden, wie schon vorher erwähnt, systematisch nach Mayring (2002) ausgewertet und analysiert. Durch die halbstandardisierten Interviews, welche im natürlichen Umfeld aller befragten Personen stattfanden (Appartements und Pflegestützpunkt), war die Nähe zum erforschten Gegenstand gegeben.

Der Aufbau bei der Erstellung dieser Arbeit wurde laufend in Kolloquien offengelegt und sowohl mit Kolleginnen und Kollegen, wie auch mit dem Betreuer diskutiert.

Die Perspektivistische Triangulation in diesem Vorhaben, bildet die zwei unterschiedlichen Sichtweisen der Pflegepersonen und der Bewohnerinnen und den Bewohner, welche auch untersucht wurden.

4.5. Ethische Aspekte

Autonomie ist einer von vier Prinzipien: Autonomie – Selbstbestimmung, Nicht schädigen <Primum non nocere>, Hilfe leisten, Gerechtigkeit (Fölsch, 2008); welche die Grundlage der Pflegeethik bilden und als ein wichtiges Kriterium in der Ethik herangezogen wird.

„Die Freiheit des Einzelnen findet ihre Grenze dort, wo die Freiheit des Anderen beginnt. Sittliche Autonomie unterscheidet sich daher von der Willkür. In meinem Tun und Lassen habe ich stets den Mitmenschen und sein Wohlergehen mitzubedenken“ (Körtner, 2004, S.15).

Das Thema der Autonomie im Alter ist ein sehr heikles und weit umfassendes Gebiet, ein überaus wichtiger, Angst machender Prozess im Leben älterer Menschen.

Daher ist es erforderlich, sehr erwägend auf diese Problematik einzugehen, da die Gefahr besteht, Wunden aus der Vergangenheit bei Probandinnen und Probanden aufzureisen.

Bei diesem Forschungsvorhaben wurden nur solche Probandinnen und Probanden befragt, welche sowohl bei gesundem Geist, wie auch voll urteilsfähig waren und weder unter Demenzerkrankung noch an Alzheimer Krankheit litten.

„In der medizinischen Forschung am Menschen haben Überlegungen, die das Wohlergehen der Versuchspersonen(...)betreffen, Vorrang vor den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft“ (Körtner, 2004, S.157).

Für dieses Forschungsvorhaben, im Rahmen dieser Diplomarbeit, musste kein spezielles ethisches Clearing vorgenommen werden, da alle Befragten Personen nicht kognitiv beeinträchtigt waren, sprich weder unter Demenz noch an Alzheimerkrankheit litten. Da die Interviews an einer Institution durchgeführt werden mussten, wurde eine schriftliche Erlaubnis zur Durchführung dieser, eingeholt.

Die Teilnahme Aller der befragten Personen an diesem Forschungsvorhaben erfolgte sowohl anonym wie auch freiwillig und deren Zustimmung konnte jederzeit widerrufen werden.

Vorkommende Namen wurden anonymisiert und nicht an dritte weitergegeben, um Zusammenhänge mit Personen auszuschließen.

Sowohl im Falle besonders heikler Situationen wie auch auf Wunsch von Probandinnen und Probanden, konnte das Tonband abgeschaltet und Situationen so wie Aussagen nicht weiter bearbeitet werden.

Die Interviews wurden an einer Einrichtung der Wiener Altershilfe, südlich Wiens, durchgeführt mit Erlaubnis dieser Institution.

Die Teilnehmer-Rekrutierung und Befragung erfolgte innerhalb der Institution und ebenfalls nach Einholung Ihrer Erlaubnis unter Wahrung des „informed consent“.

Das Konzept des „informed consent“ stellt eine Grundvoraussetzung für ein ethisch-moralisches Handeln dar. Es dient zur Erhaltung des Gleichgewichts zwischen Patientenautonomie und Forschungsinteresse. Zweck dessen ist es, dass die Probandinnen und Probanden über die Absicht und Nutzen der Studie so wie über etwaige Risiken der Teilnahme an dieser Studie, ausreichend und in einer für Sie verständlicher Form, sowohl informiert wie auch aufgeklärt sind. Unter Wahrung von „informed consent“ wird versichert, dass die Probandinnen und Probanden zustimmungsfähig sind und ihre Zustimmung freiwillig zustande kam (ohne äußeren Druck).

Des Weiteren muss die Möglichkeit gegeben werden, von dem Forschungsvorhaben jederzeit aussteigen zu können (also die Zustimmung zu widerrufen), und zwar ohne ein Grund genannt zu haben. Vorkommende Namen müssen anonymisiert und nicht an dritte weitergegeben werden, um Zusammenhänge mit Personen auszuschließen. Die Probandinnen und Probanden sind vor möglichen psychischen wie auch physischen Gebrechen zu schützen (Körtner, 2004).

5. Ergebnisse – die Sicht der älteren Menschen

Verfasserin: Margarethe Plewa

In diesem Teil der Diplomarbeit, gehe ich auf die Sichtweise der Bewohnerinnen und Bewohner, auf ihre Autonomie. Wie schon im Theorieteil beschrieben worden ist, möchte ich mit meinem Vorhaben, die Perspektive des alten Menschen beschreiben, welcher im würdigen Alter, in ein Pensionistenhaus umzieht um dort weiter zu leben.

5.1. Fallbeschreibung

Fall A

Die Interviewpartnerin ist 88 Jahre alt, Einzelkind, verwitwet und hat keine Kinder. Sie ist Oper und Theater Liebhaberin. Sie hat zuletzt in der Buchhaltung gearbeitet, wo sie mit der Abrechnung beschäftigt war. Davor war sie Jahrelang Assistentin in einer Rechtsanwaltskanzlei tätig. Vor dem Einzug in das Pensionistenwohnhaus lebte sie zusammen mit ihrem Gatten in einer Mietwohnung in einem Zinshaus. Sie besaß zudem ein 500m² Gartengrundstück.

Sie lebt seit 8 Jahren in diesem Pensionistenhaus. Sie war 45 Jahre lang verheiratet, mit einem Mann, welcher 18 Jahre älter war. Sie hat in einer 2 Zimmerwohnung zusammen mit dem Gatten und Pflegebedürftiger Mutter gelebt. 3 Monaten nach dem Tod ihrer Mutter ist der Ehemann auch verstorben.

Sie ist dem Wunsch des Gatten nachgegangen und hat sich für das Pensionistenheim angemeldet.

Das Interview findet im Apartment von Fr. A statt, im Wohnzimmer. Das Apartment befindet sich in dem obersten Stockwerk, wo man einen wunderschönen Blick auf Wien Süd hat. An der Wand hängt ein Bild vom Grab des Ehegatten mit einem kleinen Ausweisbild von ihm. Sie geht mit Hilfe eines Rollators. Die Wohnung wirkt Ordentlich, geräumt.

Fall B

Die Interviewpartnerin ist 92 Jahre alt, verwitwet, hat keine Kinder. Sie ist Oper und Theater Liebhaberin und hat bescheidende Stofftiersammlung. Sie hatte vor der Pensionierung auf der Post gearbeitet, vorher auch als Hilfsarbeiterin im Büro und in der Krankenkasse. Freiwillig war sie im Haus als Stockwerksprecherin tätig. Als ich zu ihr kam, säuberte sie gerade den Boden. Auf meine Frage ob ich ihr helfen könnte, beantwortete sie mir:

„nein, nein! danach habe ich Zeit, ich mach das später, das tut mir gut!“.

Sie war sehr gastfreundlich, hat ein Saft zum trinken angeboten. Hat gern und offen erzählt. Nach dem Interview nahm sie ein paar alte Bilder raus, von ihr und ihrem Ehegatte, auch paar Zeichnungen, die ein ehemaliger Soldat auf Kreta den Ehegatten gemalt und geschenkt hat und erzählte noch eine Weile über ihre Vergangenheit.

Die Wohnung wirkt gepflegt. Auf der Wand hängt ein Bild von ihrem Ehemann. Für Abwechslung hängt sie die Bilder um, damit sie immer wieder ein anderes hängen hat. Als Gehhilfe benötigt sie ein Rollator. Auf der Hand trägt sie eine Notrufuhr.

Fall C

Die Interviewpartnerin ist 90 Jahre alt, war zwei Mal verheiratet, verwitwet, hat zwei Kinder, eine Tochter und einem Sohn. Sie wohnt in dem Haus seit sieben Jahren. Vor der Pensionierung arbeitete sie als Lohnbuchhalterin. Die Wohnung wirkte sehr gepflegt, sogar eher steril. Alles war mit großer Genauigkeit geordnet. Im Wohnzimmer stand eine kleine Couch mit vielen Polstern drauf. Auf dem Tisch hatte sie sehr viele Kreuzworträtsel liegen. Alle Möbel wurden neu gekauft. Die Interviewpartnerin selbst wirkte sehr gepflegt.

Ihre Tochter hatte auf die Anmeldung in das Pensionistenhaus gedrängt. Dadurch hat sie ihre Gewohnte Umgebung verloren, wie sie es auch oft berichtete. Sie geht mit Hilfe eines Geh-Stocks, obwohl sie ein Rollator besitzt, benützt sie ihn nicht, weil wie sie meint, der Rollator ihr „gerade Körperhaltung“ hemmt.

Fall D

Die Interviewpartnerin ist 89 Jahre alt, war zwei Mal verheiratet, hat einen Sohn. Seit 10 Jahren ist sie verwitwet. Sie ist gebürtige Deutsche. Sie deutet stark wie sehr sie mit Deutschland verbunden ist und das sie die Heimat sehr vermisst. Sie wohnt in der Pensionistenhaus seit 10 Jahren. Ihr Appartement befindet sich im ersten Stock. Während des Interviews saß sie auf der Couch. Sie wirkte traurig und nachdenklich. Sie zeigte ein Foto von einem jungen Mann, in dem sie mal stark verliebt war, und erzählte mit Bedauern über ihre unerfüllte Liebe. Die Möbel bekam sie teilweise von ihrer Schwester, teilweise musste sie neu kaufen. Die Wohnung wirkte geräumt. Sie geht mit Hilfe eines Rollators und zum Lesen braucht sie eine Lupe.

Fall I

Die Interviewpartnerin ist 89 Jahre alt, verwitwet, hat 2 Kinder, ein Sohn und eine Tochter. Sie wohnt seit 9 Jahren in diesem Haus. Sie hat ein künstlicher Darmausgang und fühlt sich deswegen, wie sie berichtete, immens unkomfortabel. Während des Interviews saß sie auf der Couch. Vor ihr stand der Rollator mit aufgestelltem Glass Wasser oben drauf. Sie redete sehr langsam und leise, jedoch gern. Die Wohnung war teilweise mit ihren alten Möbeln möbliert. Die Wohnung wirkt gepflegt. An der Wand hängen ihre alten Bilder, die sie von zuhause mitgenommen hat. Das Interview wurde einmal abgebrochen, wegen eines Besuchs von ihrer Nachbarin. Sie geht im Appartement mit Hilfe eines Rollators.

Fall E

Der Interviewpartner ist 96 Jahre alt, verwitwet, hat keine Kinder. Vor der Pensionierung war er 9 Jahre Direktor an einer Volksschule in Wien. Sehr engagiert in eine Religionsgemeinschaft, geht regelmäßig zu Versammlung dieser Gemeinschaft. Er ist ein Bücherliebhaber, denn überall wo Ablagefläche ist, sind Bücher gestapelt gelegen, was an eine Bibliothek erinnerte. Er hat alte Möbel von zuhause genommen. Sein verstorbener Neffe, welchen er sehr vermisst, machte die Möbel zu der Wohnung passend. Der Interviewpartner redete sehr gern und offen, ist auch sehr oft und weit vom Thema abgewichen. Hat viel über seine Vergangenheit erzählt. Mit Hilfe des Interviewleitfadens, konnte man jedoch das Gespräch, immer wieder zurück zum Thema führen.

5.2. Umzugsphase

Für manche Interviewteilnehmerin und Interviewteilnehmer war der Umzug in das Pensionistenhaus schon seit längerer Zeit geplant. Sie wussten, wenn der Gesundheitszustand sich verschlechtert, können oder werden Schwierigkeiten auftreten. Sie berichten, dass es aufgrund verschiedener Einschränkungen, das Leben in der Wohnung nicht mehr zu führen war.

„Es war vom Haus aus der Plan, dass ich in ein Pensionistenheim der Stadt Wien komme [...] Es war alles geplant, dass ich daher komme...ich habe gesehen, es geht nicht recht“ (Fall E, Zeile 39-27).

Mehrere Befragten wurden durch andere Familienmietglieder angemeldet, wie zum Beispiel durch Ehegatte/Ehegattin oder Geschwister. Aber auch Kinder haben die Entscheidung getroffen, die Eltern in einen Pensionistenheim anzumelden. Es ist in mehreren Gesprächen vorgekommen.

„geh Mama, geh“ (Fall I, Zeile 55).

„Kinder, die mich gedrängt haben“ (Fall C, Zeile 6).

Eine befragte Person wollte nicht allein in Deutschland bleiben, wo sie nach mehreren Jahren in Österreich, wieder in die Heimat Deutschland zurückkehrte. Ihre Schwester, die in Österreich wohnt, meldete sie in dieses Pensionistenhaus in Österreich an.

„ich wäre ja nicht alleine in Deutschlang geblieben [...] die (Schwester) hat mich angemeldet“ (Fall D, Zeile 88).

Nur eine Person hat sich selbst angemeldet, wobei mit auf Wunsch des Ehepartners.

„Ihr Gatte bestand darauf, dass Sie sich für ein Pensionistenheim anmeldet – Sie hat sein Wunsch erfüllt“ (Fall A, aus Feldnotizen).

Manche Interviewteilnehmerin und Interviewteilnehmer haben sich für ein Doppeltappartement angemeldet, wobei in allen Fällen der Tod des Ehegatten/Ehegattin früher eingetreten ist, als sie den Platz in dem Haus bekamen.

„und grad wie die Zeit war, wo wir da eingeladen worden sind, dass wir kommen [...] ist er gestorben“ (Fall B, Zeile 288).

Oft sind sie kurz nach dem Tod des Ehepartners oder Ehepartnerin umgezogen.

„dies war der 27 Dezember, meine Frau ist am 18 Oktober verstorben“ (Fall E; Zeile 50).

Für viele Befragten war die eigene Wohnung mit bestimmten Personen verbunden mit denen sie jahrelang gelebt, beziehungsweise gewohnt haben. Nach dem Tod dieser Personen wollten sie nicht mehr alleine in der Wohnung bleiben.

„Alleine in der Wohnung wollte ich nicht sein [...] weil er (Ehemann) weg war“ (Fall B, Zeile 300-302).

Ein wichtiger Grund die eigenen vier Wände zu verlassen war auch die Wohnungssituation. Die Wohnungen waren oft für alte, kranke Menschen ungeeignet, wie zum Beispiel fehlender Aufzug oder die Badewanne, in welcher das duschen ein Problem war. Die Befragten zählten auch andere Gründe, in ein Pensionistenhaus zu gehen, auf. Sie haben berichtet über die Sorgen im Notfall allein in der leerer Wohnung zu sein. Banale Notwendigkeiten, wie Einkaufen gehen, schienen als problematisch.

„Die Wohnung, ist also wie soll ich sagen? Sehr rückständig, nicht modern genug, das Badezimmer ist ja, hat mir Schwierigkeiten bereitet, weil ich in die Badewanne hineinsteigen muss um zu duschen. Wie gesagt, ich kann nicht einkaufen gehen, weil ich im 1 Stock gewohnt hab und das waren halt die Gründe. Und dann auch weil ich ja ganz allein war. Und da hatte ich natürlich immer Sorge, was ist wenn ich da jetzt am Bett lieg ...“ (Fall C, Zeile 7).

Manche Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer berichten über die Angst zu Hause, ein Pflegefall zu werden, beziehungsweise über Krankheiten, die dazu führen, nicht mehr in der Lage zu sein, um sich selbst zu sorgen. Sie erzählten über gewisse Unsicherheit im Fall eines Schicksals, alleine zu bleiben.

„und hab gesagt, bei mir kann ja was anders sein, ein Schlaganfall, man muss ja nicht gleich Tod sein. Und ich kann mich dann auch nicht rühren. Wer macht das dann?“ (Fall I, Zeile 36).

Für viele Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer ist der Umzug ins Pensionistenhaus nicht leicht gefallen. Es wird von Schwierigkeiten der Anpassung auf neuen Platz gesprochen, wie auch von der Furcht, sich an die schwere Lebensphase „eigene Welt zu verlassen“ nicht assimilieren zu können. An diese Phase welche auf sie zukam, hatten einige schon rechtzeitig gedacht. Sie hatten sich Zeit gelassen um einen Abschied mit der gewohnten Umgebung zu nehmen und gleichzeitig sich aufs Neue einzugewöhnen.

„habe mir gedacht, vielleicht eine kleine Zeit zum eingewöhnen, um mich von dort in Ruhe zu lösen“ (Fall A, Zeile 212).

Viele haben dutzende Jahre in einer Wohnung gelebt. Die gewohnte Umgebung war für manche eng mit anderen Menschen zusammengebunden. Sie zu verlassen ist den Meisten nur sehr schwer gefallen, weil sie die bekannten Menschen auch verlassen mussten.

„und für mich war sehr, sehr schwer dort wegzugehen[...]ich vermisse die Umgebung, die Menschen, die Menschen vermisse ich, weil ja alle gekannt habe und sogar die Kindes Kinder gekannt habe“ (Fall C, Zeile 20-27).

Eine Befragte Person sagte, dass sie sich den Umzug und die ersten Tage im Haus anders vorgestellt hatte. Die andere Welt mit der sie nach dem Umzug konfrontiert worden ist, unterscheidet sich von dieser, in welcher sie bisher gelebt hat.

„dies ist halt leider nicht das, wo ich gewohnt bin von zuhause“ (Fall C, Zeile 237).

Erfahrungen mit „nicht akzeptiert zu werden“, besonders am Anfang, haben bei der Umzugsphase Viele mitmachen müssen. Sie berichten über Schwierigkeiten hauptsächlich mit anderen Bewohnerinnen und Bewohner im Haus. *„ich bin mir so fremd vorgekommen, und es hat sehr lange gedauert[...] ich habe jetzt wohl eine netten Tisch, wo ich immer am Abend hingehe, aber die sind auch zu 4, und haben nicht sehr gerne, wenn jemand anderer dazukommt“ (Fall C, Zeile 32).*

5.3. Verluste

Es werden Verluste verschiedener Art beschrieben. Verluste die mit Gesundheitszustand zu tun haben, Verluste geliebter Menschen, Materielle Verluste oder solche, die mit früheren Lebenszeiten verbunden waren. Vor allem geht es um zwischenmenschliche Beziehungen, die aufgrund verschiedener Verluste verloren gehen, was dann auch zur sozialen Isolation führen kann.

Verluste spielten, oder spielen immer noch eine große Rolle im Leben aller befragten Personen. Manche könnten immer noch nicht verkraften, dass sie nicht mehr die alltäglichen Aktivitäten, die sie bis jetzt ohne Probleme ausgeübt haben, nicht weiter so machen können.

„Das war früher, das geht jetzt nicht mehr“ (Fall D, Zeile 163).

Aber gewisse Gewohnheiten finden oft nicht statt. Nicht nur wegen körperlicher Einschränkungen, aber weil sie „vom Haus“ übernommen wurden, wie zum Beispiel selber Kochen, was für manche Interviewteilernehmerinnen und Interviewteilernehmer, besonders für Frauen, wichtig waren und was es Ihnen derzeit fehlt.

„Also, dass ich nicht mehr kochen muss, ich hab unheimlich gern gekocht [...] oder das backen zu Weihnachten und schön verpacken dann auch, das hab ich nicht nur meinen Kindern sondern ah Bekannten, wo ich gewusst habe, die hat keine Zeit oder sie hat das nie gemacht, ne? Und das fehlt mir ein bisschen“ (Fall I, Zeile 317-321).

Verluste durch Gesundheitszustand

Gesundheitszustände der Probandinnen und Probanden unterscheiden sich sehr. Alle haben (es wird über keine medizinischen Diagnosen geschrieben) Schwierigkeiten mit Gehen, mit Greifen, sie litten unter allgemeiner Schwäche, manche hatten Probleme mit Sehen, oder Gedächtnis.

„ich beobachte mich mir und dann bin ich mit Gedanken weg, und ich stehe da : wie was dies?“ (Fall E, Zeile 295).

Schwierigkeiten bei Gehen oder die Gleichgewichtstörung wurden fast in allen Fällen als die größte Last dargestellt. Das Gehen ist mit Schmerz und Angst vor Stürzen verbunden. Die Befragten berichten über mehrere Stürze, beziehungsweise Brüche und demzufolge Krankenhausaufenthalten, was mit langen, schmerzhaften Rehabilitationen verbunden war. Infolge dessen haben sie mit vielen alltäglichen Aktivitäten aufhören müssen, wie zum Beispiel hinausgehen.

„hinausgehen kann ich ja leider nicht, weil ich ja sehr schwindelig bin und da habe ich immer Angst, ich falle immer auf eine Seite, und da habe ich immer Angst wenn ich allein gehe, dass da irgendwie ich niederfalle. Und auch durch dieses Niederfallen, bin ich ach muss ma sagen, daher gekommen, weil ich ma verschiedenes gebrochen hatte“ (Fall C, Zeile 48).

Wegen schlechten Gesundheitszustands haben die Befragten Probleme mit eigener Körperpflege. Manche brauchen mehr Hilfe, manche nur Unterstützung, daher bei aller pflegerischen Problemen kam die Hilfe seitens Pflegepersonal. *„na jo, ich kann mich z B. alleine nicht Duschen, weil ich mich alleine nicht einseifen kann, ich kann die Hände nicht nach rückwärts geben und ich kann sie auch nicht nach oben geben. Der Rücken ist wie wenn er steif wäre, denn kann i net bewegen. Also da muss ich hier auf die Hilfe warten“ (Fall C, Zeile 167).*

Es gibt viele Befragten, welche andeuten, so viel wie noch möglich ist selber zu machen. Sie bemühen sich, trotz verschiedener physischen Einschränkungen, alleine zu Recht zu kommen.

„Jetzt habe ich gesagt, das was ich noch selber machen kann, dies wird gmocht. Jetzt habe ich zu meiner Nichte gesagt, mache etwas, damit ich mir von hinten meinen Rücken waschen kann. So jetzt habe ich dieses Mittel gehabt (zeigt eine Wasch-Bürste mit Stil)“ (Fall E, Zeile 186).

Viele Befragten klagten, dass sie nicht mehr alleine Einkaufen gehen können. Für manche ist es schwierig, weil sie mit gehen Probleme haben. Für andere sind die Geschäfte zu weit, oder das Einkaufen gehen zu anstrengen ist.

„Es ist dann holt so, i geh am Gang a bisserl spazieren, oder Frühjahr bin i auch gern zum Merkur (Lebensmittelgeschäft) [...] dies kon i nema, dies ist ma scho zu weit“ (Fall A, Zeile 67).

Verluste geliebter Menschen

Alle Probandinnen und Probanden hatten über den Verlust der nahen Person gesprochen. Meistens waren das die Ehegatten oder die ersten Lieben, aber auch ein Selbstmord eines Neffen. Für einige, waren die Erinnerungen so stark, dass sie bis heute die Todesfälle nicht bewältigen konnten.

„Ich kann noch heute weinen um den Mann, der ist schon gestorben“ (Fall D, Zeile 65).

Eine Bewohnerin sprach sogar über eine Scheinwelt, die sie sich beim Schlafengehen aufbaut. Sie stellt sich vor, ihr Mann wäre jetzt noch bei ihr.

„ja, wissen sie, ich habe ja abends, eine Scheinwelt baue ich mir auf, und zwar ich leide sehr unter dem Tod meines Mannes“ (Fall A, Zeile 135).

Bei diesen Fällen, wo die Ehe nicht so glücklich war, sprachen die Probandinnen und Probanden zum Beispiel über eine unerfüllte, erste Liebe und sie stellen sich vor, was wäre wenn das Schicksal anders wäre.

„wenn er nicht verheiratet wäre“ (Fall D, Zeile 62).

Verluste aus „früheren Leben“

Die Zeiten mit Freunden, Arbeit, die Urlaube, Theater und Oper Besuche, Ausflüge oder gemütliche Nachmittage bei dem Kaffee, das alles vermissen alle Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sehr. Über jede Einzelheiten, wurde mit Nostalgie und Sehnsucht erzählt.

„Die Melodie, die kann ich mir alle merken von Opern. Ich habe über 100 Opern gesehen mit meinem Mann. Aber er hat da auch Volkstheater und in der X-Strasse, das hab ich immer gesagt, ich hab alles was schön war immer angeschaut, und Sport auch, Pferdesport, da gabs alles was ich gesehen hab von Fechten. Mein Mann hat mich überall hingeführt. Das war schön, der hat immer die Ideen gehabt“ (Fall B, Zeile 201-205).

Materielle Verluste

Eine Befragte besaß einen Garten. Sie erzählte von großer Leidenschaft, was sie alles mit ihrem Ehemann, im Garten gemacht hat, und wie es ihr schwer gefallen ist, den Garten abzugeben.

„Den Garten aufgeben, was ma sehr schwer gefallen ist. Wir haben draußen nette Gesellschaft kopt. Und zwar wir haben alle die Gärten von den Eltern übernommen und dadurch haben wir uns als junge Leute noch kennengelernt“ (Fall A, Zeile 141).

Durch all diese Verluste, verlieren die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Identität. Sie verlieren geliebte Menschen, Bekanntschaften, Urlaube, Opern-, Theater-, Konzertbesuche, die alte Umgebung, also alles das, was ihre Persönlichkeit, beziehungsweise ihre Identität ausmacht.

Das Bedürfnis eigene Persönlichkeit zu zeigen, ist bei einigen stark geprägt. Die älteren teilen die Menschen auf „die Anderen“ oder „die Meisten“ mit denen sie eher kein Kontakt haben wollen und auf die mit welchen sie wohl die Zeit verbringen. Es wird zwischen denjenigen und den anderen Bewohnerinnen und Bewohner im Haus stark unterschieden. Diese Personen, mit denen Kontakt gehalten wird, mit denen man gern redet, werden als Freunde, Bekannte oder namentlich genannt. Diese Personen, mit denen man nichts zu tun haben will, werden allgemein als „die Anderen“ bezeichnet. *„Aber die Anderen!“ (Fall A, Zeile 423).*

Manche Befragten sind oft empört über „die Anderen“, aufgrund des Mangels an Manieren, weil sie ja kein Verständnis für das schlechte Benehmen haben. Für manche ist es als Fauxpas gesehen, wenn „die Anderen“ kein Interesse an bestimmten Aktivitäten zeigen.

„Wissen Sie?! und die Leute, sie im Haus sind, haben kein Interesse für so etwas, wissen Sie. Ich finde es wirklich so gemein, denn wenn es mich nicht interessiert, dann muss ich nicht dazu gehen [...] Aber die Anderen! Wissen sie, [...] Oder wenn z.B. nachmittags, bei dem Herrn U. beim Klavier, da kommen die zu spät, das muss nicht sein! Man kann pünktlich sein. Und dann wird mit Sessel geschoben. Und dann wird geredet. Oder beim Applaudieren, er sog der Applaus ist nicht wichtig, bis der letzte Akkord geklungen ist, dann dürfen Sie Applaudieren“ (Fall A, Zeile 55, 424).

Soziale Isolation

Ein Alltag im Pensionistenhaus unterscheidet sich vom Fall zu Fall. Auch Interessen bestimmter Personen sind verschieden. Viele haben regelmäßigen Kontakt mit Freunden, Bekannten oder Angehörige, einige ziehen sich freiwillig von sich aus zurück. Dadurch verlieren sie den Kontakte zu anderen Mitmenschen, Kontakte welche sowieso im hohen Alter immer weniger werden, wie zum Beispiel durch Todesfälle.

„ich ziehe mich a bissi zurück“ (Fall A, Zeile 220).

Es ist manchen Befragten klar, dass es unter gewissen Umständen, wie zum Beispiel alleine frühstücken, die Möglichkeiten mit dem anderen Bewohner, soziale Kontakte zu knüpfen oder die bestehenden zu pflegen, versäumt wird.

„Was ich zur Zeit sehr bedauert habe das ich nicht runter gehen konnte zum Frühstück und wegen auch nicht der vielen Freundschaft aber zum Beispiel freut mich in der Früh wenn ich eine treffe, ne?“ (Fall I, Zeile 342).

Zu weiteren Umständen zählen auch alte Gewohnheiten einiger Befragte Personen. Manche mögen es halt allein im Apartment zu sein.

„ich bin gern allein zuhause“ (Fall B, Zeile 67).

Der schlechte Gesundheitszustand, aufgrund des hohen Alters der Befragten, ist einer der größten Störfaktoren, wenn sie das Haus verlassen möchten. Körperliche Einschränkungen und Angst von Stürzen, halten sie auf, das Haus zu verlassen, was sie wiederum von der Außenwelt isoliert.

„hinaus gehen kann ich ja leider nicht, weil ich ja sehr schwindelig bin und [...] da habe ich immer Angst wenn ich allein gehe, dass da irgendwie ich niederfalle“ (Fall C, 48).

Einige befragte Personen sind nicht mehr in der Lage die öffentliche Kommunikation zu nützen, was wiederum die Komplikationen aus dem Haus zu gehen verursacht. *„besuchen leider kann ich nicht, weil ich ja nicht mit öffentlichen Fahrzeugen fahren kann“ (Fall C, Zeile 74).*

Orte, die sie früher gerne besucht hatten, sind oft nicht für alle älteren Menschen beziehungsweise für Behinderte geeignet. Sie werden sozusagen gezwungen die Gewohnheiten abubrechen.

„ich kann nicht mehr, es ist schon schwierig, es ist, manchmal ist man sehr hoch oben und man muss Stufen steigen und nicht jedes Theater hat einen Lift. Ich hab aufgehört, und zwar mit meinem 91 habe ich aufgehört“ (Fall B, Zeile 66).

Neue Kontakte nicht knöpfen zu können beziehungsweise wollen, ist von einigen Befragten öfters genannt worden. Sie haben berichtet, nicht mehr neue Freundschaften gründen zu wollen. Bei den Befragten ohne Familie, ist die Einsamkeit am stärksten spürbar. Als erste Bezugsperson für sie, ist die Pflegeperson, die oft zur Redepartner wird.

„Wissen Sie, ich würde halt jemand brauchen, die nicht so Geistlosen Sachen zu reden. Des war diese Dame, die do gestorben ist, dies war halt wirklich so schön. Sie hat keine Familie gehobt, so wie ich. Wir haben so vieles gesprochen, es gibt auch sehr, sehr nette! Aber ich ma mit niemand etwos mehr anfangen. Des tut dann so weh, wenn man jemand verliert. Ich habe mich schon so eingerichtet, dass ich mich in Wohnung aufhält, und a bisserl mit den Schwestern plaudere“ (Fall A, Zeile 439).

Das Bedürfnis besucht zu werden, hatte eine Person dazu gezwungen, eine fremde Frau um einen Besuch zu bitten.

„da ist so eine liebe Frau, da hab ich zu ihr gesagt [...] darf ich ihnen Bussi geben? Hat sie gesagt sofort und hab ich sie gefragt ob sich mich besuchen könnte“ (Fall D, Zeile 437).

5.4. Sich als Person zeigen

Im Haus versuchen die Interviewsteilnehmerinnen und Interviewsteilnehmer, die durch den Umzug verloren gegangene Identität zurückzuholen, in dem sie sich von der „Masse“, also von allen anderen Bewohnerinnen und Bewohner, mit denen sie ihre Vorlieben oder Hobbys nicht teilen können, zu trennen. Die „Abkapselung von der Masse“, also das „dazu nicht gehören“ wird von vielen den Bewohnern stark betont. Durch die „Abkapselung“ versuchen sie ihr eigenes Individuum hervorzuheben und im weiteren Sinn, sich als Person zeigen.

Geduld

Einige klagten über sich wiederholende Verspätungen seitens Pflegepersonals. Sie waren ungeduldig. Die Pünktlichkeit ist für sie eine wichtige Charaktereigenschaft und es wird kein Verständnis für die Nichteinhaltung der vereinbarten Zeiten gegeben.

„So, ich habe jetzt aber gewartet, 10:15uhr, bis 10:30uhr auch bis 10:35uhr, ein bis 2 mal sogar bis 10:45uhr, da habe ich zu mir gesagt, da fangen sie Viertelstunde später mal an, sie müssen um 10:00uhr anfangen!“ (Fall E, Zeile 156).

Akzeptanz

Es gab wiederum Interviewsteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer, die sehr viel Akzeptanz äußerten für ihr momentanes Wohlbefinden, weil sie andere Bewohnerinnen und Bewohner auf der Betreuungsstation, in schlechter körperlicher Auffassung, sahen.

„Aber trotz allem und denk ich mir mein Gott, ja das ist so lieb und das hast und ich denk immer nur an das schöne und wenn ich so ganz unten bin denk ich mir, du also ich red ja mit mir, es könnte dir viel schlechter gehen“ (Fall I, Zeile 274).

Derzeitigen Gesundheitszustand zu akzeptieren ist für einige Bewohnerinnen und Bewohner selbstverständlich. Sie sind sich bewusst der vergangenen Zeiten, wo sie noch in guter körperlicher Verfassung waren. Sie schätzen sehr die Momente, welche sie erleben dürften.

„Nein, geht jetzt nicht mehr. Macht ja nichts. Ich habe so viel erlebt“ (Fall B, Zeile 350).

5.5. Hilfe annehmen

Es wurde oft von Befragten betont, die Hilfe von anderen nur wenn Notwendig ist, anzunehmen. Sie bemühen sich sehr, so weit wie es möglich ist, noch allein zu Recht zu kommen. Alle Interviewsteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer benützen verschiedene Hilfsmittel, um die körperliche Behinderung im Alltag zu bewältigen. Bei den Schwierigkeiten mit gehen, aber auch als Sturzprävention, wird ein Rollator, oder ein Geh-Stock benutzt.

„und dann mit dem Rollator und jetzt habe ich keine Sturze mehr“ (Fall A, Zeile 28).

Ein Interviewteilnehmer bewegte sich fort, mittels Nordic Walking Stöcken.
(Aus Feldnotizen)

Eine Befragte Person, die mit sehen Probleme hatte, erzählte, dass sie mit Hilfe einer Lupe, besser sehen kann, als nur mit der Brille.

„ein Vergrößerungsglas. Das ist Richtig, mit der sehe ich weiter und die war jetzt übrigens auch bei der, bin ja Jahre lang zu der Augenärztin gegangen, weil ich durch die Brille nicht sehe.“ (Fall D, Zeile 190)

Manche Befragten haben eine Notrufuhr getragen, weil sie mit den Unfällen, schlechte Erfahrungen gemacht haben. Neben der Notrufuhr, wird auch das Telefon als eine Hilfemaßnahme bei einem Unfall gesehen.

„Wenn ich Hilfe brauche, ist es gut, da kann ich mich da telefonisch mit diesem Apparat rufen“ (Fall B, Zeile 95).

Hilfeleistung als praktische Lösungen

Es werden im Haus verschiedene Leistungen angeboten, die den Bewohnern bei alltäglichen Lebensaktivitäten helfen sollen, beziehungsweise die das Alltagsleben erleichtern. Regelmäßige ärztliche Visiten, die im Haus einmal die Woche stattfinden, und auch die Therapien, wurden von den befragten Personen sehr gern angenommen.

„ja, was ich kann, kann ich ja nützen, ich mein, zu danken hab ich den Therapeuten“ (Fall I, Zeile 375).

Die Pflegeleistungen werden individuell nach Bedarf angepasst und dementsprechend durchgeführt. Das Pflegepersonal kommt ins Appartement, um die Pflegemaßnahme durchzuführen oder die Betroffenen gehen in die Bettenstation selbst.

„Ja die tauscht sie immer aus (zeigt auf Medikamentenschachtel). Dann hat sie mir schon Bandagen für die Blutanstauung, oder Wasserstauung gegeben. Das macht Sie mir in der Früh. Ansonsten hat Sie nicht viel zu tun. In der Früh kommt Sie mich besuchen“ (Fall B, Zeile 88).

Die Befragten die nicht mehr in den Speisesaal gehen können, bekommen das Essen aufs Zimmer. Alle die befragt wurden, kriegen das Frühstück, Manche das Frühstück und das Abendessen, eine Person bekommt alle drei Mahlzeiten aufs Appartement serviert.

„Da komm ich nicht mehr runter. Habe ich da das Frühstück [...]und das Mittagessen nicht, aber Frühstück, ich komm ja nicht runter, weil ich Vormittag, es ist a Frühstück nur bis 9 [...] Also ich bin jeden Tag zum Frühstück da“ (Fall D, Zeile 155-159).

Durch die organisierten Lösungen seitens dieser Institution, die das Alltagsleben der Bewohnerinnen und Bewohner erleichtern, brauchen sie nicht Mal aus dem Haus zu gehen. Neben ärztlichen Besuchen oder den Auszahlungen durch die Bank, werden auch die Medikamente ins Haus geliefert. Alle Befragten nützen die Gelegenheiten aus.

„jetzt fülle es aus für den Arzt, jetzt geht der Zettel an die Rezeption hinunter. Die Rezeption legt den Zettel in eine Mappe, für den Herrn Doktor. Der kommt am Dienstag, da kriegt er am Dienstag diese Zettel. Schreibt die Medikamente, gibt es dann ins Kasterl hinein, die Apotheke holt von dem Kasterl die Rezepte, und bringt am nächsten Tag die Pulver“ (Fall C, Zeile 298).

Aber auch um Einkaufen Außerhaus zu gehen, müssen sich die Bewohnerinnen und Bewohner den Kopf nicht zerbrechen. Die befragten Personen sprechen von praktischen Lösungen, etwa über einen Lebensmittelhändler, der das Heim zwei Mal in der Woche aufsucht.

„Man muss sich ja manches kaufen, wenn was fehlt. Es kommt wohl ein Delikatessenhändler kommt ins Haus zwei Mal in der Woche. Da kann man, wenn man nicht mehr kann, gehen und sich das selbst besorgen bringt der alles. Das ist sehr praktisch. Er tut bisschen aufschlagen mit dem Preis, aber das gibt man gern. Vom Obst bis zum Waschmittel und so alles“ (Fall B, Zeile 157).

Bei Reparaturen verschiedener Art, wird der Hausmeister, von den Bewohnerinnen oder Bewohner selbst gerufen, welcher Rund um die Uhr, 365 Tage im Jahr, im Haus zu erreichen ist.

„und dann ist der Hausmeister sofort gekommen“ (Fall B, Zeile 388).

Selber können und selbst bestimmen

Für alle Befragten ist so viel wie möglich allein zurechtzukommen, ein sehr wichtiger Faktor im Alltagsleben, trotz vielfältiger Hilfestellung seitens dieser Institution. Sie bemühen sich alltägliche Aktivitäten weiter selber zu machen.

„was ich halt noch selber kann tu ich eh noch selber“ (Fall d, Zeile 201).
Ein ähnlicher Satz wiederholte sich fast bei allen Befragten Personen.

Auch wenn es nur schwer geht, wollen sie es noch selbst versuchen, indem sie ihre Kreativität ausleben. Manchmal müssen sie sich auch stark durchsetzen, um über gewisse Dinge selbst bestimmen zu können.

„Wenn sie sagen: << das bestimmen wir >>, dann bestimme ich für mich. Jetzt habe ich gesagt, das was ich noch selber machen kann...[...] Jetzt habe ich zu meiner Nichte gesagt, mache etwas, damit ich mir von hinten meinen Rücken waschen kann“ (Fall E, Zeile 183).

Die Hilfe anzunehmen ist mit dem Aspekt „sich revanchieren“ verbunden. Für die geleisteten Maßnahmen bedanken sich die Befragten mit zum Beispiel Süßigkeiten. Damit fällt es Ihnen leichter ein, die Maßnahme anzunehmen und zu akzeptieren. Durch das „sich revanchieren“ wollen sie das Verständnis für die „schwere Arbeit“ des Personals zeigen.

Die Befragten sprachen gerne über dieser Art der Dankbarkeit. Es ist Ihnen klar, dass es verboten ist sich mit Geld zu bedanken. Somit beschenken sie das Personal mit verschiedenen Süßigkeiten. Viele berichteten, wie wichtig es sei, sich für verschiedenes Gefallen zu revanchieren.

„ich muss ihnen ehrlich sagen, ja. Ich bedanke mich dafür, und ich weiss auch, ich wollte ihnen was geben, ich weiss auch, dass sie nichts nehmen dürfen, und sie nehmen auch nichts, aber, aber Süßigkeiten, oder so, das schon. Oder ich kaufe immer Packerlweise Schokolade, und da gebe ich halt der Küche oder so. Geld darf ich ihnen nicht geben. Und bedanken tue ich mich auch, mir ist es wichtig. Ja. Mir ist es wichtig, weil es ist ein Beruf, der sehr schwer ist, ein Pfleger oder eine Schwester zu sein“ (Fall C, Zeile 266).

Neben dem Aspekt des „Revanchierens“ spielt das Geld bei Annahme der Hilfe auch eine wichtige Rolle. Viele Interviewsteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer sind über die hohen Kosten besonders für die Pflegeleistungen in diesem Haus unzufrieden, obwohl die Meisten das Pflegegeld beziehen. Dieses Thema wurde bei den Befragten häufig erwähnt, ohne dass man danach nachgefragt hat.

„es war dort viel zu teuer, ich habe so viel bezahlt [...] ich muss genauso bezahlen, wie wenn ich ein Pflegefall wäre, also ich habe viel Geld dort bezahlt. Es war nicht fair“ (Fall E, Zeile 20).

5.6. Soziale Kontakte

Zwischenmenschliche Beziehung spielt im Leben älterer Menschen eine große Rolle. Die meisten Befragten sind bereits schon längst verwitwet und somit haben sie auch den Lebens-Partner oder die Partnerin verloren. Es sind aber auch welche, die durch den Umzug oder die Mobilitätseinschränkung die nahen Kontakte zum Bekanntenkreis aufgeben mussten. Daher ist großteils der Befragten, auf der Suche nach neuen Kontakten oder die verbliebene Kontakte zu pflegen, interessiert.

Beschäftigung

Einige Interviewsteilnehmerinnen und Interviewsteilnehmer freuen sich über Freunde oder Bekannte im Haus mit denen sie gerne die Zeit verbringen. Es wird Kartengespielt, gelesen, Kreuzworträtsel gelöst, Spaziergänge gemacht, zusammen Mittag gegessen. Es wird auch gemeinsam auch der Arzt aufgesucht. Bei den gegenseitigen Besuchen, wird intensiv geplaudert und getratscht. Sie versuchen die Zeit im Haus soweit es geht, auf ihre eigene Art und Weise zu genießen.

„Da freuen wir uns wenn wir uns begegnen. Man plaudert. Man setzt sich ein wenig zusammen“ (Fall B, Zeile 176).

Manche wollen lieber in dem Appartement bleiben, um zum Beispiel die Bücher zu lesen, oder fernsehen. Das Gedächtnistraining ist für viele sehr wichtig und alltäglich, um Geistig fit zu bleiben. Viele interviewte Personen bemühen sich die Ordnung im Appartement zu halten.

„ich muss mich Geistig betätigen[...]i bin wirklich, i kann mi wirklich mit mi beschäftigen. Ich lese sehr viel, ich habe ein Lexikon, ich tu Kreuzworträtsel lösen, aber nicht die leichten, sondern die, die schon etwas schwerer sind, und wenn ich etwas nicht weiß, dann schau i im Lexikon“ (Fall A, Zeile 73-87).

Das was gerade im Haus angeboten wird, wie zum Beispiel Konzerte mit klassischer Musik, Feste bei Schönwetter oder Flohmärkte, wird von Befragten sehr gern angenommen. Für einige ist es gewisser Ersatz für das, was sie früher mit großer Leidenschaft gemacht haben, wie zum Beispiel für eine Opernliebhaberin, die Konzerte im Haus es sind.

„ich bin eine Klassikfreundin, ich habe sehr gern klassische Musik [...] ist wirklich so nett, wir haben so viele Nachmittagsveranstaltungen, und da kommt immer ein Klavierspieler, der Herr U. [...] und er kommt dann immer in diese Häuser“ (Fall A, Zeile 47, 52).

Nur zwei interviewte Personen fahren regelmäßig aus dem Haus. Eine Interviewperson fährt mit Hilfe des Fahrtendienstes zum Senioren Klub. Die andere Person besucht jede Woche eine Religionsgemeinschaft und wird von einem Mietglied, jedes Mal abgeholt und dann wieder zurück begleitet.

„ich beschäftige mich schon lange, mit der Religionsgemeinschaft [...] ich komme zu unserer Versammlung“ (Fall E, Zeile 127,236).

Besuche

Viele bekommen regelmäßige Besuche von Familienmitglieder oder Freunden, manche nur gelegentlich, eine befragte Person sehr selten. Für die Besuche, steht ein hausinternes Kaffeehaus zur Verfügung.

Angehörige welche selten kommen, werden von den Befragten sehr oft rechtfertigt. Es wurde meistens gesagt, dass die Kinder weit weg wohnen, dass sie keine Zeit haben oder, dass das Wetter es gerade unmöglich macht, sie zu besuchen.

„ja, mein Sohn hat ma dies alles aufgestellt und gemacht. Und meine Tochter macht ma die ganzen schriftlichen Arbeiten. Nur dies eine halt, besuchen können sie mich nicht. Das ich sagen könnte, wie ich manches Mal sehe, wie die jungen Leute mit den Eltern spazieren gehen, oder so was, das machen sie nicht. Weil da haben sie keine Zeit“ (Fall C, Zeile 122).

Sie entschuldigen sogar noch, dass die Kinder selten kommen. Sie können nicht mal wütend sein, weil das wäre zu gefährlich, denn könnten die Kinder noch seltener kommen.

„Die Einsamkeit macht mir halt zu schaffen. Mein Sohn muss ja auch noch arbeiten“ (Fall D, Zeil 4).

Einige Befragten, die keine Kinder haben und die Familienmitglieder nicht mehr leben, werden von Bekannten besucht. Sie haben schon so zu sagen alle überlebt.

„ich habe sechs Schwestern gehabt, alle sind verstorben“ (Fall E, Zeile 276).

Manche besuchen sich gegenseitig. Sie treffen sich entweder im Kaffeehaus oder in den Appartements. Einige verbringen auch die Feiertage miteinander.

„Es ist da so eine Dame im Haus, die war in Russland 40 Jahre Kinderärztin, und sie wohnt jetzt im Haus. Und zu Weichmachten ruf ich sie immer an, und sie lodet mich immer zu Besuch ein“ (Fall A, Zeile 234).

Kurz nach dem Interview, bekam eine Interviewteilnehmerin ein Besuch von der Nachbarin. Sie brachte ihr ein Stück Kuchen vom Abendessen mit. Die befragte Person berichtet, dass sie immer wieder etwas von ihr kriegt, und auch sie gibt ihr ab und zu auch etwas. Sie sagte auch, dass sie sich gegenseitig unterstützen, kontrollieren, ob alles in Ordnung ist oder sich gegenseitig bei Kleinigkeiten helfen. (aus Feldnotizen)

Viele berichten, dass sie wegen den körperlichen Einschränkungen niemanden außer Haus besuchen. Einige Interviewsteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer fahren gelegentlich auf Besuch zu den Familienmitgliedern oder in die Stadt.

„Aber dann, so und da war ich auch ein paar Mal, das war wunderschön. Ich hab einmal Weihnachten erlebt. Da sind die Bewohner dort, das ist ganz kleiner Ort mit Fackeln zur Mette gegangen net, ich mein, ich bin im Stüberl gesessen in der Wärme, das hat mir unheimlich gefallen aber wie gesagt, bin froh darüber das ich das erleben durfte“ (Fall I, Zeile 250).

Das Telefon ist für alle Befragten ein sehr wichtiger Bestandteil der täglichen Lebensaktivitäten. Das Telefon dient nicht nur als ein Hilfsmittel bei Notfällen, aber vor allem als ein Mittel zu der Kommunikation mit den anderen und als Verbindung zur Außenwelt. Es ist eine Art der Freizeitaktivität. Alle Befragten telefonieren viel herum und auch sehr gern.

„Ja und das Telefon, das habe ich sehr gern. Und da führe ich Gespräche. Wissen Sie, Ich muss reden. Ich habe den ganzen Tag niemanden zum reden. Und so verbringe ich da eine halbe Stunde, wir lassen sich reden. Da ist so viel gespeichert in mir, das ich wirklich eine halbe Stunde nur reden tue“ (Fall A, Zeile 324).

5.7. Privatsphäre

Für eine Interviewteilnehmerin, ist die tägliche Hygiene mit Schamgefühl verbunden. Es ist ihr unangenehm sich bei einem Krankenpfleger auszuziehen. Deswegen hatte sie auch um eine Krankenschwester bei der Körperpflege gebeten. Sie erzählte, wie es ihr bei den ersten pflegerischen Maßnahmen ging, dass sie sogar geweint hat. *„es ist mir eh unerträglich und die ersten Male habe ich geweint, mich hats gebeidelt [...] Es kostet sicher Überwindung. Vielleicht beim Pfleger mehr als bei einer Schwester [...] wegen der Intimsphäre, weil ich muss mich auch immer ausziehen sag ich das kann man nicht verhindern aber das waschen und das ist ein bisschen dann anders das mit dem Waschlappen und dann abduschen [...] Also Körperpflege dann beim Duschen. Da ist mir die Schwester lieber als ein Pfleger“ (Fall I, Zeile 153, 447, 461).*

Ihr Wunsch bei der Körperpflege eine Krankenschwester zu haben wurde prinzipiell erfüllt. Obwohl es immer wieder vorkommt, dass doch ein Krankenpfleger ihr helfen tut. Mit der Zeit hat sie sich schon eingewöhnt und es ist für sie nicht mehr so unerträglich.

„Da kommt ein Pfleger auch und gegen das hab ich auch nichts“ (Fall I, Zeile 475).

Es besteht jedoch nicht immer diese Möglichkeit, sich eine Pflegeperson auszusuchen. Es wird alles seitens Pflegepersonals geplant. Die befragten Personen haben großteils kein Einfluss auf das, wer sie pflegen wird oder zu welchem Zeitpunkt sie gepflegt werden. Nicht alle Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer sind damit einverstanden.

„Schauts, dann hat sie gesagt das ist die Schwester Y und ich. Sage ich dann, der Pfleger R. kann mir nicht helfen? Sagte sie, das zählt nicht, wer ihnen hilft, das bestimmen wir. Habe ich dann gesagt, wer sind denn wir?“ (Fall E, Zeile 170)

Möbel

Die Bewohnerinnen und Bewohner in diesem Haus, haben die Möglichkeit entweder eigene Möbel mitzunehmen oder neue zu kaufen. Manche wollten eigene Möbel mitnehmen, aber nicht alle haben reingepasst und somit haben sie ein Paar kaufen müssen. Einige haben fast alle Möbel aus der Wohnung gebracht. Für manche sind die Möbel wichtig, weil sie sie mit der eigenen Wohnung, die sie verlassen haben, beziehungsweise mit früheren Leben verbinden und deswegen nahmen sie ihre Lieblingstücke mit ins Heim.

„ja, wissen Sie, ich wollte mir ein bisserl von zuhause mitnehmen, dass doch die alte Atmosphäre von früher war. Den Luster hobi ma von zuhause mitgenommen und das Bild vom Mann [...]“ (Fall A, Zeile 7).

Wobei wenige Interviewsteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer haben sich dafür entschieden, alle Möbel neu zu kaufen.

„ich wollt sowieso andere Möbel“ (Fall C, Zeile 68).

Kontrollen durch Pflegepersonal

Es werden Kontrollen seitens dieser Institution im Appartement, aus verschiedenen Gründen durchgeführt. Die Befragten sind verpflichtet sich zum Beispiel vor dem Urlaub abzumelden wie auch nach der Rückkehr wieder anzumelden. Ansonsten wird es im Appartement nachgeschaut beziehungsweise kontrolliert, um zu überprüfen ob es alles mit jeweiliger Bewohnerin oder Bewohner in Ordnung sei. Die routinierten Kontrollen werden von Befragten sehr positiv gesehen und als gewisser Sicherheitsfaktor empfunden.

„Es kommen niemand herein. Sie kommen nur wenn wir weggehen, dass sie kontrollieren ob da was brennt. Weggehen also längere Zeit. Wir melden uns zum Beispiel für einen Urlaub ab und das wissen Sie. Und man muss sich wieder anmelden und wenn wir einmal beim Essen da sind. Das wir zum Arzt gehen, oder Auswärts essen. Das müssen wir auch melden. Denn es ist besser sie wissen, wenn man länger weg bleibt, aber so kann man fort gehen wo man will. Man muss sich nicht so abmelden, weil ich weggehe, nur wenn ich ausfalle mit dem Essen, da fühlen sie da ist etwa [...]Das ist keine Belästigung“ (Fall B, Zeile 252, 259).

Außer den Kontrollen, die beschrieben wurden, gibt es auch Verbote im Haus. Es sind die Bestimmungen, die überall wegen allgemeiner Sicherheit gelten, wie zum Beispiel das Verbot im Apartment die Kerzen zu entzünden. Die hauseigenen, obligatorische Regeln, scheinen durch Befragten akzeptiert worden sein. „*wir dürfen ja keine Kerzaln anzünden*“ (Fall I, Zeile 296).

5.8. Die drei Wünsche

In der Abschlussphase des Interviews, noch vor dem Dankeschön für das Interview an die Bewohnerinnen und Bewohner, wurde Allen eine und dieselbe Frage gestellt. Sie sollten spontan auf die Frage antworten, wenn sie sich tief etwas wünschen würden, was wären es für 3 Wünsche? Großteils haben angegeben, dass aller wichtigste was sie sich noch wünschen könnten, wäre die Gesundheit beziehungsweise dass es sich nicht denen gesundheitlich verschlechtert.

„das nichts dazu kommt. Nicht noch irgendein“ (Fall I, Zeile 561).

Es waren noch einzelne Wünsche, wie dass den Kindern gut geht, das man soweit es geht, vieles selber machen kann, das man mehr Besuch bekommt und ein schneller Tod.

Die Gesundheit beziehungsweise die Erhaltung des derzeitigen Zustands, war jedoch bei allen Ausschlaggebend.

*„Gesund sein, das ist einmal wichtig. Und wenn, dreimal Gesund sei“
(Fall B, Zeile 410).*

Es lässt sich daraus schließen, dass die Prioritäten im Leben Älterer sich nicht auf materieller Ebene bewegen. Die wichtigsten Wünsche korrespondieren nur mit Gesundheitsverständnis, bei zunehmendem Alter.

Die Verschlechterung des Gesundheitszustandes und somit die größte Sorge, ist zugleich auf die Verluste, welche man im Alter einstecken muss, zurückzuführen.

5.9. Fazit

Immanuel Kant (zitiert nach Zehender, 2004) bestimmte Autonomie als Selbstbestimmung des Willens. Aus den Resultaten lässt sich ableiten, dass manche Befragten das Bedürfnis haben, über gewisse Pflegemaßnahmen selbst zu bestimmen. So wie mein Interviewpartner berichtete, will er bestimmte Pflegehandlungen nicht so machen, wie es die Pflegeperson will, sondern er hat eigene Vorstellung darüber, wie es durchgeführt werden soll.

Die Interviewteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer wollen auch, so viel wie es noch möglich ist, unabhängig von der Pflegeperson sein. Sie versuchen so weit, wie es noch geht, alles selber zu organisieren beziehungsweise zu erledigen und auch wenn gewisse Hilfsmittel herangezogen werden. Es wurde beobachtet, dass sie die Selbstständigkeit, eben die Autonomie, soweit es noch da ist, erhalten möchten – Empowerment.

Alle Befragten, neben den Hilfsmittel, wie ein Rollator oder ein Geh-Stock, bauen sich eine individuelle Strategie zu Bewältigung eigener Einschränkungen auf. Ein Beispiel dafür ist ein Interviewteilnehmer, der sich eine Bürste mit Stil zum Rückenwaschen organisieren lassen hat.

Die Autorin Seidl (2000) beschreibt die Reziprozität und Abhängigkeit im Alter. Es geht um das Zeigen einer Dankbarkeit der Bewohnerinnen oder Bewohner, gegenüber den Pflegefachkräften, durch das revanchieren. Die Ergebnisse zeigen dasselbe Bild, dass sich die Älteren für gewisse Leistungen gerne revanchieren.

Seidl (2000) beschreibt, dass das Alter eine Phase ist, in welcher sich das Leben Älterer um Tod, Krankheit eventuell auch Verwitwung dreht.

Anhand meiner Analyse lässt sich das sehr wohl bestätigen. Die Befragten sind ständig damit konfrontiert. Um mit diesen Themen möglichst verträglich umzugehen entflieht jeder der Befragten in eine eigene Welt und bearbeitet es mit eigenen Methoden.

Alle fünf größten Sorgen die im Kapitel „Autonomie als multidimensionaler Begriff“ beschrieben wurden, haben sich in der Analyse teils bestätigt. Drei davon, wurden von der Mehrheit der Interviewsteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer erwähnt:

1)Sorge um den eigenen Gesundheitszustand

2)Sorge wegen eines Notfalls

3)Sorge um Tod und Sterben

Die aller größte Sorge würde ich die, um eigenen Gesundheitszustand bezeichnen, weil Alle sie genannt und als erste erwähnt haben.

Aufgrund der schlimmen Erfahrungen, wie zum Beispiel Brüche, oder Blutungen, berichteten die Befragten oft über Furcht von Notfall. Es macht ihnen Angst, wieder sich solche Situation vorzustellen. Die Mehrheit trägt deswegen eine Notrufuhr, damit sie sich sicherer fühlen.

Des Weiteren, wird die Angst von Sterben von vielen Befragten nicht angesprochen, jedoch Einige wünschten sich einen sanften Tod.

Durch Misshandlung einer Privatsphäre kommt auch zur Autonomieverlust beziehungsweise Verletzung der Autonomie, sowie sich Bauer (zitiert nach Bobbert, 2002) auch damit auseinandersetzt. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, dass die Misshandlung der Privatsphäre der befragten Personen nicht stattfindet, somit kann keine Aussage über Autonomieverlust getroffen werden. In weiterer Folge ist zu erwähnen, dass die Appartement Kontrollen einer täglichen Routinearbeit in dieser Institution angehören und dass man sie nicht abbestellen kann. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner hat aber trotzdem ein Einfluss darauf, in dem sie die Frühstücksabwesenheit ankündigt und somit einer Kontrolle ausweicht. Denn es werden diese Bewohnerinnen und Bewohner kontrolliert, welche unangekündigt zum Frühstück nicht erscheinen. In diesem Fall ergreifen sie die Eigeninitiative und bringen die Frühstückskontrollen unter eigene Kontrolle, in dem sie sich vom Frühstück abmelden.

Trotzdem werden die Kontrollen von den Bewohnerinnen und Bewohner nicht als ein Störfaktor empfunden, wie es schon erwähnt wurde, sondern sehr positiv angenommen, eben aus Sicherheitsgründen.

Im Hinblick auf die Umzugsphase, so schließe ich aus meinen Ergebnissen heraus, dass die älteren Menschen nicht immer freiwillig oder besser gesagt von sich aus, in ein Pensionistenhaus ziehen. Manchmal wird ihre Entscheidung durch Angehörige beeinflusst beziehungsweise sie werden von Angehörigen manchmal auch gezwungen, was einer autonomen Entscheidung stark widerspricht.

Die Ergebnisse bezüglich eigener Möbel beziehungsweise Einrichtung des Appartements, haben sich meiner Erwartungen nach nicht bestätigt. Ich habe erwartet, dass alle Befragten die alten Möbel von zuhause mitnehmen, damit sie sich nicht so fremd in der neuen Umgebung fühlen. Ich hatte den Eindruck, dass manche Befragten, trotz mehrmaligen Eingehen auf dieses Thema, währen der Interviews, überhaupt keinen größeren Wert auf die Möbel legten. Einige haben alte Möbel von zuhause mitgenommen, weil sie gut in die Wohnung reingepasst haben, ohne irgendwelchen Hintergedanken. Die Anderen haben sich komplett neu eingerichtet. Nur eine Befragte, hatte ihre Möbel von zuhause mitgenommen, weil sie eine häusliche Atmosphäre schaffen wollte. Eines haben sie trotzdem Alle gemeinsam. Jeder von ihnen hatte zumindest eine Kleinigkeit(en) oder Erinnerungsstück(e), oder alte Bilder von zuhause.

Es ist dabei zu betonen, dass alle diese Menschen, sich das Appartement selbst mit eigenen Möbeln, einrichten können.

Bezüglich „Informed Consent“ werden die Pflegemaßnahmen bei Beginn einer Leistung erklärt. Sowie die Ergebnisse auch zeigen, haben die Pflegebedürftigen Bewohnerinnen und Bewohner einen engen Kontakt mit dem Pflegepersonal. Aus diesem Grund werden diese Pflegehandlungen routiniert durchgeführt. Was das Thema Aufklärung betrifft, so beschwert sich keiner der befragten Person über schlechten Informationsfluss seitens Pflegepersonals, aber dafür seitens des Krankenhauses. Manche erzählten, dass aufgrund schlechter Aufklärung seitens Spitals, die Hilfe von der Bettenstation eingeholt werden musste. Die Bettenstation wird als die erste Anlaufstelle nach Krankenhausaufenthalt gesehen, da Manche wenig nach der Krankenhausentlassung informiert sind.

Auch das Kostenthema hat im Leben älterer Menschen eigenen Platz. Viele Interviewsteilnehmerinnen und Interviewteilnehmer meckern über die hohen Kosten für die Pflegeleistungen in diesem Haus, obwohl die Meisten Pflegegeld beziehen. Auf der anderen Seite, sehen sie kein Problem, mehr Kosten zu tragen, wenn sie einen Preis mit Aufschlag beim Delikatessenhändler zahlen, weil sie im Moment beeinträchtigt sind und deshalb nicht außer Haus gehen können um normal einzukaufen. Infolgedessen, können sie trotzdem gewissermaßen autonom entscheiden, wo ihr Geld hinkommt.

Abschließend akzeptieren die meisten der Befragten, die Einbuße eigener Gesundheit und/oder Mobilitätseinschränkung und rechtfertigen es damit, weil sie schon viel erlebt haben. Die Mehrheit aber, bearbeitet ständig verschiedene Verluste auf. Und aus diesem Grund, lassen sich anhand meiner Ergebnisse, die 3 Begriffe: Tod, Sterben und Verwitwung, welche auch die Autorin Seidl (2000) beschreibt, um weiteren Begriff ergänzen. Es geht um den Begriff des „Verlustes“, welcher im Leben der älteren Menschen ebenfalls eine sehr wichtige Rolle spielt. Zusammenfassend kann ich sagen, dass es letztlich die Verluste sind, mit welchen der Mensch im hohen Alter konfrontiert ist. Sie entwickeln sich Bewältigungsstrategien sowie verwendet gewisse Hilfsmittel, um selbständiger zu sein aber auch um selbstbestimmender über manches entscheiden zu können. Dadurch, fördern und/oder wahren Sie ihre eigene Autonomie.

6. Ergebnisse – die Sicht der professionell Pflegenden

Verfasser: Peter Plewa

Wie vorher beschrieben wurde, sobald eine ältere Person, von Eigenheim in ein Pensionistenwohnheim umzieht, stößt seine oder ihre Autonomie auf eine komplizierte, meist ihm oder ihr fremde Struktur und/oder Organisation, welche strikt nach Regeln und Gesetzen, so wie nach den neusten Pflegestandards handelt.

Genau auf die Sichtweise, der professionell Pflegenden auf die Bewohnerinnen und Bewohner Autonomie „Autonomie im Alter“, wird in diesem Teil der Arbeit eingegangen.

Dieser Teil der Arbeit, beschreibt die Feldforschung, an der Institution einer Wiener Altershilfe, eines Wiener Pensionistenwohnhauses, welches vorher bereits beschrieben wurde. In diesem Abschnitt wird also der Forschungsprozess: „Autonomie im Alter – die Sicht der professionell Pflegenden“ so gut wie möglich offen und nachvollziehbar präsentiert, erklärt und samt den Ergebnissen, Diskussion und Ausblick(en) dargestellt.

Des Weiteren, wird auf die Forschungsfragen eingegangen

Im folgenden Teil, werden die Befragten, also die diplomierten Krankenschwester und der diplomierte Pfleger oft als „Pflegeperson“ oder „Pflegekraft“ bezeichnet (einheitlich, ohne Gender Aspekt), um Rückschlüsse auf die einzelne Person auszuschließen.

Sonst, wurde der Text üblich, unter Berücksichtigung des Gender Aspektes, verfasst.

Ergebnisse

Unter Berücksichtigung der Forschungsfragen, lassen sich die Ergebnisse in folgende Bereiche einteilen:

- 6.1) Umzugsphase
- 6.2) Das Leben im Pensionistenwohnhaus
- 6.3) Wahrung und Förderung der Autonomie
- 6.4) Pflegeprozess
 - a) Erkennung des Problems
 - b) Planung der Pflegemaßnahmen
 - c) Durchführung der Pflegemaßnahme
- 6.5) Privatsphäre
- 6.6) Soziale Isolation
- 6.7) Sterben und Tod
- 6.8) Fazit

Die Ergebnisse werden hiermit in einer Reihenfolge präsentiert, welche

- von Umsiedlung der Bewohnerinnen und Bewohner,
- über die einzelnen Etappen des Lebens im Pensionistenhaus,
- über den steigenden Bedarf an Pflegemaßnahmen,
- durch die Privat- & Intimsphäre,
- manchmal auch die Notwendigkeit eines Krankenhaus Aufenthaltes,
- bis hin zu dem Thema Tod und Sterben,

sich erstrecken.

6.1. Umzugsphase

Das Pensionistenwohnhaus beherbergt fast ca. 400 Bewohner in den Appartements. Es ist als komplexes System zu betrachten, als vernetzte Zusammenarbeit zwischen: Verwaltung, Pfl egeteam, Ärzteteam, interdisziplinäres Team (versch. Therapeuten, Psychologen, Animateure,...), Hausarbeiter, Küche, Reinigungspersonal, Buffe- und Speisesaalmitarbeiter, Waschküche und viele weitere. Auf dem ersten Blick wird schon erkennbar wie komplex das System in sich ist, welches aber auf ein Ziel ausgerichtet und zentriert ist, nämlich den Auftraggeber, in dem Fall die Bewohnerinnen und Bewohner.

„zuerst, für uns der Mittelpunkt ist der „Auftraggeber“ nämlich der Bewohner“ (Fall P, Zeile 49).

Des Weiteren werden die Menschen, welche dort leben, sprachlich von allen Pflegepersonen, während der Interviewaufnahmen, auf das „wohnen“ reduziert, nämlich auf die Bewohnerinnen und Bewohner.

Es mag aber daran liegen, dass sie es deswegen tun, damit sie die Identität der Menschen, von denen sie erzählen, nicht verraten wollen. Es ist mir aber wohl bekannt, dass die Pflegepersonen wohl viele der Bewohnerinnen und Bewohner namentlich kennen und auch dementsprechend sie namentlich ansprechen.

Die Pflegepersonen berichten, dass die Bewohnerinnen und Bewohner vor dem Einzug in dieses Pensionistenwohnhaus, ein Aufklärungs-Gespräch haben, dass möglichst alle offenen Fragen beantworten soll und den Bewohnern einen Einblick in die Hausordnung so wie die Struktur des Hauses erklären soll.

„diese Gespräche, bevor es zum Einzug kommt, macht es der Sozialarbeiter, bei uns. Also wir haben Informationsgespräche wo also die Bewohner mit Angehörigen kommen wo sie das Haus erstmals kennenlernen, unsere Gepflogenheiten...“ (Fall P, Zeile 163-165).

Es ist schade, dass es keine Pflegefachkraft macht, da sie wahrscheinlich mehr Kompetenz und Erfahrung besitzt, was die Organisation des Hauses aber vor allem die medizinischen Leistungen betrifft.

Die Pflegeperson könnte aber auch zugleich mehr über die Hilfe- und Unterstützungsmaßnahmen dem Bewohner oder der Bewohnerin gleich schildern.

Vier von den Pflegepersonen erzählen, über das Einrichten der Appartements durch die Bewohnerinnen und Bewohner mit eigenen aber vor allem von Zuhause mitgenommenen, Möbeln.

Viele der Bewohner nehmen sich Teils ihrer Möbeln von Zuhause mit, andere kaufen es nagelneu.

„Die haben alle eigene Möbel...Entweder sie nehmen es dort mit wo sie gewohnt haben oder sie beginnen noch einmal von vorne“ (Fall F, Zeile 116-122).

Das Neueinrichten gefällt einer von diesen 4 Pflegepersonen, besonders. Sie sieht den Umzug als eigener Abschnitt wo das Leben noch mal beginnt.

„Es ist ein eigener Abschnitt und so würde ich es machen“, „Es fängt noch mal an in dem Alter“ (Fall F, Zeile 120).

Sie sieht die Umzugsphase in dieses Pensionistenwohnhaus, als neuer Abschnitt im Leben eines jeden älteren Menschen, wo man es doch das Leben von neu auf, wieder Beginnen kann. Man fängt sozusagen ein neues Leben an und hinterlässt die Vergangenheit weit weg hinter sich.

Die eigenen Möbel werden von einer anderen Pflegeperson, als nicht besonders gut empfunden, in dem Moment wo die Bewohnerinnen und Bewohner immer mehr Pflege in Anspruch nehmen. In solchen Situationen wäre z.B. ein medizinisches Bett besser für die Pflege geeignet, als ein übliches Bett.

„...wenn dann die Pflege im Appartement erweitert wird, dass der Bewohner immer mehr Pflege bedarf... und die Pflege immer schwieriger wird, durch das Vorhandene Inventar, die Möglichkeit ist dann nicht gegeben, den Bewohner so zu pflegen, wie mit medizinischem Bett“ (Fall L, Zeile 82-86)

Einen anderen Aspekt bei den Möbeln, erwähnt eine weitere Person und zwar geht es darum die eigenen „alten“ Möbel von Zuhause, zu entsorgen und sich die Möbel komplett neu zu beschaffen. Diese befragte Person beschreibt es so, dass es zwar vielleicht ein schönes Erlebnis ist, in dem Moment wo man sich die Möbel neu beschafft, allerdings treten dann die Probleme auf, wo die Bewohnerinnen oder der Bewohner immer mehr geistig in dem Appartement abnimmt, durch den zunehmenden Alter und somit auch immer mehr dement wird. Denn, die Umgebung für die Betroffenen, unter all den neuen Möbel, sehr fremd ist.

Da das Kurzzeitgedächtnis in Schwankung geraten ist, können diese Personen, all die neuen Möbel nicht mehr erkennen. Diese Personen erkennen nur Dinge, aus der längeren Vergangenheit und sie würden sich z.B. an die alten Möbel wieder erinnern. *„Das Problem tritt aber meistens dann, wenn diese Menschen dann dement sind, und sie fühlen sich in dieser Wohnung nicht beheimatet. Weil das was sie beim XY gekauft haben, haben schon längst vergessen, weil das Kurzzeitgedächtnis funktioniert dann nicht“ (Fall P, Zeile 154-157).*

Das Thema der eigenen alten Möbel, wird auch von dem Sozialarbeiter in diesem Pensionistenwohnhaus, bei dem Informationsgespräch, angesprochen, wo auch meistens die Angehörigen dabei sind.

Wie bereits erwähnt, bekommen die Angehörigen es ebenfalls zu spüren, wenn sie dann beobachten, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in der neuen Umgebung sich nicht zurechtfinden. Nur dafür ist es meist schon zu spät, weil die alten Möbel meist schon längst entsorgt sind.

„in einer späteren Phase merkt man dann, und auch die Angehörigen merken, was wir damals auch gemeint haben. Dann ist es aber schon zu spät“ (Fall P, Zeile 170-171).

Die Bewohnerinnen und Bewohner können sich beim Einziehen in das Appartement, die Wandfarbe und die Vorhänge aus paar verschiedenen Grundmuster aussuchen, so wie eigenen Teppich oder sogar Laminatboden, nach Absprache mit der Verwaltung, in Eigenregie verlegen.

„Die Vorhänge und so da gibt's zwei, drei zum auswählen und Farbe auch“. „Die können sich eigenen Teppich hinlegen, oder Laminatboden, oder was auch immer, nur die Direktion muss darüber informiert werden. ...die Appartements werden komplett nach Wunsch der Bewohner eingerichtet“ (Fall R, Zeile 121-126).

Zwei der befragten Pflegepersonen äußern sich über den allgemeinen Gesundheitszustand der neu aufgenommenen Bewohnerinnen und Bewohner. Sie erzählen über einen signifikanten Anstieg, des immer schlechteren Zustandes der neu aufgenommenen Bewohnerinnen und Bewohner. Sie erwähnten, dass es früher strengere Kriterien gab, was den allgemeinen Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner betraf. Jetzt dagegen werden immer mehr Personen

in das Heim aufgenommen, welche im schlechteren Gesundheitszustand kommen als es vor einiger Zeit der Fall war.

„Vor einigen Jahren viel mehr fitte Leute aufgenommen die wirklich selbstständig waren. Das ist jetzt nicht mehr“ (Fall F, Zeile 197-198).

Dieser Zustand der Bewohnerinnen und Bewohner ist ein wichtiges Thema, was auch eine Pflegeperson es stark betonte. Es geht vor allem darum, dass wenn der Bewohner oder Bewohnerin schon im schlechten Allgemeinzustand in das Pensionistenhaus einzieht, so hat die Pflegeperson die Möglichkeit nicht mehr mit der Präventionsmaßnahme gleich zu Beginn anzusetzen, weil die z.B. Immobilität des Betroffenen zu weit fortgeschritten ist.

„wenn er im schlechteren Zustand hier einzieht, habe ich nicht mehr die Möglichkeit, die ich vielleicht hätte, wenn er noch im guten Zustand einzieht und dieser Zustand im Laufe seines Aufenthaltes sich verschlechtert, wo ich gleich zu Beginn eingreifen kann, oder helfen kann, unterstützen kann“ (Fall L, Zeile 116-119).

Eine andere befragte Person sieht die Gründe für den Umzug sehr positiv.

„Wenn ich alleine wäre, ja, würde ich. Da fällst du niemanden auf die Nerven, da fällst du niemanden auf die Last. Du brauchst dich um nichts kümmern. Es wird hier zusammengeraumt. Du brauchst dich nicht drum kümmern was kaufe ich was koche ich. Bist auch alleine. Kochst oft gar nicht. Bekommst trotzdem warmes Essen. Kannst Veranstaltungen besuchen, musst du aber nicht“ (Fall F, Zeile 328-332).

In dem oben beschriebenen Abschnitt wird ersichtlich, dass die Menschen, welche in dieses Haus eingezogen sind, auf Bewohner oder Bewohnerin manchmal reduziert sind. Obwohl die meisten Pflegepersonen, die zu betreuenden Menschen an dieser Institution namentlich kennen, was ich auch aus Vorgesprächen herausfand, werden sie als der Auftraggeber gesehen und als Bewohner oder Bewohnerin genannt.

Des Weiteren sollte beim Einzug in das Pensionistenwohnhaus auf jedem Fall eine Pflegefachperson dabei sein, um bei medizinischen Fragen, weitgehende und fachmännische Auskunft erteilen zu können, was ein wesentlicher Faktor ist.

6.2. Wahrung und Förderung der Autonomie

Dieses Haus, verfügt über eine gute Infrastruktur, verschiedene Freizeitangebote wie auch eine große Gartenanlage.

Neben diesen, sind nützliche Betriebsamkeiten vorhanden, die im Leben der Älteren etwas nachhelfen, wie:

Mobile Apotheke: hier ist das Prinzip einfach. Bewohnerinnen und Bewohner welche z.B. nicht so gut mobil sind, obwohl die Apotheke in ca. 5 Minuten Gehweg entfernt ist, können sich ihre Medikamente sehr bequem und unbürokratisch besorgen, ohne das Haus zu verlassen. In der Eingangshalle befindet sich ein Postkästchen zu dem man die Rezepte einwerfen kann. Einmal am Tag, wenn die Apotheke die Medikamente liefert, wird der Kästchen geleert und am nächsten Werktag die Medikamente wieder gebracht, der Bewohner oder die Bewohnerin regelt somit den Medikamentenbedarf selbst.

„sonst kommt Apotheke jeden Tag zu uns. Es gibt ein Postkasten, wo die Patienten die Rezepte einwerfen. Das wird von der Apotheke abgeholt und am nächsten Tag kriegen sie das dann wieder“ (Fall R, Zeile 199-200).

Die Rezepte für die Medikamente, kann sich dadurch der Bewohner oder die Bewohnerin selbst organisieren und dazu benötigen sie ebenfalls das Haus nicht zu verlassen, da sowohl die Praktische Ärzte wie auch andere Fachärzte direkt vor Ort kommen.

„Da gibt es eine Ordination und da kommen alle Bewohner...die können da alles besprechen“ (Fall R, Zeile 197).

Alle Pflegepersonen weisen stark daraufhin, dass die Bewohner, welche hier in diesem Pensionistenwohnhaus leben, welche nicht besachwalet, entmündigt oder dement sind, über alle Geschehnisse selbst und frei entscheiden können.

„Der Patient ist selbstständig und so lange nicht besachwalet ist, kann alles selbst bestimmen“ (Fall R, Zeile 213).

Auch die Bewohner, die in den Appartements leben, welche Pflegemaßnahmen erhalten, werden gezielt nur wirklich dort unterstützt, wo sie es wirklich brauchen und nicht mehr weiter können. Die Selbständigkeit im Appartementbereich könnte somit der Schwerpunkt dieser Arbeit sein.

„Und wenn da plötzlich was wegbricht und der Bewohner kann da plötzlich jetzt was nicht mehr, versucht man halt wirklich dort, wo die Ressourcen noch da sind, wirklich nur dort wo es gebraucht wird zu unterstützen, wo es notwendig ist, dass sie ihre Selbständigkeit im Appartement erhalten können“ (Fall P, Zeile 20-23).

Die meisten Pflegekräfte sind also stets bemüht, dass die Bewohner, weitgehend ihre Autonomie in den Appartements erhalten, auch wenn sie dabei bei diversen Tätigkeiten des täglichen Lebens, Unterstützung von den Pflegenden, mehr oder weniger, erhalten, wird sogar auf die Kleinigkeiten geachtet.

„es gibt viele oben, die die Medikamente verabreicht bekommen. Das heißt ich gebe es ihnen nicht in den Mund sondern ich gebe sie ihnen in die Hand damit sie auch ein Gefühl haben“ (Fall F, Zeile 32-34).

Oftmals ist es auch, dass die Bewohnerinnen und Bewohner selbst sich bemühen, trotz ihren Beeinträchtigungen, doch noch gewisse Dinge selbst zu erledigen oder durchzuführen. Dabei werden Sie oftmals vom Fachpersonal unterstützt, welches einen großen Wert darauf legt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ihrer Selbstständigkeit weitgehend wie möglich erhalten.

„Weil oftmals ist es ein Bemühen da, der Bewohner will gewisse Dinge auch selbst durchführen, auch wenn es schlecht geht, dann lassen wir ihn schon noch die Möglichkeit, dass es er doch noch kann. Wir versuchen einige Male“ (Fall L, Zeile 246-248).

Zwei der Pflegepersonen sagen aus, dass sich oft der Gesundheitszustand der Bewohnerinnen und Bewohner verschlechtert, ist aber nicht auf somatische Ursachen zurückzuführen, sondern eher die geistigen. Da wird oft durch Zuwendung und Gespräch manchmal weitergeholfen.

„Weil manche brauchen wir nur reaktivieren. Weil dann siehst du, sie können ja noch mehr machen als sie bis jetzt noch haben. Weil manche sind halt nur so depressiv. So depressiv manchmal. Weil die sind allein oben. Das ist es ja. Manche brauchen wirklich nur mehr Zuwendung und Gespräche halt“ (Fall K, Zeile 105-109).

Für die Pflegepersonen sind die Bewohnerinnen und Bewohner „nur depressiv“, d.h. sie haben herabgesetzte Stimmung und äußern oft Ihre Einsamkeit auf somatischem Weg. Im Grunde genommen fühlen sich aber die Betroffenen nicht nur depressiv sondern vor allem depressiv. Die Einsamkeit macht Ihnen zu schaffen und sie suchen Zuwendung schließlich beim Pflegepersonal, indem sie sich oft irgendwelche Leiden ausdenken.

6.3. Pflegeprozess – Erkennung, Planung und Durchführung

Erkennung eines Problems

Abgesehen von den Fällen, wo die Bewohnerinnen und Bewohner aus dem Krankenhaus entlassen werden und etwas geschwächt wieder in ihr Appartement zurückkehren, wo die Pflegekräfte sich in solch Situationen erkundigen, ob diese Person jetzt Hilfe oder Unterstützung bedarf oder auch nicht, werden die Probleme der Bewohnerinnen und Bewohner auf vielfältige Weise erkannt.

Da es sich um ca. 400 Bewohnerinnen und Bewohner im gesamten Haus handelt, ist es schwer alles zu überblicken. Den Pflegekräften stehen Instrumente zur Verfügung, die denen helfen, Probleme mit Bewohnerin oder Bewohner aufzuspüren. Dazu gehört vor allem die Frühstückskontrolle, die der Erhebung der Anwesenheit dient, wie auch des Wohlbefindens.

„es gibt ja einmal am Tag diese Frühstückskontrolle, wo man schaut ob die Leute wohl gut auf sind“ (Fall P, Zeile 194-196).

Eine Mitarbeiterin trägt die Namen der Anwesenden auf die Liste ein, ohne dass man jeden einzelnen Bewohnerin oder Bewohner, jedes Mal belästigt. Nur bei denjenigen, welche unangemeldet zum Frühstück nicht erschienen sind, wird im Appartement nachgeschaut, ob nichts passiert ist und ob vielleicht Hilfe benötigt wird.

„im Appartement kontrollieren. Ob die nicht gestürzt sind, oder nicht die Hilfe brauchen, was auch immer“ (Fall R, Zeile 44-45).

Neben den Frühstückskontrollen wird auch die Kontrolle zum Mittag durchgeführt. Spätestens dann, fällt etwas auf, wenn etwas erst nach dem Frühstück passiert ist.

Es ist also ein Instrument, welches innerhalb der fast 400 Bewohnerinnen und Bewohner, eine grobe Kontrolle und eine grobe Übersicht verschafft. Wenn man aber eine genauere Kontrolle benötigt, die des jeden einzelnen Menschen, das des Individuums, so werden andere Techniken angewendet, da wie schon erwähnt, die Bewohnerinnen und Bewohner einfach zu viele sind.

Eine davon ist die, welche aus der Erfahrung einer Pflegeperson hervorgeht, nämlich die Beobachtung. Früher oder später, fällt es einer Pflegeperson auf, dass etwas Merkwürdiges mit Bewohnerin oder Bewohner vor sich geht.

„wenn ich ihn anschaue, wie geht's ihm, wie steht er dort, was er für ein Gesicht hatte, lächelt, ist traurig, was auch immer“ (Fall G, Zeile 36-37).

Des Weiteren bedarf es sehr viel Einfühlvermögen in solchen Situationen um somatische von den geistigen Beschwerden bei den Bewohnern zu unterscheiden, um dann richtig agieren zu können (wie schon vorher erwähnt).

Ein weiterer Erkennungsmechanismus, sind die Bewohnerinnen und Bewohner, untereinander selbst. Die Bewohnerinnen und Bewohner spielen oft eine entscheidende Rolle, denn sie haben einen anderen Zugang untereinander, als die Pflegepersonen und so können sie das Pflegepersonal oft auf Probleme anderer Mitbewohnerinnen und Mitbewohner aufmerksam machen.

„Die anderen Bewohner sagen uns geht hin geh halt rauf und schaut wie die Lage ist.“ „Weil der Bewohner sieht das anders als wir. Dann schauen wir aha die braucht wirklich Hilfe“ (Fall K, Zeile 101-104).

Die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner haben also eine andere Sichtweise, wie die der Pflegepersonen, was aber die Pflegepersonen auch betonen.

Abgesehen von den externen Mechanismen kommt es ebenfalls vor, dass sich die Bewohnerinnen und Bewohner selbst beim Pflegepersonal melden, weil sie selbst bei bestimmten Angelegenheiten, sich nicht weiter helfen können:

„oftmals sieht er dann selber, es geht nicht“ (Fall L, Zeile 248-249).

Planung der Pflegemaßnahmen

Wenn ein Bewohnerin oder Bewohner vor einem Problem steht und Hilfe bzw. Unterstützung benötigt, wird es zusammen vor Ort, in diesem Fall in seinem oder ihrem Appartement mit ihm oder ihr geplant.

„Ja dann machen wir das gemeinsam mit der Bewohnerin oder mit dem Bewohner“ (Fall F, Zeile 212-213).

Zusammen mit Bewohnerin oder Bewohner wird also das Problem analysiert und besprochen und auf die Risiken eingegangen. Es werden dann die Vorschläge gemacht, bezüglich der Pflegemaßnahmen. Die Bewohnerin oder Bewohner wählt sich dann die passende Therapieform oder Leistung aus.

„Dann analysieren wir mit dem Bewohner gemeinsam das Problem, und dann gibt es unser Leistungskatalog, was wir alles anbieten, das legen wir dann dem Bewohner, was wir anbieten könnten, und er sucht sich dann schon was aus, was er will“ (Fall P, Zeile 94-96).

Das Vertrauen zu der Pflegeperson ist sehr wichtig und es wird stets geachtet, dass z.B. solche Pflegeplanung mit einer Vertrauten Person. In solchen Fällen wird in erster Linie, eine Pflegeperson die Planung mit Bewohnerin oder Bewohner durchführen, wo man weiß, dass diese Beziehung zu dieser Person auch enger ist.

„Wenn wir aber wissen, dass eine Hausbetreuende Schwester eine gute Beziehung zu diesem Bewohner schon hat, dann macht es eben die betreffende Hausschwester“ (Fall P, Zeile 27-29).

Wenn eben die Bewohnerin oder der Bewohner nicht so ganz von der Pflegemaßnahme überzeugt ist, die Pflegeperson aber ihrem Wissen und Erfahrungsgemäß es als notwendig einstuft, wird mit sehr viel Respekt noch Mal auf dieses Thema eingegangen und die wichtigsten Argumente dafür erklärt.

„Ich versuche es immer wieder. Nur im Endeffekt hat der Bewohner sein Recht zu entscheiden, ich will das, oder ich will das nicht“ (Fall R, Zeile 216-218).

Oft verläuft die Planung nicht ganz reibungslos, da die Bewohnerin oder der Bewohner einer anderen Meinung ist was die Planung betrifft und es häufig bagatellisiert wird.

„Wir sehen das anders, nicht als Belästigung sondern als konkretes Hilfsangebot, eben weil erforderlich, weil notwendig ist“ (Fall L, Zeile 285-286).

Alle Pflegepersonen äußern, dass es oft Schwierigkeiten, mit der Planung der Pflegemaßnahme(n) gibt. Sehr häufig treten Hindernisse auf, weil sich die Bewohnerin oder Bewohner über den finanziellen Aspekt Gedanken macht.

„weil sie sich von der finanzieller Seite sich beeinflussen lassen, weil die Meisten wissen, dass es mit einer finanziellen Belastung verbunden ist, die Hilfestellung im Appartementbereich“ (Fall L, Zeile 11-13).

Wenn die Planung weiterhin nicht funktioniert, versucht man über andere Wege an dem Bewohnerin oder Bewohner zu kommen, da man doch einen autonomen Menschen zu nichts zwingen kann. Meistens werden es die Angehörigen herangezogen, wenn man weiß, dass die Bewohnerin oder der Bewohner einen guten Bezug hat:

„Solange der Patienten nicht besachwalet ist hat dieser zu entscheiden. Das muss man akzeptieren. Niemand kann Patient zwingen“ (Fall R, Zeile 211-212).

Angehörige werden dann angesprochen, wenn sie die Menschen zu etwas bewegen sollen, weil es das Personal nicht schafft.

„Man versucht mit Bewohner zu reden und wenn man weiß der Angehörige darf was dazu beibringen. Man versucht das auch mit Angehörigen“ (Fall R, Zeile 221-222).

Fast alle Pflegepersonen gehen auf die Problematik der Pflegeplanung ein, welche durch den finanziellen Aspekt oft sehr schwierig wird. Sie stoßen oft an die Mauer, wenn sie versuchen zu erklären, dass sie ja doch dafür das nötige Pflegegeld ausbezahlt bekommen, welches ja dafür vorgesehen ist. Zugleich sehen sie das Problem darin, dass das Pflegegeld eben bar auf die Hand ausbezahlt wird und es häufig dann für andere Zwecke verwendet wird.

„manche Bewohner gemeint haben: do bleibt ma ja nix über vom Pflegegeld. Das sie einfach nicht verstehen konnten, dass das Pflegegeld eben für den Pflegeaufwand gedacht ist“ (Fall L, Zeile 31-33).

Das Pflegepersonal und die zu pflegenden Menschen, haben halt andere Prioritäten diesbezüglich und die Meinungen gehen oft diesbezüglich auseinander.

„Jetzt bekommen sie das bar ausgezahlt, die Pflegestufe und sie selbst bestimmen damit. Und aus diesem Grund wird dann oft eingespart“ (Fall F, Zeile 232-234).

„die geben es lieber den Enkelkindern, bevor sie...“ (Fall P, Zeile 117).

Es funktioniert aber auch nicht immer mit den Angehörigen. Die meisten Pflegepersonen berichten, dass es zwar die Mehrheit der Angehörigen sehr gut in den Pflegeprozess involviert sind.

„Dann ist es auch, dass sie dann sehr gut in die Betreuung mit eingegliedert sind“ (Fall P, Zeile 41-42).

Jedoch ist es nicht immer so. Statt zu unterstützen, arbeiten die Angehörigen oft dagegen.

„Angehörige die wirklich eine Katastrophe sind... Gegenarbeiten oder Imprägnieren. Negativ sehen.“ (Fall F, Zeile 302-304)

Oft einigen sich die Pflegekräften mit der Bewohnerin oder Bewohner und es kommt dann dazu, dass sich manchmal die Angehörigen einmischen und diese Arrangement durcheinander bringen, weil sie die Situation oder die Notwendigkeit falsch einschätzen.

„die Angehörigen schätzen die Situation noch viel falscher als der Bewohner selbst, oftmals haben wir sich mit dem Bewohner arrangiert, und dann kommen die Angehörigen und werfen alles über den Haufen“ (Fall L, Zeile 336-338).

Es wird vermutet von ein paar Pflegepersonen, dass es auch hier der finanzielle Aspekt ausschlaggebend ist.

„Und auch der Seite der Angehörigen, sie haben offenbar Sorge, dass sie dann finanziell aushelfen müssen, wenn der Bewohner dafür nicht aufkommen kann, bzw. sein Pflegegeld nicht ausreicht“ (Fall L, Zeile 33-35).

Sehr hilfreich bei den Erklärungsversuchen ist es, wenn man die Biographie über diesen Mensch kennt um ihn oder sie dadurch besser erreichen kann, besser auf sie eingehen kann. Dieser Meinung sind sich die Mehrheit der Befragten.

„wenn du die Biographie nicht von einem Bewohner hast dann reagierst du anders“ (Fall K, Zeile 42-43).

In diesem Haus, arbeitet man speziell nach der Böhm Methode, wo es viel um die Menschenautonomie geht.

„Autonomie beginnt bei uns...wir sind alle Böhm geschult. Und das ist von der Böhmideologie so, dass das die Bewohner so viel wie möglich beibehaltet. Bis ins hohe Alter. Das sie leben, so wie früher haben sie gelebt.“ (Fall G, Zeile 8-10)

„dass wir die Böhm Ausbildung haben, wo es sehr viel um Autonomie geht“ (Fall P, Zeile 11).

Die Biographiearbeit wird leider nicht sofort bei Allen gemacht, da wie schon erwähnt, manche am Anfang wo sie auch einziehen, sehr selbständig sind und nichts Seitens der Pflege benötigen. Somit wird auch die Biographie dadurch nicht entnommen. Schwierig wird es dann, wenn eine Biographie von Nöten wäre, die Bewohnerin oder der Bewohner aber nicht mehr kognitiv erreichbar ist und deswegen die Biographiearbeit nicht möglich ist. Eine Version von den Angehörigen sich zu holen ist immer nicht dasselbe und deswegen kein guter Ersatz.

„es wäre wirklich Sinnvoll gleich bei der Aufnahme eine Biographie zu machen, wo sie noch kognitiv zu erreichen sind.“ „Biographie ist wirklich, von der Person zu holen und nicht von Angehörigen oder so. Weil ich meine, zum Beispiel kenne ich nicht so gut meine Mutti, so kann auch nicht über ihre Biographie viel erzählen“ (Fall K, Zeile 29-33).

Man muss auch unterstreichen, dass dieser Prozess „Biographiearbeit“, ein Zeitraubender Prozess ist, für den man erst mit nötigen Zeitressourcen aufkommen muss.

„Ja ist wichtig. Aber ich erfahre das nicht, wenn ich 10 Minuten dort bin, sondern das dauert längeren Zeitabschnitt“ (Fall G, Zeile 400-401).

Man versucht der Bewohnerin oder Bewohner die Autonomie zu gewähren, macht Böhmausbildungen, usw. und die andere Seite der Medaille ist, dass man erst dann zur Bewohnerin oder Bewohner geht, wenn bereits ein Problem existiert.

„Es ist leider immer, immer wenig Ressource orientiert, weil man dann kommt, wenn es schon ein Problem ist“ (Fall P, Zeile 92-93).

Schließlich, geht es darum, dass die Bewohnerin oder Bewohner nicht gefährdet sein darf und es wird mit allen erlaubten und zugänglichen Mittel auch versucht zu erreichen, etwas Schlimmes zu verhindern.

„Ob es sie selbst machen oder die Angehörigen, gefährdet soll er halt nicht sein“ (Fall P, Zeile 125-126).

Durchführung der Pflegemaßnahmen und „sich revanchieren“

Es wird bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen besonders geachtet, da sich die Pflegenden wohl bewusst sind, in eine Intim- und Privatwelt der Bewohnerin oder des Bewohners zu begeben.

„natürlich ist die Intimsphäre ein Thema, weil wir Pflegende doch sehr nahe kommen, und wenn man die Pflegehandlungen setzen muss, dann kann man wirklich nur vorsichtig mit diesem Menschen umgehen“ (Fall P, Zeile 185-188).

In dieser Phase, zeigen sich die Effekte des Aufklärungsgespräches. Je besser die Pflegemaßnahmen erklärt und die Notwendigkeit erläutert wurde, desto weniger wird dann die Zustimmung für die Durchführung der Leistung zurückgenommen.

„oftmals ist es so, dass wir dann eine Pflegemaßnahme beginnen, in Absprache mit dem Bewohner. Nicht das er dann im Nachhinein seine Zustimmung wieder zurückzieht, weil eben der finanzielle Faktor oftmals ja ausschlaggebend ist oder weil es er sich falsch einschätzt mit der Meinung er kann es dann doch“ (Fall L, Zeile 14-17).

Es ist ganz unterschiedlich, wie die Bewohnerin oder der Bewohner auf die Pflegeleistung reagieren. Manche haben überhaupt keine Probleme damit und manche schon.

„ganz unterschiedlich, es gibt Bewohner, die haben überhaupt kein Problem damit, pflegerische Hilfestellung anzunehmen, und es gibt viele die haben sehr wohl ein Problem damit“ (Fall L, Zeile 212-214).

Eine Pflegeperson erzählte, dass manche keine physische Unterstützung benötigen, sondern sie wollen, dass man bei manchen Tätigkeiten nur dabei ist und dadurch fühlen sie sich sicherer.

„eigentlich er könnte das Selbermachen, aber er will die Sicherheit, dass wer dabeisteht. Er braucht eigentlich keine Hilfe - da steht man nur so“
(Fall G, Zeile 91-92).

Dann gibt es Bewohnerinnen oder Bewohner, wie eine andere Pflegeperson berichtet, dass sobald sie die Rechnung für die pflegerischen Maßnahmen präsentiert bekommen, auf einmal keine Hilfe und Unterstützung mehr erfordern.

„Und plötzlich nicht weil sie können sich alleine duschen, den Blutdruck messen. Wenn sie sehen was sie da zahlen müssen“ (Fall K, Zeile 228-229).

Es ist also sozusagen die Kostenfrage für die verschiedenen Pflegeleistungen, welche die Bewohnerinnen und Bewohner dazu animiert, Dinge die sie bis jetzt angeblich nicht machen konnten, doch auf Einmal selbst machen können. Man könnte sagen, dass das die Höhe der Kosten für manche Pflegemaßnahmen, als Maßnahme zur Förderung der Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, verstanden werden kann.

Viele ältere Personen, haben das Bedürfnis, sich für die erbrachten Leistungen auch zu revanchieren. Die Pflegepersonen werden sehr oft damit konfrontiert. Eine Schenkung in Form finanzieller Zuwendung, ist Seitens der Institution nicht erlaubt. Eine Annahme solcher, in finanzieller Form, bedeutet ein Kündigungsgrund.

„es ist bei uns im Unernehmen strengstens verboten, in Form von finanzieller Zuwendung, und es tut auch niemand, bei uns“ (Fall P, Zeile 136-137).

Man kann aber die Bewohnerinnen und Bewohner nur schwer davon abhalten.

„haben wir schon das Gefühl, dass sie sich halt revanchieren müssten und da kannst du noch so sagen, es ist nicht notwendig“ (Fall P, Zeile 139-140).

Die Meisten Pflegepersonen sind sich unabhängig einig gewesen, dass die Schenkungen eine versteckte Botschaft vermitteln. Sie sind der Meinung, dass sie erstens sich nicht anders bedanken können, als mit Tafel Schokolade oder Kaffee und zweitens, sei es ein Ausdruck der Akzeptanz, dass sie sich nicht zurückgestoßen fühlen.

„habe ich manchmal das Gefühl, das jemand der Schokolade schenken möchte, und man nimmt die nicht, dass sie sich zurückgestoßen oder zurückgesetzt fühlen“ (Fall P, Zeile 141-142).

„die Bewohner einfach ihre Freude damit Ausdruck verleihen wollen, darüber dass man sich liebevoll um sie kümmert“ (Fall L, Zeile 196-197).

Solche Kleinigkeiten werden dann schließlich angenommen, da es keinesfalls im Interesse der Pflegeperson ist, die Bewohnerin oder den Bewohner zu verletzen oder zu beleidigen. Geld wird aber keinesfalls genommen.

„Zurückgegeben oder abgelehnt habe ich noch nicht, da ich niemanden beleidigen möchte, auch traurig machen. Weil es kann sein, dass sich der Bewohner selbst abgelehnt fühlt. Kann man nicht machen, finde ich“ (Fall L, Zeile 205-208).

„Mit Geld das verstehen sie auch, wenn a Schwester sagt, schauen sie, das darf ich nicht, das ist ein Kündigungsgrund, sie bringen mich da wirklich in Schwierigkeiten. Dann kommen sie und bringen dann a Schokolade, ein Kaffee. Diese Sachen halt. Und da kann man dann wirklich nichts mehr sagen. Weil man den Kaffee oder die Schokolade, nimmt man dann halt. Ich denke es ist ganz OK so“ (Fall P, Zeile 142-147).

Es ist also für die betroffenen Menschen an dieser Institution wesentlich einfacher die Hilfe bzw. Unterstützung von den Pflegepersonen anzunehmen, wenn sie sich für die erhaltene Pflegemaßnahmen revanchieren können.

6.4. Privatsphäre

In diesem Kapitel, geht es um die Pflichten und Obsorge des Pflegepersonals, diesmal aber werden sie mit der Wahrung der Privat- und Intimsphäre konfrontiert.

Die Privatsphäre beginnt in den Appartements da, vergleichbar mit der stationären Bettenstation, dass sie sich in ihrer Wohnung zusperren können.

„in dem Moment wo sie in ihrem Appartement sind, können sie sich zu sperren. Da ist die Intimsphäre in diesem Moment gewahrt“ (Fall P, Zeile 184-185).

Jedoch ist es nicht wirklich ein Hindernis für die Pflegekräfte, um reinzukommen, da sie Alle ein Generalschlüssel haben, welcher alle Appartements aufsperrt.

„Wir läuten immer an. Obwohl wir ein Generalschlüssel haben und da warten wir wirklich so lange ab, weil die brauchen viel Zeit“ (Fall K, Zeile 249-250).

Trotzt des Generalschlüssels, werden die Appartements nicht grundlos aufgesperrt.

„das Appartement ist eine Wohnung und wir verhalten uns so, als wenn ich zu ihnen nach Hause komme. Da läutet man an, da klopft man an, und da wartet man bis jemand aufmacht. Wir gehen in den Appartement nicht rein, es sei den, es kommt jemand nicht zu Frühstück.“ (Fall P, Zeile 192-194).

Bei mancher Bewohnerin oder Bewohner wird die Appartementtür aufgesperrt, weil man schon weiß, dass die Bewohnerin oder der Bewohner nicht alleine aufsperrn kann. Eine Pflegeperson berichtete, dass sie es bei Bewohnerin oder Bewohner machen, welche oder welcher am Vorabend, ins Bett zu legen geholfen wurde. Deswegen wissen sie schon, dass sie nicht alleine aus dem Bett, um die Tür aufzusperren, aufstehen können. Vor dem aufsperrn wird aber trotzdem geläutet und dadurch das Reinkommen angekündigt.

„Bei manchen muss du aufmachen das ist klar. So wie bei der Frau XY läutest du, dann machst du auf, weil sie im Bett liegt.“, „Ja das weis man schon“ (Fall G, Zeile 140-144).

Aber, auch der Generalschlüssel schreckt die Bewohnerin oder Bewohner nicht ab, im Fall der Fälle, sehr erfinderisch zu sein und eine Gegenmaßnahme einzuleiten.

„sie schiebt jedes Mal vor die Tür einen großen Ledersessel. Das ich nicht aufmache, aber ich würde eh nicht aufmachen. Entweder duscht sie oder sie liegt im Bett. Und der große Fauteuil steht vor der Tür“ (Fall G, Zeile 335-337).

Dann gibt es die sogenannten „Frühstückskontrollen“, die bereits erwähnt worden sind, bei denen man im Fall unangekündigter Abwesenheit, bei der Bewohnerin oder dem Bewohner im Appartement nachkontrolliert, ob nichts schlimmes passiert ist. Es geschieht immer durch zwei Personen.

„Und selbst da, geht man zu zweit rein. Weil wir gehen nie alleine in eine Wohnung rein, weil eben es die Privatsphäre ist. Und da sperren wir doch nach x-mal läuten langsam auf“ (Fall P, Zeile 196-197).

Wie schon vorher beschrieben, wurden bei solchen Kontrollen zum Teil auch verletzte Bewohnerinnen und Bewohner gefunden. Jedoch nicht immer, wobei die Ursache eine einfache ist, z.B. weil jemand halt nur verschlafen hat.

„man geht rein und kontrolliert. Weil Sie sich nicht melden.“, „Das Sie im Bett liegen, die haben einfach geschlafen und die Intimsphäre was auch immer, ein bisschen gestört ist“ (Fall R, Zeile 47-48).

Die Kontrollen erfolgen, weil so vorgeben ist. Das Pflegepersonal ist verpflichtet die Bewohnerin oder dem Bewohner gegenüber, diese Kontrollen zu durchführen. Man kann es nicht abschaffen und es werden Alle beim Einzug darüber informiert. Wer sich durch die Kontrollen belästigt fühlt, kann sie es vermeiden, indem sich der oder die Jenige offiziell abmeldet. Somit fällt dann die Kontrolle im Appartement aus. Es wurde aber gesagt, dass diese Kontrollen trotzdem gut angenommen werden.

„Es ist ja kein Pflegeheim sondern ein Pensionistenwohnhaus und trotzdem sind wir ja verantwortlich für die Leute“ (Fall P, Zeile 202-204).

„das wird in der Information vor dem Einzug schon gesagt, und es wird von unseren Leuten gut angenommen, weil es einfach eine Sicherheit ist. Man merkt das auch, das sie froh sind, auch wenn es nur a Grippe ist, und die liegen im Bett, können nicht aufstehen, sind dann froh wenn wir dann kommen“ (Fall P, Zeile 208-211).

Es gab aber schon mal etwas, wie auch drei Pflegepersonen berichteten, das es trotz allem, ein Bewohner durch die Kontrollen sich gestört fühlte. Erst nach einigen Gesprächen, konnte eine Lösung des Problems erzielt werden, indem es der Bewohner, jedes mal wenn er das Haus verlassen hat und somit bei den „Anwesenheitskontrollen“ fehlte, immer ein Fax zukommen lassen hat, indem er seine Abwesenheit ankündigte.

„es war ein einziger Man, der sich durch die Kontrollen gestört gefühlt hat, aber wir haben da auch eine Lösung gefunden. Den immer, wenn er außer Haus war, hat er uns in der Früh ein fax geschickt“ (Fall P, Zeile 215-217).

Das Thema der Privatsphäre wurde von allen Probandinnen und Probanden umfangreich beschrieben, wo und vor allem wie die Privatsphäre bewahrt wird. Trotz manchmal sehr verschiedener Aussagen, befanden sich welche, die sich sehr in der Antwort ähnelten. Die Probandinnen und Probanden sprachen von keiner vollkommenen Wahrung der Privatsphäre, aufgrund der Kontrollen eben, obwohl es für gut und notwendig gegenüber der Bewohnerin oder dem Bewohner empfunden wird.

„Die ist nicht gewahrt. Durch die Kontrollen“ (Fall F, Zeile 143).

„Obwohl ich es gut finde, das sie kontrolliert werden“ (Fall F, Zeile 90).

Abermals werden die Kontrollen der Appartements als der Hauptstörfaktor der Privat oder Intimsphäre gesehen. Trotzdem, obwohl alle Pflegepersonen es für richtig oder notwendig halten, würden Sie selbst solche Zustände nicht ertragen, dass man so einfach eine Wohnung aufsperrt und auf einmal mitten in einem Privat-Appartement steht.

„...bewahrt? meiner Meinung nach zu wenig, aber oftmals zur Sicherheit des Bewohners, weil ich könnte mir nicht vorstellen, ich persönlich, in einem Appartement zu leben, wenn ich einmal z.B. verschlafe, und nicht daran denke mich vom Frühstück abzumelden, steht schon eine Pflegeperson herinnen, unaufgefordert und schaut nach und dringt in meine Privat-, Intimsphäre eigentlich ein. Ist aber offenbar eine Notwendigkeit, zur Sicherheit des Bewohners“ (Fall L, Zeile 143-149).

Obwohl sich die Bewohnerinnen und Bewohner im eigenen Appartement befinden, müssen sie auf so manches verzichten. Es wurde mir berichtet, dass z.B. echte Kerzen, brennend, in den Appartements verboten sind, der Sicherheit Allen gegenüber. Tiere werden in den Appartements meist auch nicht erlaubt, wie auch keine laute Musik toleriert.

„alles was sie wollen kannst da nicht im Haus haben. Ich will zu Hause laut Musik aufdrehen und wenn ich 100 bin will ich das auch noch machen. Das kannst da nicht. Da beschweren sich ja alle“ (Fall F, Zeile 92-94).

6.5. Soziale Isolation

Eine Interviewteilnehmerin berichtet während des Interviews, im Zusammenhang mit sozialen Kontakten der Bewohnerinnen und Bewohner. Sie erzählte, dass es wohl viele Bewohnerinnen und Bewohner, die aufgrund der veränderten Lebensumstände durch das hohe Alter, immer weniger sozial aktiv sind, obwohl sie regelmäßig von Angehörigen besucht werden. Angehörigen, welche zum Teil stark berufstätig sind.

„oftmals finden die Besuche durch die Angehörigen statt, und trotzdem ist der Einsamkeitsfaktor ein hoher oftmals, trotz allem. ...einfach wegen der veränderten Situation, ja weil früher hatten die Bewohner ihren Bekanntenkreis, war doch aktiver innerhalb der Familie, vielleicht auf Enkel aufgepasst, jetzt werden sie besucht von den Enkel, von den eigenen Kindern, die oft Berufstätig sind, und dann eben auch, nicht so oft in Erscheinung treten, wie sie es gerne hätten“ (Fall L, 428-434).

Damit eben die Einsamkeit weniger wird, wurde das Programm „S.m.S.“ gestartet.

Die Bewohnerin oder der Bewohner sucht sich dann zusammen mit der SMS-Koordinatorin ein passenden Gesprächspartner oder Partnerin aus, wobei die Angehörigen sehr wohl auch, in Kontaktknüpfung für die Bewohnerin oder den Bewohner miteinbezogen werden.

„Er kann sich es aussuchen, wer für ihn sympathisch wäre oder einfach mit ihm auf ein Kaffee ausgehen würde. Einfach eine Regelmäßigkeit, auf dem man sich verlassen kann, der regelmäßig in Erscheinung tritt, und das versuchen wir zu organisieren. Manchmal über die Angehörigen, den Angehörigen es auch mitteilen“ (Fall L, Zeile 445-448).

Eine befragte Person meinte es wie folgt, dass die Immobilität nicht die Hauptursache sei, für die Einsamkeit oder soziale Isolation. Es wurde erzählt, dass viele Rollstuhlfahrende Menschen keine Probleme bei sozialen Beziehungen zeigten, es liegt jedoch einer anderen Natur zu Grunde. Es liegt mehr an der eigener Persönlichkeit. An dem, dass man von sich aus gut oder schlecht Kontakte knüpfen kann.

„Die, die sehr aktiv im Haus sind, die Kontakte von sich aus knüpfen können. ...nein, das hat mit der Mobilität gar nicht zu tun, wir haben Bewohner die nicht so mobil sind, und im Rollstuhl herumfahren“ (Fall L, Zeile 453-456).

Manche Bewohnerinnen und Bewohner ziehen sich eben von sich aus zurück, es sind auch viele kinderlose Bewohnerinnen oder Bewohner unter denen oder solche, die keine Angehörige (mehr) haben.

„Sie isoliert sich freiwillig, weil sie sagt, dass sie mit den anderen Bewohnern nichts anfangen kann. Weil sie meistens über Krankheiten reden und Tratschereien. Bewohner, die keine Angehörigen haben, Verwandte, kinderlose Bewohner“ (Fall L, Zeile 459-467).

Manche Bewohnerinnen und Bewohner äußern ihre Einsamkeit auf somatischem Wege und suchen dann die Zuwendung bei Pflegepersonal, wie mir auch eine Pflegeperson mitteilte.

„Diese Personen, äußern ihre Einsamkeit auf somatischem Wege und suchen dann Kontakt zu Pflegepersonen“ (Fall L, Zeile 436-437).

Die meisten Pflegenden, haben aber nicht ausreichend Zeitressourcen im Dienst, um auf die Bewohnerin oder den Bewohner, aber vor allem auf ihre Bedürfnisse einzugehen.

„Das Pflegepersonal hat leider wenig Zeit. Das ist das Problem. Weil das mindeste was man machen kann das ist in ein Zimmer kommen und in der Früh frage: wie geht's ihnen heute, haben sie gut geschlafen t, ist das heute ein ödes Wetter?!...Dadurch hat sie das Gefühl das sie nicht ganz alleine ist“ (Fall F, Zeile 69-72).

Ein paar Pflegeperson machten die Bemerkung, dass sie wenig Zeit für die Gespräche mit Bewohnern zur Verfügung haben. Es gelingt jedoch bei manchen Bewohnerinnen und Bewohner mehr, nämlich während der Körperpflege z.B. bei Duschvorgang, wo die Pflegeperson alleine über etwas längeren Zeitraum bei einer und derselben Person sich befindet und dadurch mehr Raum für Gespräche bleibt.

„Ja, weil du drehst zum Beispiel heute deine Runde, da kannst so ein paar Wörter sprechen. Das ist bei Körperpflege, das ist bei Dusche,.. kannst du mehr, das machen wir“ (Fall G, Zeile 104-106).

Das Thema „wenig Zeit“ wird von vielen befragten Personen, auf vielfältige Weise, angeregt. Erstens wird erwähnt, dass die Bewohnerinnen und Bewohner zu viele im Haus sind, so dass man nicht auf jeden individuell eingehen kann und da kommen sich die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner in Eigenregie entgegen. Sie unterstützen sich gegenseitig.

„Die kümmern sich gegenseitig irgendwie, ja. Das ist wirklich gut. Weil, du kannst nicht mit allen. Das ist über 500. Da kannst du auch nicht alle anschauen“ (Fall K, Zeile 136-138).

Des Weiteren, fühlen sich so manche Pflegefachperson mehr gefordert dadurch, dass man jetzt in diesem Haus auch Heimhelferinnen und/oder Heimhelfer anstellt. Das Pflegefachpersonal hat dementsprechend dadurch mehr Aufsicht. Dort wo sie früher die Aufgaben unter sich, sprich Diplompersonal mit Pflegekraft, aufgeteilt haben, so ist dieselbe Aufteilung nicht mehr zulässig. Die Heimhilfen dürfen gewisse Tätigkeiten, aufgrund der relativ kurzer Ausbildungsdauer, welche ein z.B. eine Schwester oder Pfleger gemacht hat, nicht ausführen. Außerdem wird es für schlecht empfunden, da dadurch ihrer Meinung nach, die Pflegequalität stark abnimmt.

„Da Tätigkeiten immer mehr werden, bei gleichem Personalstand, und weniger qualifizierten Personal. Wir arbeiten mit Heimhilfen und da hat sich die Situation für uns schon sehr verschlechtert, für uns Pflegefachkräfte, muss ich sagen. Die Qualität nimmt dadurch ab, vieles lastet auf uns, weil die Heimhilfen nur eine 3 Monatige Ausbildung haben und Situationen nicht richtig einschätzen können und dadurch eben Pflegefachpersonal mehr in Aktion treten muss“ (Fall L, Zeile 301-308).

Sie wünschen sich zumindest eine Pflegefachkraft, in dem Fall eine Pflegehelferin oder einen Pflegehelfer, es muss keine Diplomierte Fachkraft sein.

„eine Pflegefachkraft, muss nicht eine Diplomierte Fachkraft sein, aber zumindest ein Pflegehelfer“ (Fall L, Zeile 318-319).

Neben dem „S.m.S.“ Programm, wie vorher berichtet, hat dieses Pensionistenwohnhaus andere Maßnahmen anzubieten um die Bewohnerinnen und Bewohner zu sozialen Aktivitäten animieren.

Es werden zahlreiche Veranstaltungen organisiert um alle Bewohner vielfältige Amusements Möglichkeiten zu ermöglichen, wie Konzerte, Feier oder Feste.

„Und im Haus, wir haben da diese Feste für Bewohner. Animation, die auch schaut wie viele Leute da auch runterkommen, und es ist der Fasching und die Weihnachten und Ostern und alles so was man halt hat.“, „Dann gibt es diese Werkgruppen, wo die Leute auch teilnehmen“ (Fall P, Zeile 237-239).

Eine Pflegeperson erzählte, dass sie ein Generationswechsel bei den Bewohnern beobachtet. Es zeigt sich, in dem manche Bewohnerinnen und Bewohner vermehrt Tätigkeiten nachgehen, die vor kurzem noch kein Thema waren. Dinge wie Internet- oder Teekurse oder das Schwimmbad zunehmend genützt wird, wo jetzt sogar eine Wassergymnastik einmal die Woche stattfindet.

„und sich schon ein bisschen ein Generationswechsel schon fast stattfindet, und weil wir jetzt z.B. die Teekurse anbieten ja, Dinge die jetzt früher kein Thema war, Internetschulungen auch das wird jetzt angeboten, dies macht einer von unseren Animateure, und es wird ganz gut angenommen.“, „und dann merkt man mit der Zeit das Schwimmbad mehr genützt wird, weil es war über Jahre, waren es 2-3 Leute die Schwimmen gegangen sind, sonst stand es frei da. Aber jetzt wird das Bad mehr genützt, es gibt jetzt auch diese Wassergymnastik, die wird einmal die Woche sehr gut angenommen...was den Leuten auch sehr viel Spaß macht, und man merkt schon, dass sich ein bisschen was verändert. Die Generation“ (Fall P, Zeile 239-249).

6.6. Sterben und der Tod

Tatsache ist, dass sich die Menschen den Sterbezeitpunkt grundsätzlich nicht bestimmen können, abgesehen vom Suizid. Deshalb können die Bewohnerinnen und Bewohner nur begrenzt ein Einfluss auf die Sterbephase und Sterbeablauf, auch in diesem Haus, nehmen. Manchmal überrascht uns der Tod eben.

„Ich meine wir finden dann wirklich bei der Frühstückskontrolle auch Menschen, die gestürzt sind, oder die denen es einfach schlecht geht. Wir haben auch verstorbene gefunden“ (Fall P, Zeile 198-200).

Des Weiteren behauptet eine Pflegeperson, dass die Annahme der Pflegemaßnahme für manche unzulässig sei, da es ein Zeichen dafür ist, bald sterben zu müssen und sich die Meisten doch davor fürchten.

„...die Angst, denn für manche Leute, für mehrere Leute, ist die Bettenstation Endstation und wenn ich die Hilfe annehme, einmal am Tag, zweimal am Tag und dann monatelang, lande auf der Station und dann sterbe ich. Dann gibt es nichts mehr, muss man sterben“ (Fall G, Zeile 357-359).

Fast alle Bewohnerinnen und Bewohner, verdrängen oft dieses Thema, weil sie sich fest am Leben klammern und nicht gern über das Sterben reden.

„Weil die haben auch Angst vorm sterben. Ich glaube alle. Obwohl sie sagen es nicht. Und sie reden nicht. Wenn sie sehen wenn jemand gestorben, Nachbarin, habe ich das Gefühl, das sie denken: Gott sei Dank noch nicht ich! Ich hab manchmal das Gefühl. Ein Zeichen das es schon so weit ist. Das es so weit ist. Weil niemand will sterben. Sie sagen sie wollen nicht sterben. Aber wenn sie noch gehen und nichts brauchen und soweit sind dann haltet sich jeder beim Leben“ (Fall G, Zeile 360-369).

Eine andere Erfahrung machte eine andere befragte Person. Sie berichtet, dass manche auf den Tod schon warten. Sie wurden dann meist aufgeheitert von dieser Person mit motivierenden Worten.

„Die Frau XY erzählt mir das einmal in der Woche, Sie mag nicht mehr. Mein Gott na, das ist ja doch nicht war. Da sag ich dann: es ist doch manchmal, doch schön auf der Welt zu sein“ (Fall K, Zeile 185-190).

6.7. Fazit

Die im Ergebnisteil vorgestellten Fakten, deckten sich mit der Literatur teils gleich ab. Jedoch wurden auch viele Unterschiede aufgedeckt wie auch in der Literatur nichtgefundene oder nicht erwähnte Tatsachen.

Demzufolge machte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Deutschland (2009) darauf aufmerksam, dass die Familien durch mehr Engagement im Beruf, die Zeit für die Obhut der altersschwachen Menschen immer weniger haben. Das ließ sich in diesem Forschungsvorhaben nicht beantworten, jedoch gaben die Pflegepersonen doch an, das man beobachte, das manche Angehörige, sehr selten einen oder anderen Bewohner oder Bewohnerin besuchen kommen.

Im weiteren Sinn möchte ich auf das Programm „S.m.S.“ – Solidarität mit Seniorinnen und Senioren aufmerksam machen, welches in 3 Pilothäusern im Jahr 2003, an einer Institution der Wiener Altershilfe, gestartet wurde und Innerhalb 3 Jahren, auf alle Häuser, innerhalb dieser Institution, ausgeweitet wurde. In jedem dieser Häuser, gibt es eine S.m.S. Koordinatorin, welche die Besuchsdienste der Ehrenamtlichen Mitarbeiter manage.

(<http://www.kwp.at/ehrenamt.aspx> - 28 Jänner 2011)

Die Autoren Zehender (2007) und Seidl (2000) unterstreichen den Aspekt des Individuums einer Person, welcher von zentraler Bedeutung im Mittelpunkt der Pflege stehen soll. Die Geschichte bzw. Biographie des Menschen, ist ein beachtlicher Faktor in dem kontinuierlichen Prozess der Autonomie. In der Praxis wurde sowohl die große Bedeutung der Biographiearbeit bestätigt. Wie bei den Ergebnissen beschrieben, findet man jedoch einem erhöhten Bedarf, bei der Erhebung der Biographie, die oft zu spät nicht mehr zu erheben sei, da die Menschen z.B. bereits unter Demenz leiden. Wie schon vorher berichtet, sieht eine Pflegeperson das Potenzial dazu, gleich bei der Aufnahme, die Biographie bei Allen durchzuführen. Es wäre nur noch die Ressourceplanung abzuklären, wer schließlich dafür verantwortlich wäre.

Die Bedürfnisse des Patienten, wie sie auch von Krohwinkel und Käppeli (zitiert nach Bobbert, 2002) beschrieben wurden, nämlich, dass die Bedürfnisse des Patienten sich nur teilweise mit den Vorstellungen der Pflegenden deckten, konnte nur teils aus diesem Vorhaben beantwortet werden, da unter allem die Dokumentation nicht herangezogen wurde. Einerseits haben die Pflegenden oft die nötigen Zeitressourcen nicht zur Verfügung, auf die Bedürfnisse des Jeden einzugehen, andererseits wird mancher Wunschäußerung wohl nachgegangen.

Des Weiteren ist die Bedürfniserfüllung oder das Eingehen auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner heikles Thema, dadurch dass man in diesem Haus versucht die Autonomie des Jeden zu wahren und aus diesem Grund sich die Pflegenden eher in diesen Bereich nicht einmischen wollen und deshalb es auch den Angehörigen bzw. Bewohnerinnen und Bewohner, es selbst überlassen.

Dennoch, steht dieser Institution eine Reihe an Mitteln, um auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen, wie z.B. die S.m.S. Koordinatorin, Animateure, Therapeuten, usw., bei welchen sich die Betroffenen selbst melden können was wiederum es eine autonome Entscheidung somit ausmacht.

Die 5 größten Sorgen, auf welche die Autorin Seidl (2000) eingeht: Sorge um den eigenen Gesundheitszustand, Sorge um den Gesundheitszustand der pflegenden Partnerin und Partner, Sorge wegen eines Notfalls, Sorge, nicht mehr in die eigenen vier Wände zurückkehren, Sorge um Tod und Sterben, wurden ebenfalls nur teils beantwortet aber zugleich auch von den meisten befragten Pflegepersonen bestätigt. Es zeigte sich wirklich, dass die Älteren die Sorge haben, durch zunehmende Pflege, irgendwann in die Betreuungsstation verlegt zu werden und dass sie dann von dort aus, in die eigene 4 Wände, nie mehr zurückkommen werden. Die Bewohnerinnen und Bewohner, laut Aussagen der Pflegepersonen, äußern sich beunruhigend (zum Teil) bezüglich der Tod- und Sterbethematik aus.

Eines kam aber zusätzlich heraus, dass es die Sorge der Pflegenden ist, dass es manchmal für die Bewohnerin oder Bewohner, welche aus dem Krankenhaus entlassen worden sind und z.B. vorübergehend stationär behandelt werden müssen, kein freier Platz in der hauseigenen Bettenstation vorhanden wäre. In solchen Situationen, werden die Betroffenen, in ein anderes Haus verlegt, was sicherlich nicht für beide Parteien angenehm ist.

Ein weiteres Thema, welches uns die Literatur liefert, ist das Informed Consent. Nach der Autorin Schopp (2001) ließ es sich nur schwer, die Ergebnisse meines Vorhabens gegenüber stellen, da die Autorin den Bereich der Geriatrie beschreibt. Es war mir aber ein Anstoß und Anliegen, dieser Frage in meinem Vorhaben nachzugehen.

Ich fand heraus, dass anhand der Aussagen der befragten Pflegepersonen, alle Bewohnerinnen und Bewohner, ausreichend und in passender Form, über jegliche Handlungen sowohl aufgeklärt wie auch informiert werden und das manchmal auf die ausgefallenste Art und Weise, wie z.B. Zettel schreiben, wenn eine Bewohnerin oder ein Bewohner schwerhörig ist.

Das Alter oder der Zustand des Betroffenen, spielt dabei also keine Rolle, wie die Autorin Schopp (2001) in ihrem Werk auch beschreibt. Jeder wird umfangreich aufgeklärt und sogar, wie vorher beschrieben, in Zweifelsfällen auch die Angehörigen herangezogen, was prinzipiell den Ergebnissen der Autorin Schopp (2001) widerspricht, aber wie schon gesagt, ihr beschriebener Forschungsfeld war auch anders.

Was den Bereich der Ablehnung einer Pflegemaßnahme, auf welchen ebenfalls die Autorin Schopp (2001) aufmerksam macht, so kann ich ausdrücken, dass die Ablehnung einer Pflegemaßnahme, prinzipiell von den Pflegenden akzeptiert wird.

Es sei den, es liegt ein Risiko einer Gesundheitsgefährdung vor. Da einerseits behaupteten Pflegepersonen, dass die Betroffenen, teils auch die Angehörigen, die Risiken und Notwendigkeit, schlecht einschätzen. Andererseits wenn die Notwendigkeit einer Pflegemaßnahme als hoch, von der Pflegeperson eingestuft wird oder es sogar als Gesundheitsbedrohlich gesehen wird, dann versuchen die Pflegekräfte mit allen Verfügbaren Mitteln, z.B. über den Angehörigen, sich mit dieser Person zu einigen.

Die Einigung oder besser gesagt die Zustimmung für etwaige Maßnahmen, wird jedoch meist erzielt, wie es mir berichtet wurde, in dem das Pflegepersonal wiederholt darauf im Gespräch eingeht. Die Bewohnerinnen und Bewohner werden zu keinerlei Sachen gezwungen, da sie Ihre Rechte wie alle anderen Menschen haben, was laut den Pflegepersonen dort, auch geachtet wird.

Die Reziprozität und die Abhängigkeit erwähnt die Autorin Seidl (2000). Sie spricht von einer Art der Danksagung in Form von „sich zu revanchieren“.

Damit wird bei den Betroffenen das Gefühl abhängig durch die Pflege zu sein, etwas gedämmt. In meinen Ergebnissen, kann ich es nur bestätigen, wo mir alle Pflegepersonen über das „Revanchieren“ erzählten.

Zusätzlich zu dem wird auf diese Art und Weise, einerseits der Dank für die Leistungen ausgedrückt, andererseits holen sich die Bewohnerinnen und Bewohner die Akzeptanz ihrer Person beim Pflegepersonal.

Ferner kann man diese Art und Weise der Dankaussprechung so verstehen, als ein gewisser Akt oder besser gesagt ein Ritual, dem dessen Dank die Hilfestellung des Pflegepersonals leichter von den Bewohnerinnen und Bewohner entgegengenommen und/oder akzeptiert wird.

Die Ablehnung einer Pflegemaßnahme ist wiederum, in gewisser Weise auch auf das Verleugnen oder nicht wahr haben wollen, dass man dem „Ende“ jetzt sehr Nahe gekommen ist, häufig zurückzuführen. Abermalig ist es auch der finanzielle Faktor, für die Inanspruchnahme einer Pflegeleistung, obwohl fast immer zusätzlich ein Pflegegeld im Hintergrund zur Verfügung steht, ausschlaggebend. Die finanziellen Mittel werden aber oft für andere Zwecke bewirtschaftet, wie z.B. der Familie eine finanzielle Freude machen. Es der Bewohnerin oder dem Bewohner zu erklären, dass das Pflegegeld eben nur für die Pflege vorgesehen ist und sie sich mal was Gutes tun sollen damit, ist oft keine Chance. Jeder hat so eigene Prioritäten was die Finanzen betrifft. Deshalb entscheiden sich die Bewohnerinnen und Bewohner, oftmals das Pflegegeld nicht für das Vorgesehene oder anders gesagt dafür, was die Pflegepersonen für notwendig halten, auszugeben und das macht in Wirklichkeit eine autonome Entscheidungen aus.

Die Angehörigen kann man wiederum unter eigenem Kapitel „Angehörigen Pflege“ erschließen. Es gibt wohl stark engagierte Angehörige, wie die Pflegepersonen es auch berichten, welche oft zu Besuch kommen und welche sich gut in den Pflegeprozess integrieren lassen.

Anderer Seite gibt es auch welche, mit denen man nur schwer kommunizieren kann, welche dann oft von den Pflegepersonen als Pflege-Störfaktor bezeichnet werden. Da die Angehörigen sehr oft eine wichtige Rolle im Leben der Bewohnerinnen und Bewohner spielen, sei es von großer Bedeutung, über innovative Präventionsmaßnahmen und Kommunikationsformen nachzudenken, mit denen man besser mit Angehörigen kommunizieren kann. Ich bin überzeugt, dass es nicht im Interesse eines Angehörigen ist, in einer oder jener Situation, der Bewohnerin oder dem Bewohner zu schaden oder mit Provokation gegen die Pflege sich sinnlos quer zu legen, wie es manche Pflegepersonen berichtet haben und manchmal auch aus diesem Grund ratlos waren.

Darüber hinaus, lässt es sich daraus schließen, dass eine alltägliche Gratwanderung von den Pflegepersonen an dieser Institution stattfindet.

Den Bewohnern wird so viel Freiraum und freie Wahl überlassen, wie es nur möglich sei. Es werden aber oft den Bewohnern, die Meinungen seitens Pflegepersonals geäußert. Diese Äußerungen könnte man falsch, als suggestives Verhalten des Pflegepersonals gegenüber der Bewohnerinnen und Bewohner bezeichnen. Derart Anmerkungen, sind aber eher an fachmännische Kenntnisse und Erfahrungswerte angeknüpft und als Pflegemaßnahme oder die Ideologie der Pflegefachkräfte zu verstehen. Wobei es in Wirklichkeit an der Grenze ist, sich seitens Pflegepersonen in autonome Entscheidungen der Bewohnerinnen und Bewohner, einzumischen.

In diesem Haus bleibt also viel Freiraum für Bewohnerinnen und Bewohner überlassen. Eine Reihe an Instrumenten, Geräten oder auch Menge Kreativität, stehen dem Pflegepersonal zur Verfügung um das Wohlergehen aller Bewohnerinnen und Bewohner sicher zu stellen, wie: Frühstückskontrollen, Angehörige oder die wachsam (wie auch fürsorglich) Mitbewohnerinnen und Mitbewohner. Die zu Pflegenden werden bei ausstehenden Pflegemaßnahmen aufgeklärt und auch respektvoll behandelt, durch z.B. wiederholte Versuche, auf die Problematik erneut einzugehen. Es geschieht auch nichts gegen den Willen des Bewohners.

Nur in seltensten Fällen, wo eine Bewohnerin oder ein Bewohner, eine wichtige Pflegemaßnahme strikt ablehnt, werden alle zur Verfügung stehenden Mittel ausgeschöpft, um eine Gesundheitsgefährdung dadurch zu vermeiden. Dies geschieht aber nur mit zulässigen Ressourcen und im Gesetzesrahmen, wie: Vertrauensperson herbeizuholen oder über Angehörige besser heranzukommen, Biographie besser kennenlernen oder einfach Überzeugungskunst bzw. besser gesagt einfühlsame Aufklärung Seitens der Pflegepersonen.

Um die Autonomie der Bewohnerin oder Bewohner durch die Pflegemaßnahmen nicht all zu beeinträchtigen oder anders gesagt, die vorhandene Selbständigkeit weitgehend zu erhalten, werden sie nach dem Prinzip:

So wenig wie möglich, so viel wie nötig, behandelt. Dies mag auf dem ersten Blick genial zu sein, jedoch hat es ein Schlupfloch. Denn meistens eilen die Pflegepersonen dann mit Hilfeleistung zum Bewohner oder zur Bewohnerin, wenn es bereits ein Problem vorhanden ist. Selbst die Pflegepersonen geben es zu, dass dadurch die Pflege oft Problemorientiert, anstatt Ressourcenorientiert ist.

Die Privatsphäre lässt sich wegen den nötigen Kontrollen aus Sicherheitsgründen und zum Wohlergehen der Bewohnerinnen und Bewohner nicht 100%ig wahren, jedoch wird berichtet, dass es großteils sehr gut von den Bewohnerinnen und Bewohner angenommen wird und die meisten froh sind, dass es solche Maßnahme gibt. Es mag sein, dass manche Bewohnerinnen und Bewohner, froh über derartige Kontrollen sind, aber durch die unbegrenzte Zutrittsmöglichkeit des Pflegepersonals, aufgrund des Generalschlüssels, kann bzw. wird die Autonomie aller Bewohner in diesem Haus verletzt sein. Die Behauptung, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner, welche in den Appartements leben und momentan keine Pflegemaßnahme von den Pflegepersonen bedürfen, seien autonom, baut sich eine Scheinautonomievorstellung auf. Denn die Pflegepersonen in diesem Haus, verfügen über den Generalschlüssel und somit jederzeit bei Jemand mitten im Appartement, unangekündigt auftauchen können.

Das Thema der eigenen Möbel im Appartementbereich ist ein sehr komplexes Gebiet. Einerseits möchten die Bewohnerinnen und Bewohner sich manchmal eine häusliche Atmosphäre mit alten Möbeln schaffen, andererseits sehen die Pflegepersonen den Bedarf an medizinischer Ausstattung der Appartements, damit die Pflege leichter abläuft. Des Weiteren stellt sich die Problematik heraus, wenn die Menschen sich beim Einzug in die Appartements, komplett neue Möbel beschaffen, da wenn sie mal dement in dem Appartement werden, erkennen sie die „neue“ Umgebung nicht mehr.

Trotz allem, sind es die Menschen, welche dort einziehen und über die Ausstattung selbst entscheiden. Viele von denen, laut Pflegepersonal, richten sich neu ein um einen neuen Lebensabschnitt beginnen zu können und das alte Leben, hinter sich lassen. Jede Bewohnerin und jeder Bewohner, entscheidet somit allein, wie das Appartement auszusehen hat und infolgedessen ist es „Jedermanns“ individuelle Entscheidung.

Zumindest können sich die Bewohnerinnen und Bewohner, ihre Individualität im Appartementbereich ein wenig durch die Möblierung ausleben. Individualität, welche bei so vielen Bewohnerinnen und Bewohner im Haus, von Pflegepersonal schwer zu überblicken ist. Es wurde mehrmals Seitens Pflegepersonals betont, dass die Bewohnerinnen und Bewohner einfach sehr viele im Haus sind. Es ist die Rede gewesen von ca. 300-400 Menschen und das man auch dadurch, nicht alle individuell, bei derzeitigem Personalstand, betrachten und genau überblicken kann. Das soll sich demnach ändern, indem demnächst ein Projekt, zunächst im ersten Stock startet, wo man ein Stützpunkt einrichtet, von dem aus das Pflegepersonal und das interdisziplinäre Team, ihren Tätigkeiten nachgehen werden, anstatt von der Bettenstation zu starten, welche sich im Parterre des Hauses befindet. Dadurch sollte in erster Linie geschafft werden, dass man das Haus, in „kleinere Zellen“ aufteilt, ca. je 60 Personen anstatt wie jetzt ca.400. Dieses Projekt wird bei Erfolg, was auch erwartet wird, auf alle fünf Stockwerke ausgeweitet und somit das ganze Haus in kleinere Zellen aufgeteilt.

Endeffekt, ob kleine oder große „Zellen“, werden die dort lebenden Menschen, leider manchmal zu „Bewohnern“ sprachlich reduziert.

Es ist aber nicht so ganz schlimm, da die meisten Pflegepersonen dennoch lang an dieser Institution beschäftigt sind und Großteil der dort lebenden Menschen, namentlich kennen und dementsprechend auch so ansprechen.

Demzufolge, wird die Autonomie als ein kontinuierlicher Prozess und nicht als ein Zustand, welchen man für immer erwirbt, von der Autorin Seidl (2000) gesehen. Es bedarf ein ständiges Erarbeiten (Mal mehr, Mal weniger) der eigener Autonomie, was die Untersuchung auch gezeigt hat.

Als Empowerment, also die Maßnahmen und Strategie zur Verbesserung der Autonomie des Menschen, wie im Theorieteil bereits erwähnt, wird speziell in diesem Pensionistenwohnhaus, im Anlehnung an dem Böhm Pflegemodell, betreut und das Pflegepersonal ständig dieser Richtung nach geschult.

Die Infrastruktur dieses Hauses erleichtert den älteren Menschen, welche zu Beispiel unter Mobilitätsbeeinträchtigung leiden, etwaige Bedürfnisse selbst zu erfüllen oder jegliches zu besorgen, z.B. durch:

die benachbarte Apotheke, welche sich vor Ort die Rezepte der Bewohnerinnen und Bewohner abholt und am nächsten Tag die Medikamente liefert.

Des Weiteren haben die Menschen dort, die Möglichkeit ein Frisör oder die Fußpflege in Anspruch zu nehmen, ohne das Haus verlassen zu müssen. Auch ein Delikatessenhändler, welcher Allmögliches im Haus verkauft und auch individuelle Bestellungen entgegennimmt.

Somit bleiben die Bewohnerinnen und Bewohner, trotz etwaigen körperlichen Gebrechens, weitgehend autonom,

Abschließend kann man durchaus sagen, dass die Autonomie des jeden Menschen an dieser Institution, als weitgehende und bestmögliche Erhaltung der Selbstständigkeit im Appartement, als Appartementfähigkeit, verstanden wird, abgesehen vom Grad der Beeinträchtigung des Menschen.

7. Diskussion

Die Ergebnisse der Beiden Forschungsarbeiten, zwei verschiedener Menschengruppen, weisen viele Gemeinsamkeiten auf und zeigen verschiedene Meinungen zu gleichen Themenbereichen. Es werden aber auch verschiedene Wahrnehmungen geäußert, welche die andere Gruppe nicht in Erwägung zieht.

Im weiteren Sinn, haben wir Ähnlichkeiten bei den Resultaten erkannt und zwar bei finanziellen Angelegenheiten. Das Geld oder die finanziellen Mitteln, werden Aufgrund der beiden Perspektiven, von uns als ein wichtiger Sachverhalt im Pflegeprozess erkannt. Beide befragten Gruppen (sowohl die Bewohnerinnen und Bewohner, wie auch die Pflegepersonen), betrachten die finanziellen Mittel, als einen wichtigen Einflussfaktor bei der Inanspruchnahme der Pflegeleistungen, jedoch in Folge unterschiedlichen Backgrounds. Die Bewohnerinnen und Bewohner, empfinden die Kosten für die Leistungen negativ und sehen es nicht ganz ein, solch hohe Kosten zu tragen, denn es bleibt zum Beispiel vom Pflegegeld danach nichts mehr über.

Die Pflegepersonen dagegen, stoßen oft an die Mauer, wenn sie der Bewohnerinnen oder dem Bewohner zu erklären versuchen, dass das Pflegegeld eben nur für die Pflege gedacht ist, damit sie sich was Gutes leisten können.

Im Grunde genommen, bestätigen es die beiden Sichtweisen, dass die Entscheidung der Ausgabe des Pflegegeldes, zur Gänze bei den Bewohnerinnen und Bewohner liegt.

Abgesehen von den finanziellen Mitteln ist der Bereich der Selbstbestimmung, welcher auch in der Literatur als ein beachtlicher Faktor der Autonomie dargestellt wird, an der Tagesordnung in dieser Institution. Es wurde von den Pflegefachkräften als ein Spaziergang entlang einer Kante, eine Gratwanderung bezeichnet. Hier stoßen oft zwei unterschiedliche Kräfte entgegen. Es ist zum einen die Bewohnerin oder der Bewohner, welche/welcher über gewisse Sachverhalte im eigenen Leben, selbst als autonome und freie Person entscheiden will.

Zum anderen sind es die Pflegefachkräfte, welche nicht immer solche Verhaltensweisen der Bewohnerinnen oder Bewohner akzeptieren, aufgrund anderen, überwiegend fachmännischen, Stellenwerts zum Sachverhalt. Es entstehen manchmal Konflikte, wo auch Angehörige der Bewohnerinnen oder des Bewohners oft verwickelt sind. Die Bewohnerinnen oder der Bewohner wollen überwiegend über bestimmte Dinge selbst entscheiden, weil sie schließlich auch autonome und nicht entmündigte Personen sind. Sie wollen selbst die Entscheidung treffen, wann und wofür ihr Geld verwendet wird. Es ist daher auch verständlich, dass sie sich wie Kundin oder Kunde fühlen, welche/welcher auch gewisse Leistung bezahlt und deshalb auch etwaige Dinge verlangt, ohne die Rücksicht auf den komplexen Ablauf der täglichen Pflege im Haus zu nehmen.

Die Angehörigen spielen eine wichtige Rolle im Leben älterer Menschen, wo sie schließlich auf ihre Autonomie einwirken. Sie lassen sich großteils gut in den Pflegeprozess der älteren Menschen integrieren, sind meist die wichtigste Person bei Problemen oder Notfällen und sind an erster Stelle als die Kontaktperson gesehen.

Die Angehörigen haben auch oft großen Einfluss auf die Entscheidungen der Bewohnerin oder des Bewohners. Dessen ungeachtet, wird die Bewohnerin oder der Bewohner als Ansprechperson oder als der Auftraggeber vom Pflegepersonal wahrgenommen und trotzdem haben oftmals die Angehörigen das Mitspracherecht im Alltagsleben der älteren an dieser Institution. Die Pflegefachkräfte betonen es auch, dass man in der Langzeitpflege die Angehörigen wahrnehmen und die Beziehung zu Ihnen auf einer möglichst neutralen aber guten Ebene, halten muss.

Somit wird manchmal der Bewohnerinnen oder dem Bewohner, von den Angehörigen die Eigenständigkeit verwährt, was zu Verletzung ihrer Autonomie führt.

Die Bewohnerinnen oder die Bewohner, betrachten die eigenen Angehörigen aus einer anderen Perspektive. Sie nehmen die Wichtigkeit der Rolle des Angehörigen als Element des Pflegeprozess nicht wahr. Für die Bewohnerin oder den Bewohner gelten sie aber, als die wichtigste Kontaktperson, welche nach Häufigkeit der Besuche charakterisiert wird. Sie reden über die Angehörigen meistens in Superlativen, da sie die Angst haben, den Kontakt mit denen zu verlieren.

Es ist ersichtlich, dass sich die Angehörigen in den Entscheidungsraum der Bewohnerin oder des Bewohners sich einmischen. Sie entscheiden oft für die Bewohnerin oder den Bewohner und lassen oft Ihnen keinen Entscheidungsfreiraum. Sie stören sozusagen oft Ihre autonome Entscheidung und das Pflegepersonal unterstützt es auch manchmal, indem sie die Bewohnerin oder den Bewohner umgeht und sich mit Angehörigen über gewisse Maßnahmen einigt.

Die Angehörigen übernehmen auch oft die Entscheidung zum Umzug in dieses Pensionistenwohnhaus und drängen die Bewohnerinnen oder die Bewohner zum Einzug dorthin. Sie sehen häufig keine andere Möglichkeit, die Mama oder den Vater selbst, aufgrund z.B. des eigenen Berufslebens, zu betreuen.

Dessen ungeachtet beschließen die Bewohnerinnen und Bewohner manchmal selbst den Umzug und sei es auch mit auf Wunsch von Ehepartnerin oder vom Ehepartner.

Beim Einzug in dieses Haus, also beim Einrichten des Appartements, haben die Menschen die freie Wahl, die tatsächliche Freiheit, sich die vier Wände entweder mit von zuhause mitgenommenen oder nagelneu gekauften Möbel, nach eigenem Geschmack einzurichten.

Nach dem Einzug in dieses Pensionistenwohnhaus, bietet diese Institution den Menschen, eine Reihe an Möglichkeiten, zur Erhaltung ihrer Autonomie an. Sei es die mobile Apotheke, welche die Rezepte abholt und die Medikamente den Menschen vor Ort liefert. Oder die Ärzte, die Therapeuten, der Frisör oder der Delikatessenhändler, welche ebenfalls ihre Leistungen in diesem Haus anbieten und somit die Menschen das Haus nicht verlassen müssen. Es scheint auf den ersten Blick wunderbar, falls Jemand aufgrund z.B. einer körperlichen Beeinträchtigung, trotzdem etliche Bedürfnisse oder Erledigungen selbst nachkommen kann.

Aber auf der anderen Seite, werden diese Menschen, von der Außenwelt stets isoliert, da sie doch so viel vor Ort erledigen können, brauchen sie das Haus nicht zu verlassen. Dem entgegen brauchen die Menschen, welche in diesem Haus leben, viel Ehrgeiz um trotz so mancher Bequemlichkeit an dieser Institution, sich nicht von diesem Ort isolieren lassen sondern ständig mit der Außenwelt in Kontakt zu treten.

Bei der Gegenüberstellung der beiden Sichtweisen stellen wir fest, dass der Kernstück diesen Forschungsergebnissen, die Erhaltung der Selbständigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner, durch die Betroffenen selbst, wie auch durch die Pflegefachkräfte ist. Auch die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner spielen eine wichtige Rolle im Leben Älterer an dieser Institution. Sie kümmern sich gegenseitig um die verbliebene Selbständigkeit zu erhalten. Sie haben vor allem einen anderen Zugang gegenseitig und wissen genau, wie man sich am besten helfen lässt.

Der Pflegeprozess an dieser Institution, wird in erster Linie zur Erhaltung der sogenannten Appartementselbständigkeit durch das Pflegepersonal geplant und ausgeführt (betrifft nur Menschen, welche in den Appartement leben). Die die Bewohnerinnen oder Bewohner streben in Eigeninitiative, sei es mit selbst ausgearbeiteten Bewältigungsstrategien, mit Hilfe des Pflegepersonals oder mit Hilfe der Mitbewohnern, zur Erhaltung der Selbständigkeit im Appartement. Selbständigkeit welche, teilweise aufgrund verschiedener Verluste, dahin mit zunehmendem Alter schwindet.

Anhand dessen, erkennen wir die bestmögliche Erhaltung der (Appartement)Selbständigkeit, als den zentralen Aspekt der Autonomie im Alter an dieser Institution der Wiener Altershilfe.

Des Weiteren stimmt dieses Ergebnis mit dem in der Literatur vorkommenden Aussagen nämlich, dass die Selbständigkeit ein bedeutsamer Faktor der Autonomie im Alter ist.

8. Verzeichnisse

8.1. Literaturverzeichnis

Arnd, M. (2001): „Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige“ – 2 überarbeitete, aktualisierte Auflage, Münster

Badelt, C., Holzmann-Jenkins, A. et al. (1996). Kosten der Pflegesicherung. Strukturen und Entwicklungstrends der Altenbetreuung. Wien, Böhlau Verlag.

Bobert, M. (2002): „Patientenautonomie und Pflege“ – Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts, Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2002, S.85-108

Bogowolska – Wępsięć, M.; Dąbrowska, G.; Klakočar, J.; Machaj, Z.; Pierzchalska, A.; Pisarczyk – Bogacka, E.; Wnuk, W. (2007): „LEBENSKONDITION DER NIEDERSCHLESISCHEN SENIOREN“, Forschungsbericht, Teil II. Analyse der Forschungsergebnisse, Veröffentlichung des 2. Teil 2007 vom Marschallamt der Woiwodschaft Niederschlesien, Breslau

Brunner, R. & Zeltner, W. (1980): Lexikon zur Pädagogischen Psychologie und Schulpädagogik. München, S. 192

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2001): Dritter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin, S 126

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2002): Vierter Bericht zur Lage der älteren Generation, Berlin

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): Memorandum: Familie leben – Impulse für eine familienbewußte Zeitpolitik, Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin, S. 65-76

Caritas Österreich (2004): Betreuung und Pflege alter Menschen – Positionspapier der Caritas. Wien

Clemens Tesch-Römer (2006): Aktives Altern. Potenziale des Alters in Gesellschaft und Wirtschaft fördern – zukunftsfähige Lebenswelten gestalten, Deutsches Zentrum für Altersfragen, Berlin, S. 22-25

Duden Wirtschaft von A bis Z (2009): Grundlagenwissen für Schule und Studium, Beruf und Alltag. 4. Aufl. Mannheim: Bibliographisches Institut 2009. Lizenzausgabe Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.

Erlach-Stickler, G. (2010) „Wie erleben alte Menschen den Eintritt in ein Pflegeheim?“; Brosch., 216 Seiten, Vdm Verlag Dr. Müller in LAZARUS Newsletter Nr. 02 – 10.01.2010

- Fenchel, V. & Brandenburg, H. (1999): Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen. In: Zimmer, A. & Weyerer, S. (Hrsg.): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege: Perspektiven für Forschung und Praxis, Göttingen, Toronto, Zürich, S. 24-40
- Flöter, I. (2006): Gott in Kinderköpfen und Kinderherzen. Lit Verlag, Berlin
- Fölsch, D. (2008): Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. Facultas Verlag, Wien, S.30
- Graber-Dünnow, M. (2003) „Selbstbestimmung trotz Hilfebedürftigkeit“, Wohnformen alter Menschen, in Dr. med. Mabuse; 28.Jg., Nr.141, Jänner/Februar 2003; S.30-35
- Göretzlehner, G.; Römer, Thomas; Göretzlehner, U. (2010): Blutungsstörungen Neugeborenenperiode bis Postmenopause, Berlin, New York, Walter de Gruyter Verlag
- Heimerl, K.; Berlach-Pobitzer, I. (2000): Autonomie erhalten: eine qualitative PatientInnenbefragung in der Hauskrankenpflege. In: Seidl, E.; Stankova, M. und Walter, I. (Hrsg.) (2000): Autonomie im Alter. Studien zu Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Pflegewissenschaft heute. Band 6. Wien: Wilhelm Maudrich, S.102 – 165
- Heinemann et al, 1999, in Huber, M. (2005): Angewandte Pflegeforschung, Printnet, 09/2005, S.46-47
- Huber, M.; Siegel, S., A.; Wächter, C.; Brandenburg, A. (2005): Autonomie im Alter: Leben und Altwerden im Pflegeheim – wie Pflegenden die Autonomie von kranken und pflegebedürftigen Menschen fördern Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2005
- Kämer, K.; Schröder, B. (2000): Pflegemanagement in Alteneinrichtung: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation, Unter Mitarbeit von Bruns-Waigand, W., 4 überarbeitete und erweiterte Auflage, Schlütertasche Verlag, Hannover, Seite 42-47
- Klie, T.; Brandenburg, H. (2003): Gerontologie und Pflege, Beiträge zur Professionalisierungsdiskussion in der Pflege alter Menschen, Vincentz Network Verlag, S. 109, 221
- Klunder, M. (2005) „Alt und pflegebedürftig - den Lebensabend selbstbestimmt gestalten“: Voraussetzungen und Grenzen in der häuslichen Versorgung, Pflegezeitschrift; 58.Jg., Heft 8, August 2005; S.1-8
- Körtner, U. (2004): Grundkurs Pflegeethik, Facultas Universitätsverlag, Wien, S. 15, 145-148, 157, 182
- Kreibich, R.; Sie Liong, T. (2004): Engagiert und produktiv mit älteren Menschen; in Werkstatt Bericht Nr. 76 IZT - Institut für Zukunftsstudien und Technologiebewertung, Berlin,
- Krohwinkel, M. (1984), unveröff. Diss. Manchester, zit. nach Krohwinkel u.a. (1992), 14f. in Robert M., (2002): „Patientenautonomie und Pflege“ – Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts, Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2002, S.85-108

- Lehmenkühler-Leuschner, A. (1993) S.24: in Kämer, K.; Schröder, B. (2000): Pflegemanagement in Alteneinrichtung: Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation, Unter Mitarbeit von Bruns-Waigand, W., 4 überarbeitete und erweiterte Auflage, Schlütersche Verlag, Hannover, S. 45
- Lobiondo-Wood, G.; Haber, J. (2005): Pflegeforschung – Methoden, Bewertung und Anwendung (Titel der Originalausgabe: Nursing Research – Methods, Critical Appraisal and Utilization, 5th Edition, 2001 by Mosby, Inc.), Elsevier Verlag, München, S. 197-199, 209-228
- Mayer, H. (2002), „Einführung in die Pflegeforschung“ - Facultas UTB für Wissenschaft, Wien-Stuttgart, S. 78-79, 162-174
- Mayring, P. (1988): Qualitative Inhaltsanalyse. Deutscher Studienverlag, Weinheim, S. 58-63
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim: Beltz Verlag
- Mayring, P. (2003). Qualitative inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim, Basel; 8 Auflage S. 50-63
- Perhofer, P., E.(2009): Bakkalaureatsarbeit: „Einsamkeit und soziale Isolation im Alter“, Medizinische Universität Graz, S. 7-8
- Rabe, M. (2007): „Fürsorge und Selbstsorge als ethische Grundorientierung der Pflege“, in Wessel, K.,F.; Scupin, O.; Bekel, G.; Diesner, T. (2007): „Selbstsorge“, Wissenschaftstheoretische und gesundheitspolitische Dimensionen – Berliner Studie zur Wissenschaftsphilosophie und Humanontogenetik, Kleine Verlag, Bielefeld, S. 35-47
- Randers, I. (2004) „Autonomy and integrity: upholding older adult patients' dignity“, Journal of Advanced Nursing; Vol.45, No.1, January 2004; S.63-71
- Schmerschneider, S. (1997): „...den eigenen Weg finden“, Soziale Arbeit mit Familien und Frauen in ihrer veränderten Lebenssituation mit einem schwerbehinderten Kind. In: Kleinert, U. & Schneider-Dauwitz, K. (Hrsg.) (1997): Autonomie und Verantwortung: Ziele sozialer Arbeit, Leipzig
- Schopp, A., et al (2001) „Autonomie, Privatheit und die Umsetzung des Prinzips der "informierten Zustimmung" im Zusammenhang mit pflegerischen Interventionen aus der Perspektive des älteren Menschen“, Pflege; 14.Jg., Heft 1, Hans Huber Bern Verlag, Februar 2001; S.29-37
- Seidl, E., et al. (Hrsg.) (2000): Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege, Wien et al. S. 37-220
- Teising, M. (2009): „Zwischen Autonomie und Abhängigkeit“, Ein zentraler Konflikt auch am Lebensende, Dr. med Mabuse; 34. Jg., Nr. 179, Mai/Juni 2009; S.36-38
- Weiss, T. (2002): „Unausweichlicher Spagat“, Altenpflege; 27.Jg., Heft 5, Mai 2002; S.66-67
- Wronska, D. (2002): „Das "Phänomen" Mensch“, Lazarus; 12.Jg., Nr.5-6, Mai-Juni 1997; S.28-30

Wied, S; Warmbrunn, A. (2007): Pschyrembel – Pflege, de Gruyter Verlag, Berlin

Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO (World Health Organization), 0.810.1, Stand am 25. Juni 2009

Vollenweider, B. (2002): „Gewalt und Ohnmacht“, Krankenpflege/Soins infirmiers; 95. Jg., 11/2002; S.24-25

Zank, S. & Baltes, M.M. (1998): Förderung von Selbständigkeit und Lebenszufriedenheit in stationären Einrichtungen. In: Kruse, A. (Hrsg.): Psychosoziale Gerontologie, Band 2: Intervention. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie, Göttingen, S. 60-72

Zehender, L. (2007): „Das Bedürfnis nach Autonomie und Anerkennung - eine Herausforderung für die institutionelle Altenbetreuung?“, Österreichische Pflege-Zeitschrift; 60.Jg., Nr.10, 2007; S.12-17

8.2. Internetquellen:

Bauer, 1996 in Wissenschaftliche Expertise zur ONR 116002 Qualitätsmanagement in der Pflege ; Wahrung der Privat – und Intimsphäre der Patienten, Franz Obex MSc, S.2. Zugriff am 10.Nov.2010, unter:

<http://www.pflege.noelak.at/dokumente/Arge%20Qualitaet/Expertisen/ONR%20116002-PfWissExp-Obex.pdf>

BFSFJ (Mai 2010) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009): Memorandum: Familie leben – Impulse für eine familienbewußte Zeitpolitik. Publikationsversand der Bundesregierung, Berlin.

Zugriff am 13 Oktober 2010, unter:

<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen.did=123832.html>

Carelaounge.de – Community der medizinischen, pflegenden und sozialen Berufen: „Abweichendes Verhalten im Alter“. Zugriff am 14 Oktober 2010, unter:

http://www.carelaounge.de/altenarbeit/wissen/soziologie_abwverhalten.php;

Carelaounge.de – Community der medizinischen, pflegenden und sozialen Berufen:

„Einsamkeit und Isolation“. Zugriff am 14 Oktober 2010 unter:

http://www.carelaounge.de/altenarbeit/wissen/themen_einsam.php

Das Projekt "Würde und Autonomie im Kontext geriatrischer Langzeitpflege" läuft vom 15. Dezember 2008 bis zum 14. Dezember 2010 und wird vom Ministerium für Wissenschaft und Forschung gefördert. Projektleiter ist Univ.-Prof. Dr. Peter Kampits, Projektmitarbeiterinnen sind Mag. Doris Pfabigan und Mag. Patricia Kacetl.

Zugriff am 28 April 2010, unter:

<http://www.dieuniversitaet-online.at/beitraege/news/wuerde-und-autonomie-in-der-altenpflege-eine-utopie/543/neste/7.html>

Dr. Doris Wolf - Diplom Psychologin - Psychotherapeutin

„Lebenshilfe ABC ... , Nachschlagewerk & Lexikon Psychologie“, Online Lexikon.

Zugriff am 25 September 2010, unter:

<http://www.lebenshilfe-abc.de/>

<http://www.lebenshilfe-abc.de/autonomie-unabhaengigkeit.html>

“Enzyklo” – online Enzyklopädie. Zugriff am 17 Oktober 2010, unter:

<http://www.enzyklo.de/>

Fonds soziales Wien – Pflege und Betreuung. Zugriff am 8 Oktober 2010, unter:

<http://pflege.fsw.at/>

Gerolit – Der Online-Katalog der DZA-Bibliothek. Zugriff am 6 Juli 2010 und zw. Juli-Oktober 2010, unter
DZA: Deutsches Zentrum für Altersfragen:

www.gerolit.de

Geronto.at: Die Website für Wissen in Geriatrie, Gerontopsychiatrie und Altenpflege

Österreichische Homepage. Zugriff am 20 September 2010 und zw. September - Oktober 2010, unter:

<http://www.geronto.at>

Homepage der Österreichischen Sozialversicherung; Sparte: Aktuell + Medieninfo.

Zugriff am 28 April 2010, unter:

http://www.hauptverband.at/portal27/portal/esvportal/channel_content/cmsWindow?action=2&p_menuid=62950&p_tabid=2&p_pubid=121059

ORF-Info Website. Zugriff am 28. Februar 2011, unter:

<http://oesterreich.orf.at/stories/441627/>

Pflege und Betreuung – Homepage der Stadt Wien, Zugriff am 13 Oktober 2010, unter:

<http://www.wien.gv.at/gesundheit/pflege-betreuung/>

PISA, Programme for International Student Assessment (1997-2003): „Definition und Auswahl von Schlüsselkompetenzen – Zusammenfassung“. Zugriff am 13 Oktober 2010, unter:

http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:hktq64eYDxIJ:www.oecd.org/dataoecd/36/56/35693281.pdf+eigens t%C3%A4ndiges+Handeln&hl=de&gl=at&pid=bl&srcid=ADGEESgRB4K_unpYhqVN_wouEj1nggySQIHZoxoxY7Vmx014vHk6HEaXzuvbeT8TV-YzynoE3lY8Ey9OjR2uQO2_f9SzGjEqSKvzww0sgq3Rgb5BEHq2702oirqjuV0NFzdGxxvG8loZ&sig=AHIEtbSGxxl1VCZ-04KlxpvE8LyYatYUgA

Schubert, Klaus/Martina Klein: Das Politiklexikon. 4., aktual. Aufl. Bonn: Dietz 2006. in

Bundeszentrale für Politische Bildung/bpd.de – Lexikon. Zugriff am 9 November 2010, unter:

http://www.bpb.de/popup/popup_lemmata.html?guid=22L774

Stangl Lexicon. Zugriff am 20 September 2010, unter:

<http://lexikon.stangl.eu/1158/autonomie/, November, 2010>

„The free Dictionary“, online Lexikon. Zugriff am 14 Oktober 2010, unter:

<http://de.thefreedictionary.com/>

Walas, Anna (2009): „Alte Zukunft“ (org. „Stara przyszłość“); in Civitas Christiana (2009), Märzausgabe 2009, Nr.3 (144), Seite 23, KATOLICKIE STOWARZYSZENIE

„CIVITAS CHRISTIANA“, WARSZAWA (Warschau). Zugriff am 19 September 2010, unter:

<http://naszglas.civitaschristiana.pl/index.php?type=artykul&rok=2009&str=24&nr=3>

„Wikipedia“ Online Enzyklopädie. Zugriff am 9 September 2010, so wie zw. September und Oktober 2010, unter:

<http://de.wikipedia.org/wiki/Wikipedia:Hauptseite>

„Wissenschaft - online“ – online Lexikon. Zugriff am 14 Oktober 2010 und zw. Oktober/November 2010, unter:

<http://www.wissenschaft-online.de/artikel/503036>

8.3. Abbildverzeichnis

Abbild 1: Bevölkerungsprognose 2009: Quelle: STATISTIK AUSTRIA - Erstellt am 6. Oktober 2009

- Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2009-2075 laut Hauptszenario

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/

Abbild 2. Wie alt fühlen Sie sich? („Altersselbstbild“) – Quelle: Enquete-Kommission Demographischer Wandel 2002; in: „Selbständigkeit im Alter“, Neue Dienstleistungen, neue Technik, neue Arbeit; Rolf Kreibich; Arbeitsbericht Nr. 3/2004; Vortrag auf dem Workshop des Bundesministeriums für Bildung und Forschung; Leitvision „Selbständigkeit im Alter – Dienstleistungen und Technologien“; am 25. Februar 2003 in Bonn

Abbild 3: Autonomie als Prozeß nach Heimerl & Berlach-Pobitzer – eigene Graphische Darstellung

Abbild 4: Salutogenese nach A. Antonovsky – eigene, sehr vereinfachte Darstellung des Originals

Abb. 5: eigene Graphische Veranschaulichung, Eigenentwurf:

Autonomie als ein Kontinuum zw. vollkommener Abhängigkeit und vollkommener Selbständigkeit

Abb. 6. Materialreduzierung durch die Zusammenfassung nach Mayring (aus Mayring 1988: 68, Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Deutscher Studienverlag, Weinheim)

Abb. 7. Beispiel für einen Reduktionsdurchgang – im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse (aus Mayring 1988: 59; Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Deutscher Studienverlag, Weinheim)

Abb. 8. vereinfachte Eigendarstellung der Reduktionsschritte, ein Ausschnitt aus einem Fallbeispiel

Abb. 9. Desktop „Screenshot“ vom „Audacity 1.3. Beta – eigenes Beispielbild

9. Anhang

9.1. Einverständniserklärung

Margarethe Plewa
(+ Angaben wie:
Mailadresse
Telefonnummer)

Peter Plewa
(+ Angaben wie:
Mailadresse
Telefonnummer)

Sehr geehrte Frau, sehr geehrter Herr!

Zunächst möchte ich mich herzlich für Ihre Willigkeit, sich als mein/e GesprächspartnerIn zur Verfügung zu stellen, bedanken.

Im Rahmen unserer Diplomarbeit am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien führen wir eine Befragung zu dem Thema „Autonomie im Alter“ durch.

Ziel unserer Studie ist es, die Bedeutung der Autonomie im Alter, aus der Sicht der Älteren und aus der Sicht des Pflegepersonals zu entdecken und zu beschreiben.

Die Beantwortung unserer Forschungsfrage, soll zu besserem Verständnis auf diesem noch wenig erforschten Themenbereich führen und möglicherweise auch neue Lösungswege aufzeigen so wie als gute Basis für eine Weiterforschung auf diesem Themengebiet dienen.

Das Gespräch wird auf Tonband aufgezeichnet und folglich verschriftlicht (transkribiert). Die Inhalte unseres Gespräches werden vertraulich behandelt. Des Weiteren werden Ihre persönlichen Daten in der Auswertung anonymisiert, so dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich sein wird. Die Daten des Interviews werden ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke weiter verwendet.

Sie haben jederzeit das Recht, das Gespräch abubrechen und Ihre Einwilligung auch nachträglich ohne Angaben von Gründen zurück zunehmen.

Einverständniserklärung

Nach erfolgter Information von Herr/Frau Plewa über die Studie „Autonomie im Alter“ stelle ich mich unentgeltlich und freiwillig als InterviewpartnerIn zur Verfügung.

Ich bin damit einverstanden, dass das mit mir durchgeführte Interview auf Tonband aufgezeichnet wird und schließlich in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke, verwendet wird.

Wien, am

.....

/Name des Interviewten/

.....

Wir, Margarethe und Peter Plewa,
verpflichten uns mit den erhobenen Daten
wie oben beschrieben umzugehen.

9.2. Interviewleitfaden – Bewohnerinnen und Bewohner

Verfasserin: Margarethe Plewa

Frau/Herr.....

am Anfang möchte ich mich für das Zustandekommen des Interviews bei Ihnen bedanken.

Ich möchte mit Ihnen über Ihre Autonomie sprechen.

Ihre Sichtweise und zugleich Ihr Verständnis dazu ist mein größtes Anliegen.

Teil 1.

Einzug in das Pensionistenwohnhaus:		NOTIZEN
Aufenthaltsdauer Umzugsgrund Umzugsentscheidung Wer half dabei? Gefühle Gedanken Überlegungen Vorstellungen Positiv? Negativ?	• Wann sind Sie hierher gezogen? Wie lange sind Sie schon hier? • Was war der Grund dafür, dass Sie hierher gezogen sind? • Trafen Sie die Entscheidung selbst? Hatten Sie Unterstützung Ihrer Familie bzw. Freunden? • Wie war es für Sie, diese Entscheidung zu treffen? • Welche Gedanken hatten Sie dabei? Welche Überlegungen hatten Sie? Welche Vorstellungen hatten Sie? • Haben sich letztlich Ihre Gedanken bestätigt? Positiv? Negativ?	
Situation davor:		
Davor Stadtteil Wohngröße Altersgerecht „Kontrolle“ Sorge/n damals Sorgen jetzt	• Wo lebten Sie davor? • In welchem Stadtteil? • Wie groß war die Wohnung? War die Wohnung altersgerecht? • Wie wichtig war es für Sie, über das oder jenes gewisse Kontrolle zu haben? Als Sie noch zuhause waren • Was war damals bei Ihnen zuhause die Größte oder Größten Sorgen, bevor die Idee zum siedeln in dieses Wohnhaus kam? • Sind/ist diese Sorge/n weg, seit Sie hier sind?	
Appartement im Pensionistenwohnhaus:		
Eigene Möbel Einrichtung - Selbst Bilder Aufbewahrung	• Sind es Ihre Möbel? • Mehr Möbel hatten Sie nicht? • Wo ist der Rest? •	

Teil2

Leben im Pensionistenwohnhaus:		NOTIZEN
Wie ist hier so Gesundheit Tagesablauf Tagesablauf bestimmen	• Wie geht es Ihnen hier? • Wie geht es Ihnen Gesundheitlich? • Wie Schaut Ihr normaler Tagesablauf aus? • Wie weit können Sie Ihren Tagesablauf bestimmen?	
Soziale Kontakte:		
Zeit Verbringung Mit wem gern Besuch Mehr Besuch Besuch: Familie, ... Selbst zu Besuch gehen: Familie Bekannte	• Wo verbringen Sie die meiste Zeit? Appartement? Seniorenclub? Warum? Mit wem verbringen Sie gern Ihre Zeit? • Bekommen Sie ausreichend Besuch? Oder wünschten Sie sich mehr? • Wer kommt Sie besuchen? Familie, Freunde? • Können Sie Ihre Familie selbst jederzeit besuchen? • Besuchen Sie auch Ihre Freunde, Bekannte?	
Freizeit, Aktivitäten		
Hobby, Freizeit Hobby nachgehen Freizeit Angebote Umzug und Hobby	• Was machen Sie am liebsten? Haben Sie ein Hobby? • Können Sie ihrem Hobby hier nachgehen? Wird Ihnen dabei geholfen? • Haben Sie durch den Einzug hier, ein Hobby aufgeben müssen?	

Angebot an Freizeitaktivitäten, Förderung von Selbständigkeit		NOTIZEN
Angebot In Anspruch genommen	• Was wird hier an Freizeit/Beschäftigung angeboten • Was nehmen Sie in Anspruch	
Frisör Fußpflege Weggehen Verlangen nach Sehnsucht nach (kurz)Reisen	• Wenn Sie zum Beispiel: zum Frisör oder Fußpflege gehen möchten, machen Sie die Termine selbst und erledigen es selbstständig? • Verlassen Sie mal trotzdem dieses Gelände? Wozu? • Wie wichtig ist es für Sie, trotz der guten Infrastruktur hier, das Gelände zu verlassen? • Verreisen Sie? Allein? Mit Familie?	
Pensionistenwohnhaus – Verzichte:		
Umzug – Verzicht Umzug – vermissen Umzug – nicht mehr nachkommen	• Als Sie hierher gezogen sind, mussten Sie auf etwas verzichten? • Gibt es etwas, was Sie am meisten vermissen oder es Ihnen am meisten abgeht, seit Sie hier sind? • Warum können Sie es nicht mehr nachkommen? ...	
	• Was ist es, was Sie nicht mehr selbst erledigen können? • Stört Sie es, dass es jemand für Sie erledigt?	
!!! SPONTAN !!! 3 Wünsche	ZUM ABSCHLUSS: • NENNEN SIE MIR SPONTAN 3 IHRE WÜNSCHE!!!	1) 2) 3)

Frau/Herr.....

zum Schluss möchte ich mich für dieses Gespräch äußerst bedanken!

Ich hoffe Sie damit nicht überfordert zu haben.

Möchte noch an dieser Stelle erinnern, dass Ihre Daten anonym weiter behandelt werden.

Ich danke Ihnen sehr, dass Sie mir so viel Zeit schenken konnten.

9.3. Interviewleitfaden – Pflegefachkräfte

Verfasser: Peter Plewa

Frau/Herr.....

am Anfang möchte ich mich für das Zustandekommen des Interviews bei Ihnen bedanken.

Ich möchte mit Ihnen über die Autonomie im Alter (ihrer Bewohner) sprechen.

Ihre Sichtweise und zugleich Ihr Verständnis dazu ist mein größtes Anliegen.

Zudem möchte ich vor allem von Ihnen erfahren,

- was Sie unter Autonomie im Alter verstehen,
- welche Bedeutung hat es Ihrer Meinung nach für die Bewohner,
- aber vor allem was getan wird, um die Autonomie der Bewohner zu wahren und fördern?

		Notizen
Wahrung & Förderung	Wie gehen Sie (bzw. und Ihre Arbeitskollegen) mit dem Thema: „Wahrung von Bewohnerautonomie“ um?	
Bedürfnisse	Werden die Bedürfnisse der Bewohner ausreichend verstanden, wahrgenommen und folglich darauf eingegangen?	
Pflegeprozess	Wie weit werden die Bewohner in den Pflegeprozess involviert?	
Ressourcen - Autonomie fördern/wahren	Welche Ressourcen stehen bzw. welche Mittel werden Ihnen zur Verfügung gestellt, um die Autonomie der Bewohner zu wahren und fördern? (Motivationsgespräche, einbeziehen in Organisation von Veranstaltungen, Gespräche führen auf Beziehungsebene – nicht Sachebene)	
Mitbestimmung seitens Bewohner	Wie weit können sich die Bewohner den Alltag bestimmen/organisieren? Können Sie jederzeit das Wohnhaus verlassen? Mal später Essen erhalten?	
Gestaltung Ihrer Umgebung (Appartement)	Wie viel Freiraum wird aus Ihrer Sicht, den Bewohnern für die Gestaltung Ihrer Umgebung hier, gegeben? (Möbeln, Beleuchtung, Altersgerechte Gegenstände, Teppich, Vorhänge, Wandfarbe...?)	
Intimsphäre Privatsphäre	Wie gut wird die Intimsphäre und Privatsphäre der BewohnerIn gewährt und geachtet? (Anklopfen, Fragen, Informieren...?) Immer?	
Informed Consent	Wie werden die Bewohner über die Medizinischen und Pflegemaßnahmen informiert? Wie gut geschieht das?	
Menschen Zuliebe	Tun Sie manchmal etwas für die Bewohner oder dem Bewohner, weil Sie glauben, dass es gut für Sie/ihm sei? dem Menschen zuliebe? – ohne Kenntnis oder Einwilligung seitens diesen Bewohner?	

Ablehnung der Pflegemaßnahme	Was unternehmen Sie, wenn Bewohner nicht mitmachen will? (einerseits Pflegestandards einhalten, andererseits Bew.Autonomie wahren!)	
Angehörigen Betreuung	Werden die Angehörigen über dieses Thema ausreichend Aufgeklärt?	
Angehörige als Autonomie-Ressource der Bewohner?	Wie sehen Sie die Rolle der Familie und/oder Freundeskreis von den Bewohnern, im Bezug auf Ihre Autonomie?	
Beziehung	Welchen Bezug haben die Bewohner, welche Sie betreuen, zu Ihnen? Halten Sie eher Abstand?	
Störfaktoren für die Bewohner Wo ist das größte Leid?	Was glauben Sie, was die Bewohner am meisten hier stört, weil Sie Ihr Eigenheim verlassen und hierher ziehen mussten?	
Verbesserungsvorschläge	Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden, (seitens dieser Institution, (Pflege)Personal, udgl.), damit sich die Bewohner mehr autonomer fühlen bzw. damit Sie mehr autonomer sind?	1) 2)
	Sind diese Vorschläge vertretbar oder durchaus realisierbar/durchführbar?	
	Woran liegt es Ihrer Meinung nach, dass es noch nicht geschehen ist?	

Frau/Herr.....

zum Schluss möchte ich mich für dieses Gespräch äußerst bedanken!

Ich hoffe Sie damit nicht überfordert zu haben.

Möchte noch an dieser Stelle erinnern, dass Ihre Daten anonym weiter behandelt werden.

Ich danke Ihnen sehr, dass Sie mir so viel Zeit schenken konnten.

9.4. Tabellarische Darstellung der Gliederung dieser Diplomarbeit (lt. Expose)

- Abstract
- Inhaltsverzeichnis
- 1. Einleitung
- 2. Begriffserklärung
- 3. Autonomie im Alter
- 4. Methodik

(Ausnahme die Kapitel 4.3.1 + 4.3.2, welche jeweils durch Diplomand A und B getrennt erstellt worden sind)

Diplomanden:

„A“ + „B“ *

- 5. Diplomandin „A“ Margarethe Plewa: Perspektive der älteren Menschen
 - Einleitung
 - Analyse der Interviews
 - Ergebnisse
 - Fazit
- 6. Diplomand „B“ Peter Plewa: Perspektive der Pflegepersonen
 - Einleitung
 - Analyse der Interviews
 - Ergebnisse
 - Fazit

- 7. Diskussion –
Gegenüberstellung
der Beiden Perspektiven
- 8. Verzeichnisse
- 9. Anhang

Diplomanden:

„A“ + „B“ *

*Diplomandin „A“ = Margarethe Plewa, Diplomand „B“ = Peter Plewa

9.5. Curriculum Vitae – Margarethe Plewa

Persönliche Daten

Geburtsdatum, Geburtsort:	02 Jänner 1981, Polen
Staatsbürgerschaft:	Österreich
Familienstand	Verheiratet, 1 Tochter
Tel.Nr.	0699 17 1234 55
E-Mail	margarethe.plewa@chello.at

Persönlicher Werdegang

2006 – 2011	Magisterstudium an der Universität Wien: Individuelles Diplomstudium, Pflengewissenschaft/Gesundheitswissenschaften Wahlpflichtfach: Soziologie
2003	Einschlägige Ausbildung im Pflegebereich bei Caritas Wien
2001	International Business College Wien Hetzendorf (WS + SS 2001/02)
2000	AHS – Maturaabschluss

Beruflicher Werdegang

02.2007 – 11.2007	Fa. Physiotherapie, Wien (Büroassistentin)
09.2006 – 02.2007	Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser (Büroassistentin)
01.2004 – 08.2006	Caritas Wien (Heimhelferin/Seniorenbetreuerin)
07.2003 – 12.2004	Einschlägige Ausbildung im Pflegebereich und Praktikum bei Caritas Wien
09.2002 – 06.2003	Ordination praktische Ärztin, Wien (Ordinationsgehilfin)

Sonstige Kenntnisse

- Sprachen: Polnisch, Englisch
- MS – Office, SPSS 14.0 und 15.0

9.6. Curriculum Vitae – Peter Plewa

Persönliche Daten

Telefon - Mobil	0699 11 333 672
Email	peter.plewa@chello.at
Geburtsdaten	25.November 1978, Polen
Staatsbürgerschaft	Österreich
Familienstand	verheiratet, 1 Tochter
Eltern	Mag. Maria und Mag. Dipl.-Ing. Andreas

Ausbildung

2006 - 2011	Individuelles Diplom-Studium an der Universität Wien Magisterstudium : Pflegewissenschaft/Gesundheitswissenschaften Wahlpflichtfach: Soziologie
-------------	---

Weiterbildung

2003	„ECDL“ EDV Ausbildung mit Zertifikat, Wien
Seit 2009	Wirtschaftsuniversität Wien einzelne Lehrveranstaltungen an der Fakultät der Betriebswirtschaftslehre:

Letzte ausgeübte Tätigkeit

WS 2010/11	Tutor an der Universität Wien
------------	-------------------------------

Weitere Kenntnisse

- Sprachen: Englisch und Polnisch
- Weitere Sprachen (Anfangs- bzw. Basiskenntnisse):
 - Französisch
 - Russisch
 - Latein
- EDV:
 - Zertifikat: “ECDL” European Computer Driving Licence
 - SPSS 14.0 + 15.0 (Statistik-Programm)
 - 10 Finger System
- Präsentationstechniken: Flipchart, Plakate, PowerPoint, etc.