



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Abschied von zu Hause nehmen“ –

wie betagte Menschen die Zeit ab der Entscheidung bis
zum Eintritt in ein Pflegeheim erleben

Verfasserin

Andrea Mühl

Angestrebter akademischer Grad:

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl:

A 057 122

Studienrichtung:

Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Univ.-Prof. Dr. med. Ursula Kunze

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich, Andrea Mühl, bestätige mit meiner Unterschrift, dass die vorliegende Diplomarbeit von mir selbst verfasst wurde und dass ich keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe.

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einem Beurteiler/ einer Beurteilerin zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vorwort und Danksagung

Im Verlauf meines Studiums der Pflegewissenschaften sowie der Ausbildung zur diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester entwickelte sich ein besonderes Interesse an unterschiedlichen emotionalen Phänomenen im Alter. Im Speziellen galt meine Aufmerksamkeit der Thematik der Langzeitinstitutionalisierung sowie deren Auswirkungen auf das persönliche Befinden. So kristallisierte sich schließlich bald das Verlangen heraus, im Rahmen eines qualitativen Forschungsansatzes die Angelegenheiten rund um die getroffene Entscheidung zu einem Pflegeheimeintritt und das damit verbundene „Abschied von zu Hause nehmen“ einer genaueren Betrachtung zu unterziehen.

Nachdem die Anzahl älterer Menschen auf Grund der steigenden Lebenserwartung weiterhin ansteigt, wird unter anderem die professionelle Pflege künftig stark gefordert sein. Neben diversen Möglichkeiten der Langzeitversorgung älterer pflegebedürftiger Menschen ist auch dem persönlichen Empfinden jedes Hochbetagten Beachtung zu schenken, um individuelle Bedürfnisse aufgreifen zu können.

So soll aufgezeigt werden, wie sich einzelne Personen auf den Pflegeheimeintritt vorbereiten und all den dafür notwendigen Erledigungen, neben altersbedingten Beeinträchtigungen sowie der psychischen Auseinandersetzung rund um das Verlassen des Zuhauses entgegentreten.

Um dieses Forschungsinteresse bewerkstelligen zu können, war die Unterstützung mehrerer geschätzter Menschen unumgänglich.

An erster Stelle danke ich meiner Betreuerin, Univ.-Prof. Dr. med. Ursula Kunze, aufrichtig dafür danken, dass sie sich mit großem Interesse meines Themas angenommen hat. Für wertvolle motivierende Worte und die Wegbegleitung, eigene Vorstellungen verwirklichen zu können, spreche ich ihr meinen großen Dank aussprechen.

Auch meinen Eltern gilt mein besonderer Dank ausgesprochen werden, ohne deren Unterstützung es mir nicht möglich gewesen wäre, meine Interessen durch das Studium der Pflegewissenschaft zu verfolgen. Ein spezielles Dankeswort spreche ich an

dieser Stelle meiner Mutter sowie den unterstützenden Personen ihrer Arbeitsstelle im Genesungs-, Wohn- und Pflegeheim aus, über welches mir meine InterviewpartnerInnen zugeteilt wurden.

Für motivierende und aufbauende Gespräche danke ich Jürgen und Nadine. Ihr großes Verständnis für mehrere Absagen, ihre Flexibilität und ihr liebevolles Hinwegsehen über mein terminliches und gedankliches Chaos in dieser Zeit weiß ich sehr zu schätzen.

Ebenso danke ich Karin für das Korrekturlesen dieser Arbeit und dafür, dass ich ihr mit meinem Hang zu langen Sätzen und einer Schwäche bei der Beistrichsetzung vermutlich einiges an Zeit geraubt habe.

Zuletzt danke ich außerdem anonymerweise meinen InterviewpartnerInnen vielmals dafür, dass sie mich zu sich eingeladen und mir somit erlaubt haben, sie und ihre persönliche Situation kennen zu lernen.

Zusammenfassung

Die zentrale Fragestellung „*Wie gehen Menschen mit dem Gedanken an einen künftigen Heimeintritt um?*“ wurde im Rahmen des qualitativen Forschungsansatzes mit narrativen Interviews untersucht, wobei Grundeinstellungen und Erwartungen zur Institution Pflegeheim, die Auswirkung der Entscheidung auf den Alltag und das soziale Netzwerk sowie Wünsche der zukünftigen HeimbewohnerInnen in der Zeit vor dem Umzug erhoben wurden. So konnten folgende Kategorien erarbeitet werden: Der Umzug ins Pflegeheim 1) *...als Entlastung durch...*; 2) *...als Belastung durch...*; dem kommen 3) *Erschwernisse durch Altersbeeinträchtigungen* hinzu mit dem Wunsch 4) *Identität wahren* zu können; darüber hinaus konnten 5) *soziale Auswirkungen* herausgefunden werden.

Die Zunahme der Lebenserwartung und die damit verbundene steigende Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung stellen den extra- und intramuralen Bereich der professionellen Pflege vor eine große Herausforderung. Nachdem die Eingewöhnungsphase in einer Langzeitinstitution in der Literatur als emotional schwierig beschrieben wird, wurde hier das zentrale Interesse auf die Zeit ab der Entscheidung zu einem Pflegeheimeintritt bis zur tatsächlichen Übersiedlung genauerer Betrachtung unterzogen. Die Grundannahme war dabei, dass die gefühlsmäßige Auseinandersetzung mit der anstehenden großen Änderung nicht erst ab dem Umzug selbst stattfindet, sondern schon ab dem Zeitpunkt der durchgeführten Anmeldung seine Auswirkungen nehmen kann.

Der anstehende Einzug in ein Pflegeheim kann schließlich a) als *Entlastung* gesehen werden, da künftig professionell pflegerische Unterstützung rund um die Uhr greifbar ist, wodurch Sicherheit vermittelt und sowohl psychische als auch physische Erholung ermöglicht wird. Aber der anstehende Einzug in ein Pflegeheim kann auch b) als *Belastung* gesehen werden, da die eigenen vertrauten vier Wände sowie lieb gewonnenes Hab und Gut zurückgelassen werden müssen und der großen, anstehenden Änderung mit Ungewissheiten und Ängsten entgegengetreten wird. Darüber hinaus sind neben der *erschweren Alltagsbewältigung* durch altersbedingte Beeinträchtigungen diverse Vorbereitungen auf den Umzug zu erledigen. Ein zentrales Anliegen stellt dabei das Aufrechterhalten der Autonomie und das selbstständige Treffen zukunftsweisender

Entscheidungen, zu einem Zeitpunkt geistiger Fitness, dar. Im sozialen Netzwerk zeigten sich dabei insofern Auswirkungen, als dass sich einerseits tiefe Verbundenheit und Dankbarkeit durch Unterstützungen jeglicher Art entwickeln können, andererseits jedoch auch komplexe Beziehungen durch Abhängigkeit entstehen können.

Abstract

The central question "*How do people cope with the prospect of moving to a nursing home?*" was examined under a qualitative research approach by using narrative interviews, whereby I collected basic attitudes and expectations about nursing homes, the impact of such decision on the daily lives and the social network, and the wishes of the future home residents in the period immediately preceding the move. This led to the development of the following categories: The move to the nursing home 1) ... *as a relief because*; ...2) ... *as a burden because...*; the arrival 3) *impediments due to age impairments* and the desire 4) *to preserve identity*; and determine 5) *social effects*.

The increase in life expectancy and the associated increase in nursing care of the population remain a major challenge for the extra and intramural fields of professional care. Given that the acclimation phase in a long-term care institution is described as emotionally difficult in the literature, the main interest here is focused in the period stretching from the decision to move to a nursing home to the actual move. The basic assumption is that the effect of the emotional conflict arising from the major changes ahead is felt, not just upon moving, but already as the decision to do so is confirmed or communicated.

The pending move into a nursing home may be regarded eventually as a a) *relief*, because the future professional nursing support is available around the clock thus providing safety and reasonable prospects of a mental and physical recovery. However, the imminent move to a nursing home can also be perceived as a b) *burden*, because your home and cherished belongings must be left behind while facing a major change fraught with uncertainties and fears. Moreover, besides the difficulty of coping with everyday's life chores due to age-related impairments, the move itself requires multiple preparations. A central concern here is dealing with the autonomy and the capacity to make forward-looking decisions independently at a time of mental fitness. Finally, the effects are also apparent on the social network, which may lead on the one hand to the development of a deep attachment and gratitude for any kind of support and on the other hand, however, to complex relationships arising from dependency.

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG.....	7
ABSTRACT	9
EINLEITUNG	1
Thema und Forschungsfrage(n).....	1
Aufbau der Arbeit	2
1 DAS LEBEN IN DER FAMILIE – ENTWICKLUNGEN UND PRÄGUNGEN ...	4
1.1 Die Familien-Situation in Österreich – Zahlen und Fakten	4
1.2 Die Entwicklung des Individuums in der Familie	5
1.2.1 Die Persönlichkeitsentwicklung	6
1.2.2 Die Sozialisationsinstanz Familie	7
1.3 Das Familienverständnis – damals und heute	7
1.3.1 Der Familienbegriff von „damals“	7
1.3.1.1 Ableitung des Familienbegriffs	7
1.3.1.2 Hintergrund zur Veränderung des Familienbegriffs	8
1.3.2 Der Familienbegriff von „heute“	9
1.3.2.1 Die gesetzliche Familiendefinition	9
1.3.2.2 Die biologische Familiendefinition	9
1.3.2.3 Die psychologische Familiendefinition.....	10
1.3.2.4 Die subjektive Familiendefinition	10
1.3.2.5 Schlussfolgerung zu Familiendefinitionen	10
1.4 Familienkonzept – die Systemtheorie.....	11
1.4.1 Der Systembegriff	11
1.4.2 Die Familie als System	12
1.4.3 Verschiebungen im Versorgungssystem Familie	12
1.5 Familie und soziale Beziehungen im Alter	13
1.5.1 Definition „Alter“	13
1.5.2 Familie und soziale Netzwerke im Alter.....	15
1.5.3 Sozialkontakte im Alter	15
1.5.4 Vereinsamung und soziale Isolation	16
1.5.5 Kurzvorstellung der CARMA-Studie: Alt und ausgegrenzt	17
1.5.5.1 Allgemeine Ergebnisse.....	17
1.5.5.2 Ergebnisse der österreichischen Population	17
1.5.5.3 Sozialkontakte älterer Menschen in Österreich deutlich geringer.....	18
1.5.6 Sozial „wichtig-sein“	18
2 ZU HAUSE IST, WO MAN SICH ZU HAUSE FÜHLT	20
2.1 Das Zuhause – seine Abwandlungen und Bedeutungen.....	21
2.1.1 Allgemeine Definitionen	21

2.2 Der Heimatbegriff und seine Verwurzelungen	21
2.2.1 Der Ursprung des Heimatbegriffs	21
2.2.2 Auszug des Heimatrechtsgesetzes 1863	22
2.3 „Heimat“ heutzutage.....	22
2.3.1 Die Heimat und vertraute Gegebenheiten	23
2.3.2 Das individuelle Heimatgefühl – Möglichkeiten einer Beschreibung.....	24
2.4 Wenn die Heimat fehlt.....	24
2.4.1 Das Heimweh und seine Bedeutung	25
2.4.2 Das Heimweh bei alten MigrantInnen als möglicher Ansatzpunkt	25
2.4.3 Verlegungsstress-Syndrom, hohes Risiko.....	26
3 DIE INSTITUTIONALISIERUNG – EIN FÜR UND WIDER?	29
3.1 Die Situation in Österreich.....	29
3.1.1 Allgemeine demographische Entwicklungen	29
3.1.2 Der geriatrische Aspekt demographischer Entwicklungen	30
3.2 Versorgungssituation Österreichs – ein kurzer Einblick.....	33
3.2.1 Wie wohnen Österreichs Hochaltrige?	33
3.2.2 Übersicht: Pflegeleistungssituation Österreich	35
3.2.3 Alten- und Pflegeheime	36
3.3 Die Institutionalisierung und das Individuum	36
3.3.1 Mögliche Gründe für eine Langzeitinstitutionalisierung.....	37
3.3.1.1 Der Wille zur Langzeitinstitution	39
3.3.2 Mögliche Auswirkungen des Prozesses der Institutionalisierung.....	39
3.3.2.1 Die Auswirkung der Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz	39
3.3.2.2 Die Auswirkung der stattgefundenen Institutionalisierung	41
3.3.3 Aspekte der (notwendigen) Übersiedlung im Alter	42
4 EMPIRISCHER TEIL	44
I Einführung in die Empirie	44
4.1 Methode zur Datenerhebung: der qualitative Forschungsansatz.....	44
4.1.1 Besondere Charakteristika qualitativer Forschung.....	45
4.1.2 Gütekriterien qualitativer Forschung.....	46
4.2 Die Datenerhebung	47
4.2.1 Zugang zum Forschungsfeld	47
4.2.2 Rahmenbedingungen und ethische Überlegungen	47
4.2.3 Kontaktherstellung zu den InterviewpartnerInnen	47
4.2.4 InterviewpartnerInnen und Setting.....	48
4.2.4.1 Interviewpartnerin 1	48
4.2.4.2 Interviewpartner 2	49
4.2.4.3 Interviewpartnerin 3.....	49
4.2.4.4 Interviewpartnerin 4.....	50
4.2.4.5 Interviewpartnerin 5.....	50
4.2.4.6 Interviewpartner 6	50
4.2.5 Das Erhebungsinstrument	51
4.3 Methode zur Auswertung: qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	52
4.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse will... ..	52
4.3.2 Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ist zu achten auf... ..	53
4.3.3 Ablaufmodell qualitativer Inhaltsanalyse	54

1 Der Einzug ins Pflegeheim als Entlastung	58
1a Nicht mehr alleine sein	58
1b Erholung durch Hilfe im Hintergrund	60
1c Barrierefreies Wohnen	64
1d Neue Möglichkeiten sehen	65
1.1 Fördernde Faktoren	68
1.1a Positive Einstellung.....	68
1.1b BewohnerInnen kennen lernen/Personen kennen lernen	69
1.1c Alltagsabläufe erleben	71
1.1d Sich wohlfühlen im Pflegeheim.....	73
2 Der Einzug ins Pflegeheim als Belastung	75
2a Verlassen des Zuhauses	75
2b Zurücklassen von Eigentum	79
2c Ungewissheiten und Ängste	82
2d Keine Alternativen/„Freiwilligkeit, gezwungenermaßen“	84
2.1 Verstärkende Faktoren	86
2.1a Lange Wartezeiten.....	86
2.1b Sozialer Rückzug.....	88
2.1c Schambehaftete Beeinträchtigungen.....	90
2.1d Sehnsucht nach dem Ende.....	93
3 Erschwernisse durch Altersbeeinträchtigungen	95
3a Abnahme körperlicher Mobilität	95
3b Schmerzen.....	99
3c Vergesslichkeit/geistiger Abbau.....	101
4 Identität wahren.....	104
4a Autonom und aktiv bleiben	104
4b Hobbys erhalten.....	106
4c Lebensfreude bewahren/Lebenseinstellung	108
5 Soziale Auswirkungen	111
5a Verbundenheit durch Hilfestellungen.....	111
5b Soziale Netzwerke verlieren	114
5c Angst vor familiären Streitigkeiten	116
5d Sich als Belastung wahrnehmen	119
5 ZUSAMMENFASSUNG.....	121
6 DISKUSSION.....	126
ANHANG	I
Abkürzungsverzeichnis.....	i
Interviewleitfaden	ii
Schreiben zur Kontaktherstellung	iv
Curriculum Vitae	v

Einleitung

Thema und Forschungsfrage(n)

Ausgehend von aktuellen demographischen Entwicklungen, wodurch mittlerweile 17,6 % der österreichischen Gesamtbevölkerung mit 65 Jahren oder älter verzeichnet werden (vgl. Statistik Austria, Bevölkerungsstand 1.1.2010, S. 29), wird deutlich, dass die Versorgungssysteme im geriatrischen Bereich künftig einer noch größeren Herausforderung gegenüberstehen. Der Familie wird dabei eine wesentliche Bedeutung zugeschrieben, nachdem sie für etwa 80 bis 90 % der Pflege älterer Mitglieder der Gesellschaft aufkommt (vgl. Lilly 2005, S. 381).

Dem sozialen Netzwerk wird jedoch nicht alleine in der häuslichen Versorgung eine maßgebende Rolle zugeschrieben, sondern auch im Verlauf einer Institutionalisierung kann es ein wichtiges Überbrückungssystem darstellen. Gleichzeitig sind jedoch, in Verbindung mit hohem Alter, wichtige Schlagworte wie „Einsamkeit“ und „soziale Isolation“ zu erwähnen. Denn neben physischen und psychischen Veränderungen der Gesundheit, wodurch das Aufrechterhalten von Sozialkontakten erschwert werden kann, steigt mit zunehmendem Alter das Risiko nahe stehende Personen durch Tod zu verlieren (vgl. Dannenbeck 1995, S. 127–128).

Hervorzuheben sind auch neue Rollenverteilungen, welche im Verlauf fortschreitenden Alterns häufig stattfinden. Oftmals können Aufgabenbereiche nur eingeschränkt oder auch gar nicht mehr durchgeführt werden, wodurch die Betroffenen auf Hilfestellungen angewiesen sind. Individuelle Gegebenheiten können schließlich zu der Entscheidung oder auch der Notwendigkeit führen, eine Langzeitversorgung in einem Pflegeheim zu planen.

Das Interesse der vorliegenden Arbeit liegt darin zu ergründen, ob und inwiefern sich die Entscheidung für und die Anmeldung in einem Pflegeheim auf eine hochaltrige Person und ihren Alltag auswirkt. Es soll erhoben werden, welche Gedankengänge dadurch angestoßen werden und ob durch die große anstehende Veränderung zusätzliche Belastungen oder gar Ängste entstehen können. Dies begründet sich darin, dass ein Heimeintritt für viele Menschen einen großen Umbruch in der bisherigen Lebens-

führung bedeutet, worin einerseits eine Entlastung durch allgegenwärtig professionelle Unterstützung gesehen werden kann, andererseits jedoch auch ein schwerer Verlust durch das Eingeständnis fortschreitend gesundheitlicher Einschränkungen verspürt werden kann. Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage mit angeführten Unterfragen ableiten:

Wie gehen Menschen mit dem Gedanken an einen künftigen Heimeintritt um?

- ✓ *Wie wirkt sich ein absehbarer Heimeintritt auf das Alltagsleben eines Menschen aus?*
- ✓ *Wie wirkt sich ein künftiger Heimeintritt auf das Zusammenleben im sozialen Netzwerk aus?*
- ✓ *Welche Wünsche und Bedürfnisse haben zukünftige HeimbewohnerInnen in der Zeit davor?*

Um die individuelle Lebenssituation von Betroffenen bestmöglich darzustellen, wird der qualitative Forschungsansatz gewählt. Ziel der qualitativen Forschung ist es, ein Phänomen innerhalb seines Kontextes zu verstehen (Prakke, Wurster 1999, S. 183). Sie hat den Anspruch, Lebenswelten „von innen heraus“ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben und will dadurch zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen, welche Nichtmitgliedern und vom Alltag befangenen Akteuren nicht bewusst sind (Flick et al. 2007, S. 14).

Aufbau der Arbeit

Die Arbeit setzt sich aus einem theoretischen und einem empirischen Teil zusammen, wobei der theoretische in drei Kapitel gegliedert ist. Diese sollen folgend kurz vorgestellt werden.

Zunächst wird im ersten Kapitel die Familie, in welcher das Individuum aufwächst, sich formt und prägt ins Zentrum gerückt. Dabei werden die Entwicklung des Familienverständnisses sowie Möglichkeiten der Definition von Familie betrachtet. Ein Schwerpunkt wird hierbei auf die Anschauung der Familie als System gerichtet, wodurch der enge Zusammenhalt sozialer Systeme dargestellt werden soll. So kann schließlich auf

die Bedeutsamkeit sozialer Beziehungen im Alter eingegangen werden, um auch die Gefahr von sozialer Isolation und Einsamkeit darzulegen.

Das zweite Kapitel beschäftigt sich mit dem „Zuhause“ und der „Heimat“. Hier wird aufgezeigt, was unter diesen Begrifflichkeiten verstanden werden kann und wodurch die zugehörigen Gefühle geprägt und ausgelöst werden. Jener Abschnitt soll erklären, was es für ein Individuum bedeuten kann, sein Zuhause zu verlassen und wie schwierig sich die Situation in einer neuen Umgebung, speziell im fortgeschrittenen Alter, gestalten kann. Dazu wird die ursprüngliche Bedeutung von Heimweh sowie die Pflegediagnose „Verlegungsstress-Syndrom, hohes Risiko“ erläutert.

Das dritte und letzte Kapitel des theoretischen Teils widmet sich schließlich aktueller und zukünftiger demographischer Entwicklungen in Österreich. Der Schwerpunkt wird hierbei auf den geriatrischen Aspekt und die Versorgung der alternden Gesellschaft gerichtet. Weiters werden mögliche Gründe für mögliche Auswirkungen der Langzeitinstitutionalisierung dargestellt. Durch das Aufzeigen realistischer Konsequenzen von längeren Wartezeiten auf einen Pflegeheimplatz soll an die häufig komplexe Situation zukünftiger HeimbewohnerInnen herangeführt werden.

Im anschließenden empirischen Teil wird zunächst die Methode der Datenerhebung, der qualitative Forschungsansatz, erläutert. Weiters werden der Zugang zum Forschungsfeld, Rahmenbedingungen sowie die InterviewpartnerInnen und Gesprächssituationen vorgestellt. Zur Auswertung der Ergebnisse wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen, welche zuerst erklärt wird, um anschließend die damit gewonnenen Ergebnisse sowohl graphisch als auch in kommentierter Form darzustellen.

Abschließend folgt eine Zusammenfassung, in welcher die Ergebnisse im Hinblick auf die Forschungsfragen dargestellt werden. Weiters werden die Resultate in Verbindung zu bisherigen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen gesetzt, um Anregungen und Notwendigkeiten zu weiteren Forschungen aufzuzeigen.

1 Das Leben in der Familie – Entwicklungen und Prägungen

Die Familie, und nicht das formelle Gesundheitssystem, kommt für ca. 80 bis 90 % der Pflege älterer Mitglieder der Gesellschaft auf (vgl. Lilly 2005, S. 381). Somit wird deutlich, dass der Familie im Verlauf pflegerischer Interventionen eine wesentliche Rolle zugeschrieben werden soll, da sie eine wichtige Ressource für das Gesundheitssystem darstellt. Benötigt ein Individuum durch jegliche Veränderungen Unterstützung seitens der professionellen Pflege, so soll dessen Handeln im Kontext des familiären und sozialen Prägungsfeldes verstanden und begleitet werden. In Anbetracht eines anstehenden Heimeintrittes ist zu bedenken, dass die Familie oftmals den Stellenwert eines wichtigen Überbrückungssystems in diesem prozesshaften Verlauf einnimmt, weswegen folglich jenem Bereich ein Anteil gewidmet werden soll.

1.1 Die Familien-Situation in Österreich – Zahlen und Fakten

2008 ergab die Mikrozensus-Erhebung 2.326.000 Familien in Österreich, wovon in 61,3 % der Familien (also in 1.424.000 Familien) Kinder leben. 42,4 % dieser Familien bestehen aus Ehepaaren (das sind 985.000 Familien) und 6,2 % jener Familien (das sind 144.000 Familien) werden als Lebensgemeinschaften geführt (vgl. Rainer, Reiterer Familienbericht 1999–2009). Der durchschnittliche österreichische Privathaushalt besteht aus 7,0 Personen als Netzwerk naher Angehöriger (PartnerIn, Geschwister, Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, [Schwieger-]Kinder, Enkelkinder und Urenkelkinder). Bei 13 % der österreichischen Personen hingegen ist dieses Familiennetz sehr klein und besteht aus maximal 3 Personen, während 17 % der Bevölkerung in einem vergleichsweise großen familiären Netz mit 10 oder mehr Angehörigen leben (vgl. Kytir, Schrittwieser 2001, S. 13).

In Bezug auf die Entwicklung der Familiennetzwerke ist zu sagen, dass sich durch den Anstieg der Lebenserwartung in den vergangenen 150 Jahren die Zahl der gleichzeitig lebenden Generationen deutlich erhöht hat. 78 % der Bevölkerung haben lebende Angehörige (Eltern, Großeltern, Urgroßeltern, [Schwieger-, Stief-, Adoptiv- oder Pflege-]Kinder, Enkelkinder oder Urenkelkinder) aus mindestens zwei weiteren Generationen, und bei 20 % der Bevölkerung leben Angehörige aus drei weiteren Generationen. Mit

deutlich weniger als 1 % stellen hingegen Familienverbände von fünf Generationen eine klare Ausnahme dar (vgl. Kytir, Schrittwieser 2001, S. 13).

Für die Analyse des familiären Unterstützungspotentials stellen neben der Größe des Familiennetzwerkes die räumliche Distanz sowie die Kontakthäufigkeit zu den Angehörigen wichtige Indikatoren dar. Hierzu ist anzumerken, dass die räumliche Entfernung zu den Eltern bzw. den Großeltern mit dem Erwachsenenalter zunimmt – etwa jeder zehnte 30- bis 44-Jährige lebt mehr als sechs Autostunden von der leiblichen Mutter bzw. dem leiblichen Vater oder zumindest einem Großelternteil entfernt. Die tägliche bis wöchentliche Kontakthäufigkeit zu mindestens einem Großelternteil liegt beispielsweise bei 35 %. Umgekehrt betrachtet fanden Kytir und Schrittwieser heraus, dass 14 % der über 60-Jährigen mit mindestens einem Enkelkind unter einem Dach leben und 7 von 10 Großmüttern bzw. Großvätern ihr Enkelkind regelmäßig treffen (vgl. Kytir, Schrittwieser 2001, S. 13).

1.2 Die Entwicklung des Individuums in der Familie

Der Soziologe Emile Durkheim beschreibt mit der Begrifflichkeit der Sozialisation den Prozess, welchen ein neugeborenes „asoziales“ menschliches Wesen durchlaufen muss, um zum „sozialen Leben“ geführt zu werden. Demnach ist der Mensch bei seiner Geburt unzureichend ausgestattet, um das gesellschaftliche Leben bestreiten zu können, und so entwickelt sich die menschliche Persönlichkeit durch die Auseinandersetzung mit sozialen und materiellen Lebensbedingungen, wobei die Einflüsse der Gesellschaft für jene Entwicklung ausschlaggebend sind (vgl. Gestrich 1999, S. 18).

Hurrelmann (1993) beschreibt drei wesentliche Perspektiven, unter welchen die Sozialisation zu betrachten ist:

- > Subjektbezogen: Die Personen, welche sozialisiert werden bestimmen diesen Vorgang aktiv mit und dürfen nicht als trockener Schwamm verstanden werden, welcher jegliche Umwelteinflüsse aufsaugt – nur so können sie zu gesellschaftlich handlungsfähigen Subjekten werden.

- > Institutionsbezogen: Hier geht es um die Fragestellung, wie gesellschaftliche Institutionen Werthaltungen und Kulturtechniken vermitteln – die Zwecksetzung und die Funktion stehen dabei im Vordergrund.
- > Kulturbezogen: Dadurch, dass die Kultur einen wichtigen Identifikationsfaktor einer Gesellschaft bzw. einer Gruppe darstellt, ist es auch von großer Bedeutung, wie sich Heranwachsende diese Kultur aneignen und dadurch die Welt interpretieren (vgl. Zimmermann 2006, S. 15–16).

Diese Anschauung verdeutlicht umso mehr, dass die Sozialisation zur Persönlichkeitsentwicklung als ein interaktiver Prozess zwischen Mensch und Umwelt zu verstehen ist (vgl. Zimmermann 2006, S. 15–16).

1.2.1 Die Persönlichkeitsentwicklung

In Bezug auf die Persönlichkeitsdefinition ist anzumerken, dass zunächst eine Auseinandersetzung damit notwendig ist, welche Bilder ein „sozialisierter Mensch“ in unterschiedlichen Gesellschaften hervorruft. So wurden im europäischen Mittelalter beispielsweise Relationen von Gott-Mensch/Mensch-Ahnen verwendet, während in afrikanischen Gesellschaften häufig auf Funktionen wie zB Krieger oder Jäger verwiesen wird (vgl. Gestrich 1999, S. 20).

Verallgemeinert kann jedoch gesagt werden, dass die Persönlichkeit ein individuelles Gefüge von „Merkmalen, Eigenschaften, Einstellungen und Handlungskompetenzen, das einen einzelnen Menschen kennzeichnet“ ist. Weiters wird angemerkt, dass die Persönlichkeit eines Menschen „von außen beobachtbare Verhaltensweisen, Werthaltungen, Wissen, Sprache, wie auch innere Prozesse und Zustände, Gefühle und Motivationen“ beinhaltet. Tillmann (1989) merkt dazu an, dass dies überwiegend durch Interaktion, Kommunikation und Tätigkeiten geschieht, wobei vier, in Wechselwirkung stehende, Ebenen der Vermittlungswege eingeteilt werden – diese seien hier der Vollständigkeit halber kurz erwähnt:

- > 1. Ebene des Subjekts: Einstellungen, Erfahrungsmuster, Wissen, emotionale Strukturen, kognitive Fähigkeiten
- > 2. Ebene von Interaktion und Tätigkeiten: Eltern-Kind-Beziehungen, schulischer Unterricht, Kommunikation mit Gleichaltrigen/Freunden/Verwandten

- > 3. Ebene von Institutionen: Betriebe, Massenmedien, Schulen, Universitäten, Militär, Kirchen
- > 4. Ebene der Gesamtgesellschaft: ökonomische/ soziale/ politische und kulturelle Struktur (vgl. Zimmermann 2006, S. 16–17).

1.2.2 Die Sozialisationsinstanz Familie

Familien sind jeweils in ihrer Eingebundenheit in größere Netzwerke zu betrachten, wodurch sich auch ihre Funktionen und Aufgaben auf den jeweilig größeren gesellschaftlichen Kontext beziehen. Gegenwärtig gelten die Eltern-Kind-Beziehung sowie die Beziehung der Geschwister als eines der wichtigsten Charakteristika. Dazu wird eine besondere Qualität in der emotionalen Verbindung beschrieben, aus welcher sowohl Liebe als auch Hass hervorgehen kann – beides kann als Ergebnis der familiären Sozialisation angesehen werden (vgl. Gestrich 1999, S. 119–120). Die zentrale Aufgabe in der Familie besteht dabei in der Persönlichkeitsbildung. Burkart schreibt dazu, dass die familiäre Sozialisation zentraler Ausgangspunkt für die Vollperson und ihre Individualität darstellt (vgl. Burkart 2005, S. 121).

1.3 Das Familienverständnis – damals und heute

Wenn die Pflege dazu angehalten wird, eng mit der Familie zu kooperieren, welche hinter einem/einer Pflegebedürftigen steht, so muss zunächst der Familienbegriff analysiert und dargestellt werden. Es gibt keine allgemein gültige Definition zum Begriff „Familie“, vielmehr ist es ein Begriff, welcher bei jedem Individuum andere Vorstellungen hervorruft und sich zudem über die Zeit hinweg verändert hat (Hanson 2005, S. 6).

1.3.1 Der Familienbegriff von „damals“

1.3.1.1 Ableitung des Familienbegriffs

Der Begriff der „Familie“, welcher seit Ende des 17. Jahrhunderts und vor allem im 18. Jahrhundert die ältere Begrifflichkeit des „Hauses“ ablöste, entsprang dem französischen Lehnwort „famille“. Das „Haus“ stand dazumal für eine Rechts-, Arbeits-, Konsum- und Wirtschaftseinheit, zu welcher nicht nur die Familie im heutigen Verständnis,

sondern auch das Gesinde und der Besitz zählten. Alle Personen, welche unter dem Regiment eines Hausvaters arbeiteten, wohnten, aßen befanden sich somit in jener Gesamtheit (vgl. Gestrich 1999, S. 4).

Gleichzeitig bestanden schon verschiedene Arten, wodurch auf normativer Ebene die Einheit von Mann und Frau bzw. Eltern und Kindern hervorgehoben wurde. Besonders ins Zentrum gerückt wurde dabei die gattenzentrierte Familie seit dem hohen Mittelalter. Zur erwähnten Zeit wirkte sich zudem die Spiritualisierung der Ehe durch den Einschluss der christlichen Sakramente seitens der katholischen Kirche, über die Partnerbindung hinaus, auf das religiöse Verständnis der Familie aus (vgl. Gestrich, Krause, Mitterauer 2003, S. 367). Somit war die Familie nicht länger eine reine Wirtschafts- und Versorgungsgemeinschaft, sondern vor allem eine Lebens-, Erlebnis- und Erziehungsgemeinschaft, welche sich durch eine kooperative Ehegattenfamilie durch Privatheit und emotionale Intimisierung hervorhob (vgl. Hammerstein, Herrmann 2005, S. 90).

1.3.1.2 Hintergrund zur Veränderung des Familienbegriffs

Im Laufe der Industrialisierung zeigten sich veränderte Haushaltsformen, wodurch der französische Soziologe Émile Durkheim in den 1880er Jahren die Vermutung aufstellte, dass die Entwicklung moderner Industriegesellschaften eine notwendige „Kontraktion“ der Familie von großen Haushaltsfamilien zu den kleinen Kernfamilien zu Folge habe. Diese Hypothese wurde bis in die 1970er Jahre in der Familiensoziologie aufrechterhalten und durch die Annahme erweitert, dass es mit dem Aufstieg der modernen Industriegesellschaften einen verbundenen „Funktionsverlust“ der Familie mit Konzentration ihrer Aufgaben auf die Organisation des Privatlebens ihrer Mitglieder gab (vgl. Gestrich, Krause, Mitterauer 2003, S. 387).

Die Monopolstellung von Ehe und Familie im traditionellen Sinn wurde durch neue Formen der Lebensgemeinschaften abgelöst – Wohngemeinschaften und nichteheliche Lebensgemeinschaften werden heutzutage gleichermaßen anerkannt. Die Entkopplung von Sexualität und Familie durch moderne Verhütungsmittel, mentale Veränderungen, welche die Selbstverwirklichung in Beruf und Freizeit über das Bedürfnis nach sozialer Bindung stellen, wie auch die zunehmende Selbstbefreiung der Frauen aus patriarchalischen Familienverhältnissen, seien in diesem Sinne als einige Beispiele genannt (vgl. Gestrich 1999, S. 9).

Die „alte Institution Familie“ wurde aufgelöst und ihre einzelnen Bestandteile neu kombiniert – zu ihnen zählen exemplarisch: biologische Elternschaften, soziale Elternschaften, rechtliche Elternschaften, sowie Mutter-Kind-Familien, Vater-Kind-Familien, homosexuelle Paare, Familien mit Stiefmüttern und -vätern usw. Die frühere Regelung von „ein Leib – ein Dach – ein Name“ wurde abgelöst (vgl. Gehring et al., S. 24).

1.3.2 Der Familienbegriff von „heute“

1.3.2.1 Die gesetzliche Familiendefinition

Als erster Ansatz soll die gesetzliche Grundlage eine mögliche Betrachtungsweise demonstrieren. Die §§ 40 ff ABGB (Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch) enthalten folgende Legaldefinitionen der Begriffe Familie, Verwandtschaft und Schwägerschaft:

- > § 40 *„Unter Familie werden die Stammeltern mit allen ihren Nachkommen verstanden. Die Verbindung zwischen diesen Personen wird Verwandtschaft; die Verbindung aber, welche zwischen einem Ehegatten und den Verwandten des andern Ehegatten entsteht, Schwägerschaft genannt“ (ABGB 2000, S. 16).*
- > § 41 *„Die Grade der Verwandtschaft zwischen zwei Personen sind nach der Zahl der Zeugungen, mittels welcher in der geraden Linie eine derselben von der andern, und in der Seitenlinie beide von ihrem nächsten gemeinschaftlichen Stamme abhängen, zu bestimmen. In welcher Linie und in welchem Grade jemand mit dem einen Ehegatten verwandt ist, in eben der Linie und in eben dem Grade ist er mit dem andern Ehegatten verschwägert“ (ABGB 2000, S. 17).*
- > § 42 *„Unter dem Namen Eltern werden in der Regel ohne Unterschied des Grades alle Verwandte in der aufsteigenden; und unter dem Namen Kinder alle Verwandte in der absteigenden Linie begriffen“ (ABGB 2000, S. 17).*

1.3.2.2 Die biologische Familiendefinition

Aus der biologischen Perspektive heraus ist die Familie einerseits eine hierarchische Stufe der biologischen Systematik, welche meist als Gattungen bezeichnet werden. Bezogen auf die Verhaltensbiologie meint Familie andererseits eine Gruppe von Menschen, deren Mitglieder sich durch die Blutsverwandtschaft definieren (vgl. Dunkake 2010, S. 47). Vereinfacht dargestellt bezeichnet die biologische Familiendefinition genetisch-biologische Geflechte von Menschen (vgl. Hanson 2005, S. 6).

1.3.2.3 Die psychologische Familiendefinition

Die psychologisch-pädagogische Familienforschung siedelt Beziehungen auf einer Zwischenebene zwischen Individuum und der Familie als Ganzes an. So wie Individuen durch Persönlichkeitsmerkmale beschrieben werden können, so lassen sich auch für Zwei- oder Mehrpersonen-Beziehungen bestimmte Merkmale finden, wie zB ihr Zusammenhalt oder ihre emotionale Nähe. Hier bezieht sich Gloger-Tippelt auf Hinde 1993, welcher sagt, dass die wichtigsten Merkmale von Beziehungen in ihrer Reziprozität (gegenseitig begünstigend) oder Komplementarität (sich ergänzend), das Machtverhältnis der Personen und der Grad an Intimität, sind. Des Weiteren zeichnen sich Beziehungen durch ihre besondere Beziehungsgeschichte aus, bei welcher beide Partner wechselseitig beteiligt sind (vgl. Gloger-Tippelt 2007, S. 157).

1.3.2.4 Die subjektive Familiendefinition

Der Soziologe Hans Bertram räumt bei seinem Modell des Familiennetzes die gelebte Beziehung zwischen den Menschen einerseits wie auch deren subjektive Wahrnehmung von Familie andererseits in den Mittelpunkt. Die von ihm beschriebene Beziehung ist nicht ohne Weiteres von außen als solche zu identifizieren, da sie auf subjektiven Wahrnehmungen und Empfindungen beruht und kann somit vom traditionellen „Familienbild“ abweichen. Das beinhaltet auch, dass Menschen nicht – oder nicht mehr – als zur Familie gehörig empfunden werden, obwohl sie biologisch mit Familienmitgliedern verwandt sind. Im Weiteren können Familienmitglieder aus der gleichen Familie voneinander abweichende Vorstellungen haben, wer zu ihrer Familie gehört und wer nicht (vgl. Nöldgen 2006, S. 12–13).

1.3.2.5 Schlussfolgerung zu Familiendefinitionen

Durch die sich in vielerlei unterscheidenden Ansichten der Familienbegrifflichkeit soll die Definition nach Klaus A. Schneewind, Psychologe mit dem Schwerpunkt der Familienpsychologie, eine Orientierung bieten. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Familien Varianten intimer Beziehungssysteme sind, welche sich durch folgende vier Kriterien von anderen Beziehungssystemen (zB Beruf, Sport) unterscheiden:

- > Abgrenzung: zwei oder mehrere Personen gestalten ihr Leben raumzeitlich abgehoben von anderen nach bestimmten Regeln

- > Privatheit: umgrenzter Lebensraum (zB Wohnung) mit wechselseitigem Verhaltensaustausch
- > Dauerhaftigkeit: längerfristige Gemeinsamkeit als Resultat von Bedingungen, Verpflichtungen und Zielen
- > Nähe: Realisierung von physischer, geistiger und emotionaler Intimität (vgl. Dettenborn, Walter 2002, S. 19)

1.4 Familienkonzept – die Systemtheorie

1.4.1 Der Systembegriff

Die Systemtheorie findet ihren Ursprung in der Biologie. Um die komplexe Vielfalt des Lebens wissenschaftlich beschreiben zu können, suchte die Biologie eine Möglichkeit der Vernetzung von Einzelphänomenen, weswegen der Zoophysiologe Ludwig von Bertalanffy um 1950 eine allgemeine Systemtheorie entwickelte. Die fundamentale Aussage dieser Theorie bezog sich auf „*Ganzheit der Menge von Elementen und deren Relationen zueinander*“, womit dargestellt werden sollte, dass diese Ganzheiten mehr sind als die Summe ihrer Einzelteile (vgl. Tiedemann 2008, S. 4).

Für die Begrifflichkeit des Systems sind drei Kriterien von wesentlicher Bedeutung:

- > Ein System ist immer etwas Zusammengesetztes: Ein System kann niemals nur aus einem einzigen Element bestehen und somit werden auch keine Einzelphänomene untersucht, bzw. wird nach diesem Denken auch nicht zugestanden, dass solche existieren, da davon ausgegangen wird, dass nichts für sich alleine steht.
- > Zwischen den Elementen, aus welchen ein System besteht, gibt es Wechselwirkungen: Die Elemente eines Systems sind nicht einfach nebeneinander bestehend, sondern sind in vielfältigen Relationen aufeinander bezogen. Das System als Ganzes wird somit als Produkt all dieser Wechselwirkungen der einzelnen Elemente angesehen.

- > Dort, wo solche Wechselbeziehungen nicht existieren endet der Systemzusammenhang und hier beginnt die so bezeichnete „Umwelt“: Aus dieser Sichtweise zerfällt die Welt in zwei Anteile – in jenen, welcher das jeweilige System bildet, und den anderen, welcher die gesamte Welt außerhalb des Systems darstellt – die Umwelt (vgl. Becker, Reinhardt-Becker 2001, S. 21).

1.4.2 Die Familie als System

Bezieht man die Systemperspektive auf die Familie, so gilt auch hier der Ansatz, dass das Familiensystem größer und auch anders ist als die Summe seiner Ganzheit, wobei dieses System als organisiertes Ganzes gesehen wird, in dem die Individuen voneinander abhängig und interaktiv sind. Im Verlauf entwickelt diese Einheit Funktionen, um Stabilität und Gleichgewicht zu erhalten. Gleichzeitig verändert sie sich als Reaktion auf Stress und Spannungen (vgl. Hanson, Kaakinen 2005, S. 79).

Bei dieser Anschauung wird jedes Familienmitglied gleichzeitig als ein System in sich auf der einen Seite sowie als ein Subsystem einer Familieneinheit auf der anderen Seite gesehen, welche wiederum einen Anteil eines größeren Systems darstellt, wie zB an der Nachbarschaft oder an der Gemeinde (vgl. Handel, 2003, S. 4). Friedemann beschreibt das Familiensystem folgendermaßen:

„Die Familie ist ein System, das von seinen Mitgliedern geschaffen, organisiert, erhalten und angepasst wird. Es dient den Familienmitgliedern, ihre Angst zu bekämpfen und Kongruenz zu erreichen. Die Familie ist ein System mit einer eigenen Organisation, das auf seine Weise Kongruenz mit der Umwelt anstrebt. Der grundlegende Prozess der Familie ist die Erhaltung und Transformation der Kultur. Kultur wird als die Gesamtheit der Lebensmuster bezeichnet, die sich eine Bevölkerungsgruppe angeeignet hat und durch die sich eine Gruppe von anderen Gruppen unterscheidet. Als Lebensprozess ist Kultur dynamisch und wird sowohl in Systemen der Umwelt als auch in der Familie gelebt.“ (Friedemann 1996, S. 33)

1.4.3 Verschiebungen im Versorgungssystem Familie

Vor der Industrialisierung hatte die Familie, welche oft als Großfamilie fungierte, die Aufgaben der Unterkunftsdarbietung, Ernährung, Fortpflanzung, Unterstützung und

sozialer Vernetzung. Im heutigen Verständnis stellt sich die Familie weit komplexer dar und wird zudem durch verschiedene Systeme in der Umwelt beeinflusst (Friedemann 1996, S. 30).

Durch die vielseitige Verbindung mit Systemen und Menschen außerhalb der eigentlichen Familie verlaufen Tätigkeiten wie Kindererziehung, Körperpflege, Beschaffung und Einteilung nötiger Ressourcen im wechselseitigen Austausch mit diesen. Die zunehmende Bedeutung der Zusammenarbeit von Familiensystemen mit ihren umgebenden Systemen wird so deutlich (Friedemann 1996, S. 31).

Wenn im Verlauf der professionell pflegerischen Betreuung nicht nur das Individuum selbst, sondern auch sein umgebendes Familiensystem miteinbezogen wird, so verlagert sich der Pflegeansatz auf eine höhere Systemebene. Dadurch wird anerkannt, dass die Familie die wichtigste Vernetzung für die Betroffenen bedeutet, da sie eine wichtige Ressource zur Systemerhaltung des „erkrankten“ Familienmitgliedes darstellt (Friedemann 1996, S. 53).

1.5 Familie und soziale Beziehungen im Alter

1.5.1 Definition „Alter“

Um zunächst einen allgemeinen Eindruck über die Altersdifferenzierung zu erlangen, soll die in Butz (2003) herangezogene Definition der WHO dienen – hier wird eine Einteilung dazu wie folgt vorgenommen:

- > 50 – 59 Jahre: alternder Mensch
- > 60 – 64 Jahre: älterer Mensch
- > 65 – 74 Jahre: wesentlicher Einschnitt in der Regressionsphase
- > 75 – 89 Jahre: alter Mensch
- > 90 – 99 Jahre: sehr alter Mensch
- > 100 – 115 Jahre: Langlebiger (vgl. Walter, Flick et al. 2006, S. 40)

Filipp und Mayer (1999) betonen, dass das Alter nicht nur auf rein physiologischer und psychologischer Ebene gesehen und definiert werden darf, sondern es soll auch der sozialen Komponente Beachtung geschenkt werden. Vergleichsweise war das Altern bis ins frühe 20. Jahrhundert vorwiegend mit „Gebrechlichkeit“ gleichgesetzt und wurde vor allem über die Biologie beschrieben. Heute ist zu beachten, dass dieser Vorgang gesellschaftlich bedingt und veränderbar ist (vgl. Walter, Flick et al. 2006, S. 40).

Speziell in Bezug auf die Übersiedlung in eine Langzeiteinrichtung soll noch die Begrifflichkeit des „sozialen Alterns“ angemerkt werden. Dieses beschreibt den Prozess, welcher sich im gesellschaftlichen Leben vollzieht, wobei es zu veränderten sozialen Rollen und Positionen kommt. Darunter können exemplarisch genannt neue Aufgaben stehen wie etwa das Übernehmen ehrenamtlicher Arbeiten, die Aufnahme familiärer Angelegenheiten als Großeltern oder pflegende Angehörige (vgl. Walter, Flick et al. 2006, S. 42).

Rudinger und Kruse haben 2000 eine Studie über die Altersbilder der Bevölkerung durchgeführt und in deren Verlauf vier zentrale Kategorien ermitteln können, welche das Alter in unserer Gesellschaft charakterisieren sollen – diese seien kurz vorgestellt:

- > Gewinne und Chancen im Alter: Gewinne in Bezug auf seelische und geistige Möglichkeiten der Weiterentwicklung sowie die Chancen zu einer selbstverantwortlichen und erfüllten Lebensführung.
- > Verluste und Risiken im Alter: Diese sind in Bezug auf die Abnahme von körperlichen sowie seelisch-geistigen Leistungsfähigkeiten und der erhöhten Wahrscheinlichkeit von Erkrankung und sozialer Verluste zu sehen.
- > Gesellschaftliche Anforderungen durch das Alter: Es besteht die Annahme, dass neue Anforderungen an Familien/Nachbarschaft und Kommunen durch die zunehmende Anzahl alter Menschen gestellt werden.
- > Gesellschaftliche Abwertung des Alters: Dies spiegelt die Annahme wider, dass alte Menschen den gesellschaftlichen Fortschritt eher behindern als fördern würden. Alte Menschen werden folglich mehr als Belastung anstatt als Anreicherung für die Gesellschaft empfunden, was zu einem Generationenkonflikt führen kann (Kruse 2003 in Walter, Flick et al. 2006, S. 45–46).

Umso mehr scheint der alternde Mensch gefordert, aktiv sein soziales Netzwerk aufzubauen, zu pflegen und zu erhalten. Im Folgenden soll dessen Wichtigkeit erklärt werden.

1.5.2 Familie und soziale Netzwerke im Alter

Durch die Familie werden grundlegende Verhaltensweisen, Traditionen und Werte jedem Einzelnen von uns mitgegeben – sie stellt eine Instanz dar, welche uns von Beginn an prägt. Die Familie bietet auch eine wichtige Rückzugsmöglichkeit – besonders in Zeiten, in welchen sich ein Individuum überfordert fühlt und auf die Stabilisierungsfunktionen der vertrauten Einheit zurückgreift (vgl. Handel, 2003, S. 5).

Somit wird nachvollziehbar, dass die Familie für Kinder, für Erwachsene wie auch für alte pflegebedürftige Menschen einen wichtigen einflussnehmenden Anteil am Leben darstellt. Erkrankt eine ältere Person, so trifft dies nicht sie alleine, sondern gleichzeitig auch die mit ihr verbundenen Personen ihres nahen Bezugssystems (vgl. Handel, 2003, S. 5). An diesem Punkt ist anzumerken, dass das soziale Netzwerk einen wichtigen schützenden Faktor zur Erhaltung von Gesundheit und zur Bewältigung psychischer und physischer Probleme mit sich bringt. House et al. (1988) stellen unter Betrachtung des im Alter häufig auftretenden Phänomens der sozialen Isolation fest, dass diese einen wesentlichen Risikofaktor für Mortalität verschiedener Ursachen birgt. Rook (1984) merkt an, dass wenn die positive soziale Unterstützung wegbleibt und ältere Personen negative soziale Interaktionen erfahren, dies auch das psychische Wohlbefinden reduziert (vgl. Forstmeier et al. 2005, S. 242–243).

So wird deutlich, dass ein alter Mensch, gesund oder pflegebedürftig, ein Unterstützungssystem braucht, um so lange wie möglich in seiner gewohnten Umgebung bleiben zu können, bzw. umso mehr, wenn er sein Daheim in einer Institution gefunden hat oder finden wird (vgl. Handel, 2003, S. 5).

1.5.3 Sozialkontakte im Alter

Die Größe des sozialen Netzwerkes nimmt häufig mit fortschreitendem Lebensalter ab, wobei Forschungen ergeben haben, dass ältere Menschen auch mit diesem verkleinerten Netzwerk zufrieden sein können. Während sich die Kontakthäufigkeit mit Freunden

und Bekannten oftmals verringert, nimmt jene mit Ehepartnern und Geschwistern eher zu (vgl. Forstmeier et al. 2005, S. 243). Bei sozialen Interaktionen wird meist die Qualität dieser Kontakte als bedeutend wichtiger als die Anzahl dergleichen gesehen.

House et al. (1988) ergänzen jedoch, dass innerhalb von Pflegeheimen die Größe des sozialen Netzwerkes durchaus eine Rolle spielt – und zwar gesundheitlicher Natur. Beschrieben wird hier, dass eine geringe Anzahl sozialer Beziehungen mit einem erhöhten Sterberisiko assoziiert wird. Holtzmann et al. (2004) erweitern dies mit der Aussage, dass sich die kognitiven Leistungen im Alter umso langsamer verschlechtern, je größer das soziale Netzwerk gestaltet ist (vgl. Forstmeier et al. 2005, S. 243).

Abgesehen von der Debatte um die Wichtigkeit der Quantität von Sozialkontakten im Alter ist anzumerken, dass sich die Qualität im Vergleich zum sozialen Netzwerk in jüngeren Jahren definitiv unterscheidet. So sollte dieses im Alter unter anderem Hilfs- und Unterstützungsfunktionen zur Bewältigung individueller altersbedingter Belastungen darstellen sowie zum Erhalt des subjektiven Wohlbefindens beitragen (vgl. Dannenbeck 1995, S. 127).

1.5.4 Vereinsamung und soziale Isolation

Zusätzlich zu physischen und psychischen Veränderungen im Gesundheitszustand, welche oftmals das Aufrechterhalten von Sozialkontakten erschweren, kommt noch hinzu, dass auch durch die Zunahme an Lebensjahren das Risiko steigt, nahe stehende Personen durch Tod zu verlieren, wodurch sich das soziale Netzwerk weiter verkleinert. Weiters besteht die Annahme, dass durch die Zunahme kinderloser Ehen, die verringerte Anzahl von Familien mit mehreren Kindern sowie die ansteigende Bedeutung singulärer Lebensformen zusätzliche Belastungen auf die sozialen Beziehungen im Alter zukommen (vgl. Dannenbeck 1995, S. 127–128).

Die im Alter häufig auftretende soziale Isolation wird nicht nur durch die Größe und Dichte der Sozialkontakte bestimmt, vielmehr wirken sich eine Reihe altersspezifischer Risiken darauf aus. Neben dem Umfang und der Qualität gesellschaftlicher Beziehungen nehmen auch spezifische Stressfaktoren und gesundheitlich bedingte Einschränkungen Einfluss auf das soziale Netzwerk (vgl. Dannenbeck 1995, S. 131). Die Pflege-diagnose „Soziale Isolation“ lautet wie folgt:

- > „Ein Zustand des Alleinseins, den ein Patient als von anderen verursacht empfindet und negativ und bedrohlich erlebt.“ (Stefan, Allmer, Eberl et al. 2003, S. 348)

Mögliche Ursachen der „Sozialen Isolation“ sind unter anderem:

- > Veränderung im Geisteszustand
- > Unfähigkeit, zufriedenstellende soziale Beziehungen einzugehen
- > unzureichende persönliche Ressourcen
- > Veränderungen der äußeren Erscheinung, körperliche Veränderungen
- > veränderter Zustand des Wohlbefindens
- > Mangel an Interesse (vgl. Stefan, Allmer, Eberl et al. 2003, S. 348)

1.5.5 Kurzvorstellung der CARMA-Studie: Alt und ausgegrenzt

CARMA – Care for the Aged at Risk of Marginalization

In fünf Ländern (Belgien, Deutschland, Italien, Nordirland und Österreich) wurden unter anderem die Art und Häufigkeit von Sozialkontakten älterer pflegebedürftiger Personen sowie die subjektiv empfundene Einsamkeit und Gefühle der Niedergeschlagenheit und Traurigkeit erhoben.

1.5.5.1 Allgemeine Ergebnisse

Im Verlauf der Erhebung wurde berichtet, dass in der österreichischen, deutschen und italienischen Stichprobe ein hoher Prozentsatz der pflegebedürftigen Personen war, welche nicht bei ihren Angehörigen leben, nur selten Kontakt zu ihren Verwandten haben, bzw. kommt es auch häufig vor, dass es keine Angehörigen gibt. Etwa 40 % der älteren Menschen in den genannten Ländern gaben an, mehrmals pro Woche Kontakt zu nahen Verwandten zu haben – in Nordirland beläuft sich die Zahl auf 55 % und in Belgien auf 74 %. In Belgien hat sich dabei gezeigt, dass verglichen zu Österreich, Deutschland oder Italien viel Unterstützung seitens der Familien besteht. In Österreich lebende ältere Menschen haben eher dann verstärkten Kontakt zu ihren Kindern, wenn sie im gleichen Haus mit ihnen leben.

1.5.5.2 Ergebnisse der österreichischen Population

Im Verlauf der Studie hat sich herausgestellt, dass es in Österreich eine so genannte „Zweiteilung der Population“ von Pflegebedürftigen zu geben scheint: Entweder leben

die pflegebedürftigen Personen mit ihren Kindern unter einem Dach, wodurch es ihnen ermöglicht wird, auch mit einem intensiven Betreuungsbedarf zu Hause leben zu können; oder aber sie leben alleine und müssen in dementsprechender physischer und psychischer Konstitution sein, um sich jeweilige Hilfeleistungen selbst zu organisieren. Wer jedoch weder Angehörige zur Unterstützung heranziehen kann noch selbst in der Lage ist, sich die nötige Betreuung zu organisieren, dem bleibt oftmals nur die Erwägung einer Institutionalisierung als Auswegmöglichkeit. Speziell Österreich trat mit dem Ergebnis hervor, dass ältere Personen besonders selten Kontakt zu Freunden oder Nachbarn hatten – nur 13,3 % berichteten von täglichen Kontakten, während sich dieser Bereich in den anderen vier Ländern zwischen 43 und 54 % einpendelte.

Im Negativen stark ausgeprägt bei den ÖsterreicherInnen waren Gefühle von Einsamkeit, Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit während der vergangenen Monate – etwa 11 % teilten mit, „die meiste Zeit“ darunter zu leiden und rund 7 % „die ganze Zeit“. An diesem Punkt jedoch wichtig anzumerken ist, dass sich ältere Menschen durchaus auch mit häufigen Kontakten alleine fühlen können. Dies ist als ein Verweis auf die oftmals auftretenden psychischen Probleme im Alter zu sehen, dennoch sind in Österreich nur ca. 20 % der Befragten in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung.

1.5.5.3 Sozialkontakte älterer Menschen in Österreich deutlich geringer

Besonders gefährdet von sozialer Desintegration sind alleinlebende Pflegebedürftige, welche nur selten Kontakt zu Verwandten oder Freunden erfahren – bei der österreichischen Population betrugen diese etwa ein Drittel der Alleinlebenden, was verglichen mit den anderen Ländern ein sehr hoher Anteil ist. Diese Personengruppe stellt folglich auch eine dementsprechende Herausforderung für die professionelle Versorgung dar.

Als weiterer Risikofaktor für soziale Desintegration gilt geringes Einkommen (unter 25 % des Median-Einkommens) und die subjektiv empfundene Belastung auf Grund hoher Kosten bei Pflegebedürftigkeit (vgl. Lechner, 2006).

1.5.6 Sozial „wichtig-sein“

Um der sozialen Isolation entgegenzuwirken ist es wichtig zu beachten, dass das Engagement für die Gesellschaft und das Einbringen eigener Kompetenzen auch im Alter einen hohen Stellenwert haben. Neben der Gesunderhaltung ist auch das von Willi so

genannte „Beantwortet-Werden der eigenen Person im Wirken“ ein wesentlicher Aspekt, um die psychischen Grundfunktionen zu stärken (vgl. Boothe, Ugolini 2005, S. 9). Soziale Verantwortung übernehmen zu können wird im Positiven mit Hilfeleistung und Empathie verbunden – mit dem Erwachsen-Werden nimmt sie zunächst zu und im hohen Lebensalter wieder ab (vgl. Forstmeier et al. 2005, S. 241). So sollte jede Person individuell auf die eigenen Möglichkeiten und das eigene Wohlbefinden abgestimmt herausfinden, welche Möglichkeiten ihr offen stehen. Seien dies ehrenamtliche Besuchsdienste bei gemeinnützigen Organisationen, familiäre Aufgaben oder das Vorlesen von Geschichten für MitbewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen.

2 Zu Hause ist, wo man sich zu Hause fühlt

*„Nicht da ist man daheim, wo man seinen Wohnsitz hat,
sondern wo man verstanden wird.“*

(Christian O. J. W. Morgenstern, deutscher Dichter 1871–1914)

Vertraute Situationen, Menschen und Orte können uns das Gefühl der Sicherheit geben, während jegliches Neue häufig mit Bedenken, Unmut oder gar Angst erwartet wird. Das eigene „Zuhause“ die vertraute Umgebung, verschafft vielen Menschen eine Rückzugsmöglichkeit, das Gefühl von Geborgenheit und Schutz – es stellt etwas Bekanntes dar und man findet sich in ihm zurecht. Von außen kann ein so bezeichnetes „Daheim“ auch auf Unverständnis stoßen, doch nur deren BewohnerInnen wissen, weshalb sie sich genau so wohlfühlen.

Eben dieser Ansatz soll hier folglich vertieft werden, denn es stellt sich die Frage, wodurch ein „Daheimgefühl“, ein „ich bin angekommen“ erwirkt werden kann. Speziell für eine anstehende Institutionalisierung befinden es zukünftige BewohnerInnen häufig als schwierig, sich auf diese neue, anderswertige Wohnsituation einzustellen bzw. sich darauf vorzubereiten. Eine Möglichkeit bieten zum Teil persönliche Gegenstände, welche in begrenztem Ausmaß mitgenommen werden können, jedoch wird vermutlich zunächst die unbekannte Umgebung die „Wirkung“ eigener Utensilien untergraben.

Um sich gegenwärtig an die Komplexität des „Zuhause Seins“ oder auch des „Daheimgefühls“ zu nähern, soll vorab die Definitionen des „Zuhause“, des „Daheims“ geklärt werden, um daran anschließend zu versuchen, auf subjektive und individuelle Befindlichkeiten zu schließen.

2.1 Das Zuhause – seine Abwandlungen und Bedeutungen

2.1.1 Allgemeine Definitionen

- > Zuhause: Bezeichnet eine Wohnung, in der jemand zu Hause ist und sich dort wohl fühlt.
- > Daheim: Bezeichnet eine Bleibe, das Elternhaus, ein Heim, den Wohnsitz – die eigenen vier Wände.
- > Heimat: Bezeichnet das Land, den Landesteil oder den Ort, in welchem ein Mensch geboren und aufgewachsen ist – diese Definition wird auch angewandt, um eine gefühlsbetonte Stimmung hinzuzufügen (vgl. www.duden.de).

2.2 Der Heimatbegriff und seine Verwurzelungen

2.2.1 Der Ursprung des Heimatbegriffs

Heutzutage wird der Heimatbegriff häufig in Verbindung mit emotionaler Ortsgebundenheit verwendet, während dieser im ursprünglichen Sinne nicht im Geringsten mit dem Gefühlsleben bedeutsam war. Zur germanischen Zeit war mit „Heimat“ lediglich der väterlich ererbte Besitz gemeint, eine Beschreibung, welche sich in schweizerdeutschen, bairischen und österreichischen Dialekten bis heute wiederfindet (Kampfhammer G. [1966], Greverus I. [1979] in Adler 1991, S. 22). Ausgehend von der Sprache im Mittelalter wurde mit dem damaligen Begriff „heimōt“ primär eine Sachbezeichnung kundgetan. Durch ihn sprach man von einem Grundbesitz, einem „Anwesen“ – einer Heimstatt. Als zur damaligen Zeit lange Sesshaftigkeiten Usus waren, wurde somit auch der Geburtsort der nächsten Generation so bezeichnet (vgl. Heller H. 2006, S. 261).

2.2.2 Auszug des Heimatrechtsgesetzes 1863

Im Jahr 1859 wurde erstmals die Begrifflichkeit des „Heimatsrechts“ im Gemeindegesetz verwendet, welches schließlich 1863 wie folgt beschrieben wurde:

„...Im Heimatrechtsgesetz wird die Gemeinde als zuständig für die Führung einer Matrikel der Mitglieder (Heimatrolle) und die Ausstellung von Heimatscheinen erklärt... Mit dem Heimatrecht ist das Recht auf ungestörten Aufenthalt in der Heimatgemeinde und eine Armenversorgung verbunden. Das Heimatrecht kann einem/r Staatsbürger/in nur in einer Gemeinde zustehen und durch Geburt, Verehelichung, Aufnahme in den Heimatverband und ein öffentliches Amt erlangt werden... Eheliche Kinder erlangen das Heimatrecht in jener Gemeinde, in welcher der Vater zur Zeit ihrer Geburt heimatberechtigt war, uneheliche Kinder sind in der Gemeinde heimatberechtigt, in der die Mutter zur Zeit der Entbindung das Heimatrecht besitzt. Frauen erlangen durch die Verehelichung das Heimatrecht in der Gemeinde, in welcher der Ehegatte heimatberechtigt ist.“ (auf: www.demokratiezentrum.org)

So erlangte der Begriff der „Heimat“ durch das Heimatgesetz einen juristischen Terminus, wodurch jede Person eine ursprüngliche, eine erworbene oder eine angewiesene Heimat mit den damit verbundenen, genannten Rechten hatte (Adler 1991, S. 23). Auf dieser Grundlage wurde schließlich 1867 erstmalig vom Staatsgrundgesetz, welches die Anliegen und Fragen rund um die Staatsbürgerschaft regelte, gesprochen (auf: www.demokratiezentrum.org).

2.3 „Heimat“ heutzutage

Im heutigen allgemeinen Sprachgebrauch wird der Heimatbegriff zunächst auf den Ort bezogen, in welchen ein Mensch hineingeboren wird. Hier finden die frühen Sozialisationserlebnisse statt und auch die Identität, der Charakter sowie die Mentalität und Einstellungen über die Weltauffassung werden hier im Laufe des Lebens geprägt (Brockhaus [1989, Bd. 9] in Heller B. 2006, S. 292).

Eine Grundannahme aus der Soziologie meint jedoch, dass Heimat weniger in einer Raumbezogenheit zu verstehen ist, sondern vielmehr in den sozialen Beziehungen von Individuen verkörpert sei. So kam auch Wilhelm Brepohl, deutscher Soziologe und

Volkskundler (1893–1975), in den 50er Jahren zu dem Schluss, dass der Heimatbegriff als ein „zwischenmenschlicher Zusammenhang“, als ein „moralischer Begriff“ – eben als ein „Gefüge von Lebensregeln, die der Mensch durch Erziehung und Anpassung mitbekommt bzw. sich erarbeitet“ – zu verstehen ist. Im Weiteren wird „Heimat“ durch den Einfluss der Industriegesellschaft nicht als „Zustand“ angesehen, sondern als ein „Prozess“, in welchem das Individuum laufend Anpassungsleistungen an die sich verändernden Umweltverhältnisse zu erarbeiten hat (vgl. Heumos 2001, S. 9).

2.3.1 Die Heimat und vertraute Gegebenheiten

Wenn man zunächst wieder von „Heimat“ im räumlichen Sinn ausgeht, von einer örtlichen Umgebung, in welche man hineingeboren wird, so ist anzumerken, dass diese Heimat auch über ihre Sitten und Gegebenheiten von einem Individuum definiert wird. Diese Gewohnheiten wie auch Gesellschaftsformen schaffen Vertrauen, da sie einem geläufig sind und der Umgang mit ihnen bekannt ist. Durch unterschiedlichste kulturelle Bereiche – wie beispielhaft angeführt: Handwerk, Kunst, Brauchtum und verschiedenste Gemeinschafts- und Gesellschaftsbeziehungen – wie auch durch Sprache, Bilder, Sagen, Mythen, Traditionen, typische Verhaltensweisen und Vorstellungen werden Identitäten der Menschen geprägt (vgl. Pernthaler 2007, S. 128).

Das Gefühl von Heimat und Zugehörigkeit zu einer Heimat erfüllt wichtige menschliche Grundbedürfnisse, wie zB Gemeinschaft, Schutz, Geborgenheit und Sicherheit. Jean Améry, österreichischer Schriftsteller (1912–1978), beschrieb seine Empfindung in der Zeit seines Exils wie folgt:

„...Heimat ist Sicherheit, sage ich. In der Heimat beherrschen wir souverän die Dialektik von Kennen-Erkennen, von Trauen-Vertrauen: Da wir sie kennen, erkennen wir sie und getrauen uns zu sprechen und zu handeln, weil wir in unserer Kenntnis-Erkenntnis begründetes Vertrauen haben dürfen... Sicher aber fühlt man sich dort, wo nichts Ungefährs zu erwarten, nichts ganz und gar Fremdes zu fürchten ist. In der Heimat leben heißt, dass sich vor uns das schon Bekannte in geringfügigen Varianten wieder und wieder ereignet... Hat man aber keine Heimat, verfällt man der Ordnungslosigkeit, Verstörung, Zerfahrenheit.“ (in Nuscheler 2004, S. 45)

2.3.2 Das individuelle Heimatgefühl – Möglichkeiten einer Beschreibung

Durch den beständigen Wandel, welchem der Heimatsbegriff unterzogen ist zeigt sich, dass dieser von Raum und Herkunft abgelöst werden kann – das Individuum kann sich somit „seine Heimat“ selbst gestalten, wie zB auch eine „geistige Heimat“ (vgl. Christmann 2004, S. 35). Weiters wird durch das „Mobil-Sein“ der Gesellschaft die Begrifflichkeit angepasst, um der Bedeutung für die Lebensqualität des Einzelnen gerecht zu werden. Die Unübersichtlichkeit, die Unsicherheit und die Ungeborgenheit durch die Entgrenzung in der Globalisierung stehen der wachsenden Wertschätzung von räumlicher, gesellschaftlicher und kultureller Zugehörigkeit des Menschen gegenüber (vgl. Pernthaler 2007, S. 129).

Pernthaler merkt auch an, dass speziell durch den Verlust einer Heimat auf Grund von Flucht, Exil oder freiwilliger Auswanderung Bewusstsein über deren Wert geschaffen wird. So muss schließlich im Weiteren, häufig erst über Generationen hinweg, eine neue Heimat gefunden werden, um das Fremd-Sein in der neuen Umgebung ablegen zu können (vgl. Pernthaler 2007, S. 129).

So wird deutlich, dass Heimat heutzutage weder angeboren noch ein einmalig entstandener und dauerhafter Zustand ist. Auch ist es kein Gefühl, welches „automatisch“ in einer Umgebung erworben wird, sondern eher ein Aspekt von Lebensqualität im Sinne von Wohlgefallen in der Umgebung. Der Begriff kann unter anderem über den Weg des „Vertrauens“ und des „Vertraut-Seins“ umschrieben werden sowie auch durch die Verinnerlichung gesellschaftlicher Gepflogenheiten.

2.4 Wenn die Heimat fehlt...

Unabhängig davon, ob die Heimat willentlich oder unwillentlich verlassen wurde, kann das Gefühl von Heimweh entstehen. Assmann (1988) meint, dass diese Sehnsucht nach der Heimat in erster Linie soziale Beziehungen bzw. die individuellen Erinnerungen daran betreffen. Löw (2001) ergänzt, dass beim Zurückerinnern das Denken stets in Verbindung mit Zeit und Raum stattfindet. Das bedeutet, dass dieses Zurückschauen auf ersehntes Vergangenes meist in Bezug auf Güter, Lebewesen und Orte, mit welchen es in Verbindung gebracht wird, parallel verläuft (in Dietzel-Papakyriakou 2004, S. 30).

2.4.1 Das Heimweh und seine Bedeutung

Die frühesten Hinweise über die erstmalige Erwähnung des Wortes „Heimweh“ führen in die Schweiz um 1569, wo der Schweizer Staatsmann Ludwig Pfyffer an den Luzerner Rat schrieb: „...der Sunnenberg gestorben von heimwe...“. Das Heimweh galt damals als tödliche Krankheit und wurde 1688 vom Basler Mediziner Hofer wissenschaftlich in seiner „Dissertatio de Nostalgia“ beforscht, wo er anmerkt, dass die Erkrankung durch rein psychische Faktoren entsteht. Hofer interpretierte Heimweh als eine Reaktion auf die Loslösung des Menschen aus seiner gewohnten Umwelt „...sie können sich an keine fremden Sitten und Lebensarten gewöhnen, noch der mütterlichen Pflege vergessen...“ (Segesser [1880], Hofer [1688] in Greverus 1979, S. 106–107).

Zwingmann beschreibt dieses Phänomen in den 1960er Jahren vergleichsweise als eine „symbolische Rückkehr zu oder Vergegenwärtigung von solchen Ereignissen (Objekten) des Erlebnisraumes, die den größten Satisfaktionsfaktor bieten“. Er unterteilt dabei die beeinflussenden Kriterien in exogene und endogene:

- > exogener Faktor: geophysische Raumveränderungen (Trennung von Familie/Umgebung/Landschaft/Sitten und Bräuche)
- > endogener Faktor: zeitliche Veränderungen (zeitliche und biologische Trennung – im Speziellen die „verlorene Zeit“ bei alternden Menschen). (Zwingmann [1961, 1962, 1964] in Greverus 1979, S. 110)

2.4.2 Das Heimweh bei alten MigrantInnen als möglicher Ansatzpunkt

Davon ausgehend, dass institutionalisierte Menschen häufig vor allem in der Eingewöhnungsphase nach einer Übersiedlung Probleme haben, sich in einer neuen Umgebung zurechtzufinden, soll hier die Situation älterer MigrantInnen eine mögliche gemeinsame Basis zur Veranschaulichung liefern.

Dietzel-Papakyriakou merkt an, dass durch die Suche nach der „verlorenen Zeit“ das Heimwehgefühl bei alternden Menschen verstärkt vorkommt, auch dadurch, dass sie sich grundsätzlich auf ihre frühe Vergangenheit beziehen. Greverus (1979) geht davon aus, dass die Sehnsucht nach der Heimat dann vorkommt, wenn ein/e Migrant/In über

keine „satisfaktionierende Territorialität“ mehr verfügt, was bedeuten würde, dass jedes migrierte Individuum früher oder später an Heimweh leiden könnte (in Dietzel-Papakyriakou 2004, S. 31). Dies würde im übertragenen Sinn schließlich bedeuten, dass Menschen, welche sich im Verlauf ihres Lebens einer Übersiedlung unterzogen haben, für jene Nostalgie prädestiniert wären.

Abgeleitet auf die Situation des „neu“ institutionalisierten Individuums spricht man von Menschen, welche sich in ihrem deutlich fortgeschrittenen Alter in eine neue Umgebung einzuleben haben. Dabei schweifen sie zum einen in ihrer frühen Vergangenheit und zum anderen mussten sie ihre häufig langjährige, individuell angepasste Wohn-Umgebung verlassen. Die Kombination an Belastungen unterstreicht das oftmals äußerst hohe Risiko für die Entstehung von Heimweh.

2.4.3 Verlegungsstress-Syndrom, hohes Risiko

Wenn zunächst davon ausgegangen wird, dass die heutigen älteren Generationen weniger Umzüge im Verlaufe ihres Lebens durchlaufen haben (zB auf Grund von Mehrgenerationen-Haushalten, Grundstückvererbungen, geringere Mobilität) als die jüngeren Nachkommen (zB Arbeitsplatz- oder Studium-bedingt), so könnte man im Weiteren annehmen, dass sich ein im Alter notwendiger Umzug in eine Langzeitinstitution problematischer gestaltet würde. Diesbezüglich soll die Pflegediagnose „Verlegungsstress-Syndrom, hohes Risiko“ herangezogen werden, um mögliche Auswirkungen aufzuzeigen. Stefan et al. beschreiben in Bezug auf die Integrität der Person die Pflegediagnose „Verlegungsstresssyndrom, hohes Risiko“ wie folgt:

„Der Zustand bei dem ein Patient dem Risiko ausgesetzt ist, physiologische und/oder psychosoziale Störungen in Folge der Verlegung von einer Umgebung in eine andere zu erleiden.“ (Stefan, Allmer, Eberl et al. 2003, S. 603)

Zu den im Verlauf einer Institutionalisierung relevanten Risikofaktoren zählen exemplarisch genannt:

- > mäßiges bis hohes Ausmaß an Umgebungsveränderung
- > vorübergehender und/oder dauerhafter Wohnortwechsel
- > freiwilliger/unfreiwilliger Wohnortwechsel
- > Fehlen eines angemessenen Unterstützungssystems

- > Gefühl der Machtlosigkeit (vgl. Stefan, Allmer, Eberl et al. 2003, S. 603)

Ad „mäßiges bis hohes Ausmaß an Umgebungsveränderung“

Eine Übersiedlung in eine Langzeitpflegeinstitution bringt ein hohes Ausmaß an Umgebungsveränderungen mit sich. Ebenso nicht zu unterschätzen ist das oftmals plötzliche Fehlen der eigenen vier Wände mit den vertrauten Räumlichkeiten und ihren individuellen Einrichtungen. Pflegeheime bieten zwar häufig die Möglichkeit, Anteile des eigenen Hab und Guts mitzunehmen, jedoch stellen räumliche Strukturen ihre Grenzen dar.

Ad „vorübergehender und/oder dauerhafter Wohnortwechsel“

Der Umzug in eine Langzeitpflegeinstitution stellt zumeist einen dauerhaften Wohnortwechsel dar. Einige der BewohnerInnen haben zwar zum Teil die Möglichkeit zB auf familiäre Unterstützung im zuvor gewohnten Umfeld zurückzugreifen, doch vorwiegend wird solch ein Aufenthalt, ausgenommen der vorübergehenden Urlaubspflege, über längere Zukunft hinweg geplant.

Ad „freiwilliger/unfreiwilliger Wohnortwechsel“

Eine Übersiedlung in eine Langzeitpflegeinstitution impliziert einen eindeutigen Wohnortwechsel, welcher freiwillig oder unfreiwillig stattfinden kann. Es sei angemerkt, dass sich dieser Ortswechsel oftmals auch auf indirekt freiwilliger Basis zuträgt, indem sich zukünftige HeimbewohnerInnen häufig auf Grund ihres psychischen oder physischen Gesundheitszustandes „dafür entscheiden“ (siehe Kapitel 3). Findet der Umzug folglich auf nicht ganz freiwilliger Basis statt, so wird jene Situation belastender erlebt.

Ad „Fehlen eines angemessenen Unterstützungssystems“

Wie im Kapitel 1.4 „Familie und soziale Beziehungen im Alter“ angesprochen, sind soziale Unterstützungsressourcen, speziell im Alter, sehr wesentlich. Sie können vor sozialer Isolation und dem damit verbundenen erhöhten Risiko der Mortalität schützen. Hat eine Person nicht die Möglichkeit auf solch ein Unterstützungssystem in schwierigen, belastenden Zeiten – wie zB auch im Verlauf einer Institutionalisierung – zurückzugreifen, so könnte eine mögliche Folge die Überforderung des Individuums sein.

Ad „Gefühl der Machtlosigkeit“

Ausgehend von der Situation, dass die Institutionalisierung nicht auf rein freiwilliger Basis passiert, wie zB durch fehlende Unterstützungssysteme bei sich gleichzeitig verschlechterndem Gesundheitszustand, wodurch sich Menschen zu einer Pflegeeinrichtung hin gezwungen fühlen, kann auch das Gefühl der Machtlosigkeit entstehen. Machtlosigkeit gegenüber dem Verlust an Selbstständigkeit, Machtlosigkeit gegenüber dem schlechter werdenden Allgemeinzustand – Machtlosigkeit der eigenen Situation gegenüber.

Um jedoch einen besseren Einblick in die Gefühlswelten der von einer baldigen Institutionalisierung betroffenen Personen zu erlangen, wird an dieser Stelle auf den empirischen Teil verwiesen, in welchem die InterviewpartnerInnen schildern, wie sie die Zeit davor – die Zeit des Abschied-von-zu-Hause-Nehmens – individuell erleben.

3 Die Institutionalisierung – ein Für und Wider?

Eine Institutionalisierung bringt eine Vielzahl an notwendigen Vorkehrungen und organisatorischen Maßnahmen mit sich, schon der Entscheidung dafür geht oftmals ein langer Prozess voran. Nicht allein sind es die einzelnen Handlungsschritte der Vorbereitung für einen Pflegeheimenritt die im Zentrum stehen, sondern häufig geht es vielmehr um die psychische Bereitschaft im höheren Alter eine neue Lebensumgebung zu wählen.

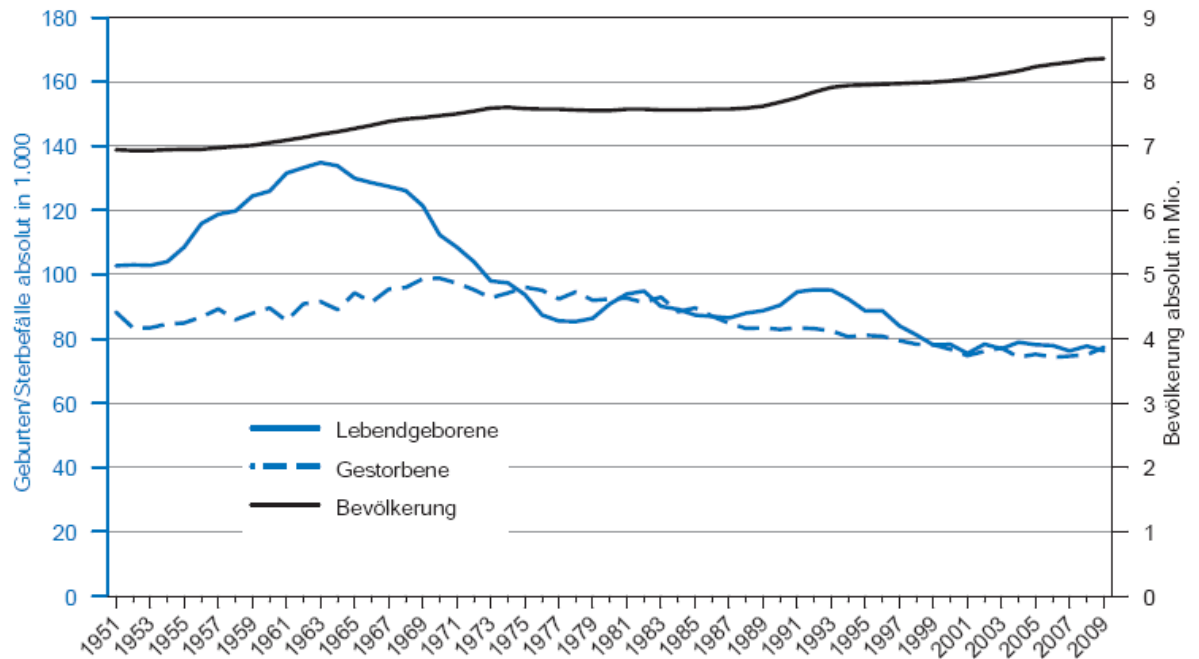
Der Empirie voran soll im Folgenden zunächst die aktuelle Situation der österreichischen Demographie in Bezug auf die geriatrische Bevölkerung als Ausgangspunkt dargestellt werden. Des Weiteren werden vorgehend studienbasierte Ergebnisse über die Beweggründe zukünftiger HeimbewohnerInnen zur Institutionalisierung dargestellt.

3.1 Die Situation in Österreich

3.1.1 Allgemeine demographische Entwicklungen

Der Bevölkerungsstand Österreichs wurde durch die Statistik Austria zuletzt mit dem Bericht „Bevölkerungsstand 1.1.2010“ erhoben und ergab, dass zu genanntem Jahresbeginn 8.375.290 Personen verzeichnet waren. Verglichen zum Vorjahr per 1.1.2009, wo 8.355.260 Einwohner erhoben wurden, zeigt sich ein Zuwachs von 0,2 % (rund 20.000 Personen). In Bezug auf die Bevölkerungsentwicklung ist anzumerken, dass 2009 die Zahl der Lebendgeborenen bei 76.344 lag, immerhin um rund 1,8 % (1.408 Personen) weniger als im Jahr zuvor. Im selbigen Jahr wurden gleichzeitig 77.381 Sterbefälle vermerkt, wodurch sich eine negative Geburtenbilanz von 1.037 Personen ergibt. Die allgemeine Bevölkerungsentwicklung, in Österreich und im Großteil Europas, wird derzeit durch die zunehmende Alterung der Bevölkerung beeinflusst. Diese begründet sich in anhaltenden niedrigen Geburtenraten, wodurch sich folglich stagnierende und abnehmende Einwohnerzahlen ergeben (vgl. Statistik Austria, Bevölkerungsstand 1.1.2010, S. 16–19).

Grafische Darstellung – Lebendgeborene, Gestorbene und Bevölkerung seit 1951:



(Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 27)

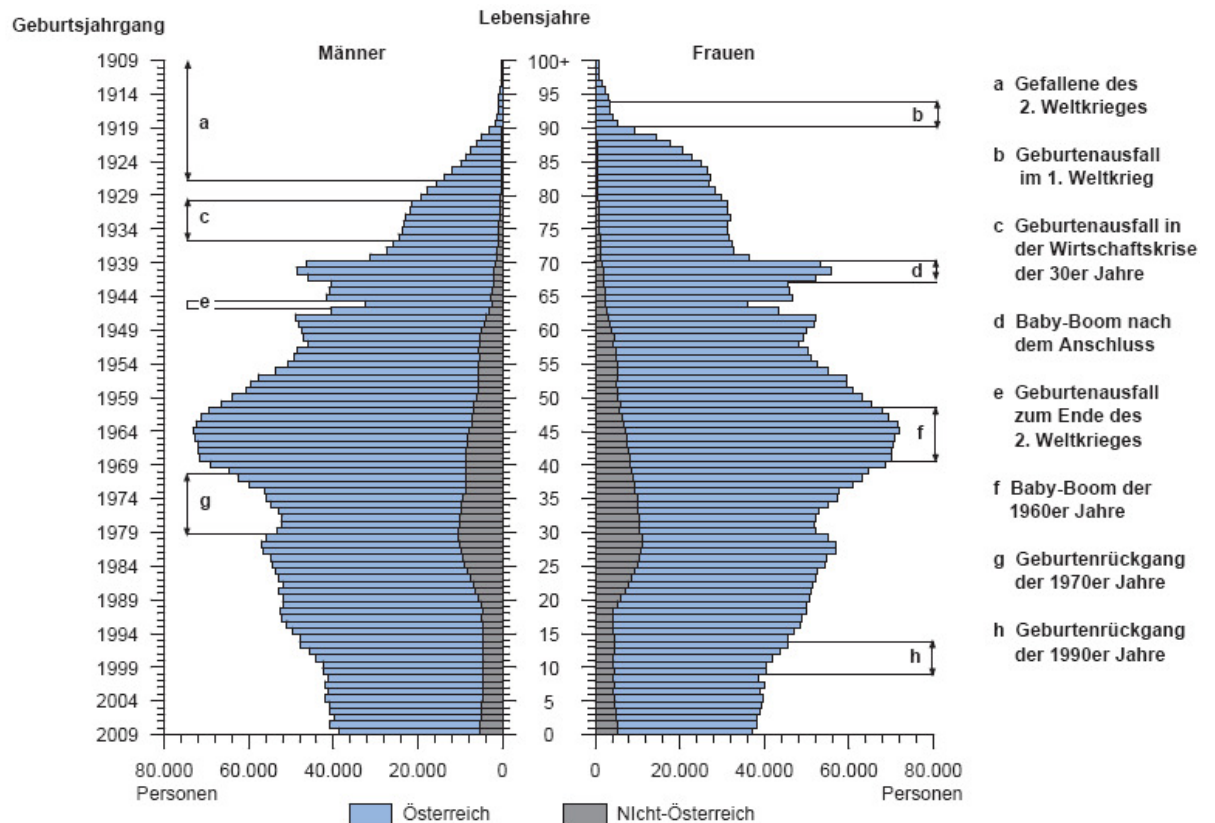
In Bezug auf die veränderte Altersstruktur lassen sich drei zusammenspielende Komponenten aufzeigen: Fertilität, Mortalität und Migration. Speziell die Geburtenzahl hat eine wesentliche Bedeutung auf die künftige Bevölkerungsentwicklung, da sie unmittelbar wie auch langfristig die Altersstrukturen eines Landes bestimmt. Weiters erklärt sich die Veränderung der Struktur durch die rückgängige Sterblichkeit, speziell im höheren Alter. Der Aspekt der Migration ist insofern einflussnehmend, als dass Wanderungsbewegungen meist altersspezifisch variieren, wodurch folglich die Altersverteilung in der Bevölkerung bestimmt wird. Zu einem Großteil beziehen sich Abwanderungen auf junge Menschen, wodurch wiederum, selbst bei einem hohen Geburtenniveau, eine beschleunigte demographische Alterung der „übrigen“ Bevölkerung stattfindet (vgl. Statistik Austria, Bevölkerungsstand 1.1.2010, S. 27).

3.1.2 Der geriatrische Aspekt demographischer Entwicklungen

Per 1.1.2010 wurden in Österreich 1.475.921 Personen, also 17,6 % der Gesamtbevölkerung, mit 65 Jahren oder älter verzeichnet (vgl. Statistik Austria, Bevölkerungsstand 1.1.2010, S. 29). Vergleicht man die aktuelle Datenlage mit jener vor 10 Jahren, so zeigt sich ein Zuwachs der ab 65-Jährigen von 18,5 %, wobei sich eine besonders

starke Zunahme bei den Hochaltrigen (über 85-Jährige) mit einem Plus an 22,8 % bemerkbar machte, wodurch deren Anteil per Jahresbeginn 2010 bei 177.650 Personen lag (vgl. Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 32).

Die Bevölkerungspyramide nach Staatsangehörigkeit, per 1.1.2010:



(Statistik Austria, Bevölkerungsstand 1.1.2010, S. 27)

Zu zukünftigen Entwicklungen der österreichischen demographischen Struktur ist zu sagen, dass die Prognosen für 2030 bzw. 2050 meinen, dass die Differenz zwischen dem Anteil der Männer und Frauen im hohen Alter abnehmend verlaufen wird. Ebenso wird sich der Rückgang der Geburten nach dem Babyboom der 1950er und 1960er Jahre insofern verdeutlichen, als dass sich jene geburtenstarken Jahrgänge in der Alterspyramide weiter nach oben verschieben und durch immer geburtenschwächere Jahrgänge ersetzt werden. Sollte die geringe Geburtenrate fortlaufend bestehen bleiben, so wird sich die Pyramide am unteren Ende immer mehr verjüngen, wodurch in weiterer Folge der Anteil der 65-Jährigen und Älteren per 2050 auf etwa 28 % eingestuft wird (vgl. Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 33).

Per Anfang August 2010 wurden in Österreich rund 850 Wohn- und Pflegeheime verzeichnet, welche in etwa 75.000 Wohn- und Pflegeplätze bereitstellen. Im Vergleich zum Jahr 2008 wurde eine Zunahme von 30 Wohn- und Pflegeheimen, mit einem Plus an 2.400 Wohn- und Pflegeplätzen, berechnet (vgl. Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 76). Gleichzeitig ist zu erwähnen, dass alleine in den vergangenen 150 Jahren die Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung stark gestiegen ist und im Jahr 2009 Folgendes ergab: Die zu erwartenden Lebensjahre bei Frauen lagen bei 82,9 Jahren und bei Männern bei 77,4 Jahren. Zieht man als Vergleichswert das beginnende 20. Jahrhundert (1899-1902) heran, so hatten Frauen eine Lebenserwartung von 43,4 Jahren und Männer von 40,6 Jahren (vgl. Statistik Austria, Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009, S. 35).

Um einen kurzen Einblick in die ungefähre Anzahl sowie „Ausprägungswerte“ pflegebedürftiger Personen in Österreich zu gewähren, wird die Auflistung der BundespflegegeldbezieherInnen (Pensions- und Unfallversicherung, Bahn, BVA-Pensionsservice, Post, Bundessozialamt) der Statistik Austria herangezogen. In genannter Auflistung wurde per November 2010 dargestellt, dass per dato 370.046 Personen als PflegegeldbezieherInnen vermerkt waren – die Einteilung in den einzelnen Pflegegeldstufen sah wie folgt aus (vgl. Statistik Austria, BundespflegegeldbezieherInnen):

<u>Pflegegeldstufe 1:</u>	78.494 Personen, rund 21,2 % der BezieherInnen insgesamt
<u>Pflegegeldstufe 2:</u>	123.615 Personen, rund 33,4 % der BezieherInnen insgesamt
<u>Pflegegeldstufe 3:</u>	61.595 Personen, rund 16,6 % der BezieherInnen insgesamt
<u>Pflegegeldstufe 4:</u>	53.334 Personen, rund 14,4 % der BezieherInnen insgesamt
<u>Pflegegeldstufe 5:</u>	33.800 Personen, rund 9,1 % der BezieherInnen insgesamt
<u>Pflegegeldstufe 6:</u>	12.672 Personen, rund 3,4 % der BezieherInnen insgesamt
<u>Pflegegeldstufe 7:</u>	6.536 Personen, rund 1,8 % der BezieherInnen insgesamt

Insgesamt ergaben sich durch obige Auflistungen alleine im November 2010 Ausgaben von € 165.738.747,-- (vgl. Statistik Austria, BundespflegegeldbezieherInnen, S. 1).

3.2 Versorgungssituation Österreichs – ein kurzer Einblick

Nachdem fortschreitendes Altern zumeist mit Einschränkungen in der Beweglichkeit und Mobilität einhergeht, gewinnen das Wohnen, der Wohnraum sowie die gesamte Wohnumgebung, in welcher folglich viel Zeit verbracht wird, maßgebend an Bedeutung. So wird nachvollziehbar, dass sowohl das räumliche als auch das soziale Umfeld zu einer selbstständigen Lebensführung im Alter beitragen. Kommt es also im Verlauf zu altersbedingten gesundheitlichen Einbußen bzw. sozialen Veränderungen, so besteht oftmals die Notwendigkeit die Wohnverhältnisse adäquat zu adaptieren; ist dies dem Individuum nicht möglich, wird in weiterer Folge eine Übersiedlung in eine Langzeitinstitution angedacht werden (BMG, Sektion II 2009, S. 61–62). Die Begrifflichkeit der Langzeitinstitution beinhaltet *„die zeitlich unbegrenzte Pflege und Betreuung von Menschen unabhängig von einer spezifischen Erkrankung“* (BMG, Sektion II 2009, S. 40).

3.2.1 Wie wohnen Österreichs Hochaltrige?

In Bezug auf die Wohnform älterer Personen ist es zunächst wichtig anzumerken, dass nahezu 65 % der über 75-jährigen Frauen verwitwet und ca. 20,4 % verheiratet sind; bei den Männern sind vergleichsweise nur 23,3 % verwitwet und ganze 69,3 % verheiratet. Ein weiterer wichtiger Ansatzpunkt ist, dass lediglich 7 % der Männer über 75 Jahre alleine leben, während dieser Wert bei Frauen 37,6 % beträgt. Betrachtet man darüberhinaus auch das familiäre bzw. das soziale Netzwerk, so wurde festgestellt, dass Männer meist ein größeres soziales Netzwerk haben – unter anderem, weil sie meist mit einer Partnerin leben. Speziell in Bezug auf Personen über 85 Jahre ist anzumerken, dass viele von ihnen nur mehr eine geringe Anzahl lebender Verwandter haben, wobei sich diese Problematik mit zunehmendem Alter weiter zuspitzt (vgl. BMSK 2008, S. 150):

- ✓ 80- bis 84-jährige Frauen: 30 % leben mit einem (Enkel-)Kind in einem Haus/ einer Wohnung
- ✓ + 85-jährige Personen: 39 % leben in Vier- oder Mehrgenerationsfamilienkonstellationen
- ✓ + 85-jährige Frauen: 37 % leben mit einem (Enkel-)Kind in einem Haus/einer Wohnung

- ✓ + 85-jährige Personen: 22 % haben keine Angehörigen (in BMSK 2008, S. 150)

Mit zunehmendem Alter kommt es zu einer Verringerung des räumlichen Aktionsradius einer Person. Aus körperlichen, sozialen und psychischen Gründen reduziert sich folglich die Anzahl der von einer hochaltrigen Person aufgesuchten Orte. Bei 80- bis 84-jährigen Menschen werden durchschnittlich 8,3 Diagnosen festgestellt, diese beinhalten exemplarisch die Einbußen der Hör- und Sehfähigkeit, die Abnahme körperlicher Beweglichkeit, Parkinson oder Demenz. Durch genannte Erkrankungen entstehen Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung außerhalb sowie innerhalb des eigenen Wohnbereichs. So können etwa die Hälfte der über 80-jährigen Damen nicht mehr ohne Probleme ihre Einkaufstaschen tragen, sich bücken oder Stiegen steigen. Hochalt-rige Personen können des Weiteren häufig ihren Wohnbereich nicht mehr alleine verlassen, da beispielsweise kein Lift zur Verfügung steht. Innerhalb der Wohnung können sich insofern Hindernisse ergeben, als dass zB die Badewanne auf Grund eines zu hohen Randes nicht mehr benützt werden kann (vgl. BMSK 2008, S. 76–77).

Aus genannten Problematiken ergibt sich die Notwendigkeit diverser umfassender, individuell gestaltbarer Angebote im Bereich der geriatrischen Betreuung, Versorgung und Pflege. Folgend wird eine Grafik zur Darstellung derzeitiger Möglichkeiten in Österreich, unterteilt in unterschiedliche Leistungsbereiche innerhalb der Länder, herangezogen.

3.2.2 Übersicht: Pflegeleistungssituation Österreich

KERNPRODUKTE DER LÄNDER
BERICHTSZEITRAUM 1.1.2008 - 31.12.2008

PRODUKT	MESSEINHEIT	BGLD	KTN	NÖ	OÖ	SBG	STMK	T	VBG	W	ÖSTERREICH
MOBILE SOZIALE DIENSTE	Leistungsstunden	284.120	880.300	3.385.514	1.505.711	711.191	990.780	649.381	1.177.720	5.048.354	14.633.071
TEILSTATIONÄRE EINRICHTUNGEN	Besuchstg./ PLÄTZE	3.272	5	89	383	151		7.000	63.875 ¹⁾	137.887	
	Behinderten- bereich	642			4.635				305.035	894.900	
STATIONÄRE 24-h PFLEGE UND BETREUUNG	Bewilligte/ BELEGTE PLÄTZE	1.890	4.233	10.213	12.091	5.157	11.015	5.204	2.155	9.377	61.335
	Behinderten- bereich	335	842		3.470		857		555	1.735	
KURZZEIT- UND URLAUBSPFLEGE ÜBERGANGS- UND REHABILITATIONS- PFLEGE	Zahl der Plätze ("als davon-Zl." der station. Plätze)	20 - 40	21		364		50	95		195	
	Behinderten- bereich				270	69			169	398	
BETREUTE WOHNFORMEN	Wohnplätze						69			8.197	
	Behinderten- bereich	102	24		773		814		75	1.171	
BERATUNG	Pflegeberatungsschecks			2.322							
	Telefonische Beratungen			20.553							
	mobile Beratungen			431							
RUFHILFE / NOTRUF	Sozialberatung/ Leistungsstunden				81.458				46.835		
	Angeschlossene Haushalte	674		20.917		1.637			1.659		
ESSEN AUF RÄDERN	Portionen			2.596.042							

Mobile soziale Dienste,

zb:

- ✓ Heimhilfe
- ✓ Hauskrankenpflege
- ✓ medizinische Hauskrankenpflege

Teilstationäre – Altenbe-

reich, zB:

- ✓ Tageszentren

Teilstationäre – Behinder-

tenbereich, zB:

- ✓ Beschäftigungstherapie

Stationäre 24-h-Pflege

und Betreuung – Al-

tenbereich, zB:

- ✓ Pflegeplätze
- ✓ Pflegeheime
- ✓ Wohngemeinschaften

Stationäre 24-h-Pflege

und Betreuung – Be-

hindertenbereich, zB:

- ✓ vollbetreutes Wohnen

Kurzzeit- und Urlaubs-

pflege

Übergangs- und Rehabili-

tationspflege

1) Betreuungsstunden

(in BMASK 2010, S. 150 bzw. 141)

3.2.3 Alten- und Pflegeheime

Geführt werden Alten- und Pflegeheime in Österreich von Land, Gemeinde oder Gemeindeverband bzw. auch von privaten oder konfessionellen Trägern. Die Rechtslage fällt in den neun Bundesländern unterschiedlich aus, da die Kompetenz zur Erlassung von Rechtsvorschriften über Errichtung, Betrieb, Aufsicht und gegebenenfalls Finanzierung in die Zuständigkeit des jeweiligen Landes fällt. Neben traditionellen Bezeichnungsformen wie „Altenheim“ oder „Pflegeheim“ bestehen mittlerweile diverse Bezeichnungen für jene Einrichtungen wie zB Seniorenheim, Seniorenresidenz, Pensionistenheim, Pensionistenwohnhaus etc. Die BewohnerInnen verfügen dabei meist über ein eigenes Zimmer oder teilweise auch über ein Appartement bzw. bestehen manchmal auch Mehrbettzimmer. Wesentlich zu unterscheiden ist zwischen „Wohnplätzen“ und „Pflegeplätzen“, wobei Wohnplätze eine etwaige anfallende Pflege, meist über Pflegestufe 3, ausschließen, während Pflegeplätze mindestens eine Pflegegeldstufe 3 als voraussetzendes Kriterium anlegen (vgl. BMG 2009, S. 10).

Trotz erwähnter demographischer Entwicklungen und fortschreitender Multimorbidität im Alter sind momentan nur 7 % alter Menschen, zumeist Hochaltrige, als im Heim lebend verzeichnet, wobei das durchschnittliche Eintrittsalter bei ca. 82 Jahren liegt (vgl. BMSK 2008, S. 82).

3.3 Die Institutionalisierung und das Individuum

Dem komplexen Gerüst einer getroffenen Entscheidung zur Langzeitinstitution sind vielerlei gedanklicher Auseinandersetzungen dazu eine maßgebende Bedeutung beizumessen. Das Befassen mit der eigenen Vergänglichkeit, das Überdenken zukünftiger Gegebenheiten in Verbindung mit etwaigen notwendigen Vorkehrungen können unter anderem auch zu krisenhaften psychischen Belastungen führen. Aus diesem Grund heraus soll jenen Aspekten Wort verliehen werden, um die Situation künftiger BewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen nachvollziehbarer zu machen.

Taylor, Osterman et al. haben in ihrer Studie *„Do Seniors Understand their Risk of Moving to a Nursing Home?“* herausgefunden, dass bei älteren Personen, welche ihr Risiko zur Langzeitpflegeinstitution für die kommenden 5 Jahre hoch einschätzten, dies auch eher Realität wurde. Lindrooth, Hoerger und Norton haben zudem bemerkt, dass

Personen mit hohen Einschränkungen in ihren BADLs (basic activities of daily living) ihr Risiko zur Notwendigkeit entsprechend höher einschätzen, was auf individuelle Bedürfnisse, Präferenzen und Beabsichtigungen schließen lässt. Generell wurde festgestellt, dass betagte Personen ihre persönliche Wahrscheinlichkeit zum Eintritt in ein Pflegeheim bei Weitem höher ansiedelten, als dies für folgende 5 Jahre tatsächlich der Fall war (vgl. Taylor, Osterman et al. 2005, S. 811–828).

3.3.1 Mögliche Gründe für eine Langzeitinstitutionalisierung

Eine Institutionalisierung in eine Langzeitpflegeeinrichtung ist nicht nur eine Frage der Gesundheit und der Ausschöpfung gesellschaftlicher Unterstützung, sondern es geht auch um die etwaige Beeinflussung der Lebensqualität und Unabhängigkeit Betroffener dadurch. Matsumoto und Inoue wollten dazu in ihrer 5-jährigen Kohortenstudie herausfinden, durch welche Charakteristika sich ein Eintritt in eine Pflegeeinrichtung vorher-sagen lässt. Dazu begleiteten sie 766 Personen (321 Männer und 445 Frauen) in Japan über 5 Jahre, in welchem Zeitraum schließlich 55 Personen (25 Männer und 30 Frauen) in eine Langzeitinstitution übersiedelten. Zunächst wurden die Charakteristika der TeilnehmerInnen erhoben und anschließend prozentuell den institutionalisierten und den nicht institutionalisierten Personen zugeteilt. Herausgefunden wurde Folgendes (vgl. Matsumoto, Inoue 2007, S. 421–432):

M. + Inkontinenz – Institutionalisiert (N = 28)	M. + Inkontinenz – x Institutionalisiert (N = 293)	F. + Inkontinenz – Institutionalisiert (N = 33)	F. + Inkontinenz – x Institutionalisiert (N = 412)
39,3 %	4,8 %	21,2 %	5,6 %

39,3 % der Männer mit Inkontinenz lebten in einer Langzeitpflegeeinrichtung, während nur 4,8 % der gleichen Gruppe weiterhin zu Hause waren. Bei Frauen ist zu erkennen, dass von Inkontinenz betroffene zu 21,2 % institutionalisiert waren und lediglich 5,6 % weiterhin zu Hause lebten. Hierzu wurde jedoch angemerkt, dass gewisse Studien die Inkontinenz bei Frauen weniger stark als Risikofaktor zur Institutionalisierung anerkennen, was vermutlich darauf zurückzuführen ist, dass Frauen im Verlauf ihres Lebens, auf Grund biologischer Gegebenheiten, eher eine Dranginkontinenz erleben, während die Ursache bei Männern auf medizinische Funktionsstörung oder auf allgemeine Beeinträchtigung zurückzuführen ist (vgl. Matsumoto, Inoue 2007, S. 421–432).

Als wesentliches Risiko-Charakteristikum bei Frauen wurden visuelle Beeinträchtigungen beschrieben. Hier zeigte sich, dass 60,6 % der Betroffenen in einer Institution lebten, während vergleichsweise nur 32,5 % derselben weiterhin zu Hause verbrachten. Bei Männern hingegen stellten sich sprachliche Schwierigkeiten als signifikanter Risikofaktor heraus, nachdem 17,9 % von ihnen in einer Langzeitpflegeeinrichtung lebten und lediglich 4,8 % in ihrer ursprünglichen Umgebung blieben. Weiters wurden Beeinträchtigungen in den ADLs (activities of daily living), Ans-Haus-gefesselt-Sein und die Benützung eines Leibstuhls bei Männern als mögliche Vorhersager zur Institutionalisierung gefunden und bei Frauen ebenso sowohl die Beeinträchtigungen in den ADLs als auch das Ans-Haus-gefesselt-Sein und die Verwendung eines Leibstuhls (vgl. Matsumoto, Inoue 2007; S. 421 – 432).

Cohen-Mansfield und Wirtz merken diesbezüglich an, dass eine vorhandene starke Belastung pflegender Angehöriger signifikant dazu beiträgt, dass eine Institutionalisierung stattfindet. Ebenso sprechen sie von starken depressiven Verstimmungen, verbaler nicht-aggressiver Agitiertheit sowie von physischen nicht-aggressiven Verhaltensweisen in Zusammenhang mit einer notwendigen Langzeitbetreuung. Genauso wurden die Diagnose einer Demenz und eine höhere Anzahl psychiatrischer Diagnosen als ausschlaggebend für den Eintritt in ein Pflegeheim angesehen. Im Gegensatz dazu wurde herausgefunden, dass die Häufigkeit sozialer Kontakte mit Verwandten und Freunden zu einem besseren „Überleben“ in der Gesellschaft beitragen kann (vgl. Cohen-Mansfield, Wirtz 2007, S. 354–360).

Miller und Weissert beschreiben zudem einen positiven Zusammenhang einer künftigen Institutionalisierung mit Desorientierung, auffälligem Verhalten, vorangegangenen Aufhalten in einem Pflegeheim, einer Notwendigkeit pflegerischer Betreuung und geringer familiärer Unterstützung. Liu und Tinker ergänzen, dass sich Frauen und Personen mit höherer Bildung häufiger für eine Institutionalisierung entscheiden. Vergleichend dazu merken Himes et al. an, dass Individuen mit höherem Einkommen, Frauen mit mehreren lebenden Töchtern und verheiratete Personen einem geringeren Risiko der Notwendigkeit eines Pflegeheimeintritts gegenüberstehen (vgl. Mansfield, Wirtz 2007, S. 354–360).

3.3.1.1 Der Wille zur Langzeitinstitution

Bei einer Studie über die Bereitschaft koreanischer Amerikaner (60 bis 94 Jahre) zum Eintritt in ein Pflegeheim wurde festgestellt, dass vor allem eine als mangelhaft wahrgenommene Gesundheit sowie eine bereits in einem Pflegeheim lebende, vertraute Person wesentlich dazu beitragen, eine positive Haltung zu dieser Vorstellung einzunehmen. Dazu ist anzumerken, dass die als schlecht empfundene gesundheitliche Verfassung nur indirekt dazu beiträgt; dadurch, dass sich betroffene Personen diesbezüglich eher über künftige Bedürfnisse in Bezug auf längerfristige pflegerische Versorgung beschäftigen, können sie vermutlich eine höhere Akzeptanz zur Langzeitinstitutionalisierung entwickeln. Wesentlich wichtiger war diesbezüglich die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheit im Gegensatz zu objektiv messbaren Gesundheitsindikatoren, wie beispielsweise funktionellen Beeinträchtigungen. Betreffend der positiven Wirkung einer vertrauten Person, welche bereits in einer Langzeitpflegeeinrichtung lebt, ist zu sagen, dass der indirekte Kontakt und die damit verbundene Auseinandersetzung damit eine etwaige Entscheidung dafür begünstigen (vgl. Jang et al. 2008, S. 110–117).

3.3.2 Mögliche Auswirkungen des Prozesses der Institutionalisierung

Wenn die Entscheidung zur Institutionalisierung gefallen ist und die Anmeldung in einem Pflegeheim stattgefunden hat, dann ist noch die oftmals lang andauernde Wartezeit zu überbrücken. Welche Auswirkungen diese mit sich ziehen kann, soll anhand folgender Studie dargestellt werden.

3.3.2.1 Die Auswirkung der Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz

„*Effects of Institutionalization: A Comparison of Community, Waiting List, and Institutionalized Aged Persons*“ ist eine Studie bei welcher drei Gruppen zur Untersuchung gebildet wurden: in der Gemeinde lebende ältere Personen, ältere Personen auf der Warteliste zur Langzeitpflegeinstitution stehend und bereits institutionalisierte ältere Personen. Im Vergleich der in der Gemeinde lebenden mit den angemeldeten Personen konnten Hinweise herausgefunden werden, welche Unterbrechungen im Alltag dadurch stattfinden. Bei der Gegenüberstellung der im Pflegeheim angemeldeten mit den bereits institutionalisierten Personen hingegen konnte aufgezeigt werden, was eine Institutionalisierung bei den Betroffenen bewirkt (vgl. Prock 1969, S. 1.837–1.844).

Eine Institutionalisierung wurde schon als „*mortification and curtailment of the self*“ (Demütigung und Verminderung des Selbst [Goffman, 1961]); als „*institutional dependency*“ (institutionelle Abhängigkeit [Coser 1956, Straus 1951]) bezeichnet oder auch mit „*an ‚apathy‘ reaction including severe withdrawal*“ (apathische Reaktion mit ernsthaftem Rückzug [Bettelheim 1943, Cohen 1953, Nardini 1952, Strassman/Thaler und Schein 1956]) in Verbindung gebracht. In vorliegender Studie wurde jedoch beschrieben, dass sich Personen auf der Warteliste in einem deutlich schlechteren psychischen Zustand befinden als jene, die bereits in einem Pflegeheim wohnen. Ihre Verfassung wurde beschrieben als allgemein ängstlich und angespannt, emotional reaktiv, hilf- und kraftlos, depressiv mit einem geringen Selbstwertgefühl, sich aktiv von der Umgebung zurückziehend und in Verbindung mit einer Zerrüttung des Egos. Es wird ein Gefühl von „mein Leben ist vorbei“ und „sozialem Tod“ beschrieben (vgl. Prock 1969, S. 1.837–1.844).

Bei der Betrachtung der bereits Institutionalisierten fand man im Gegensatz dazu folgende Charakteristika heraus: steigende Beeinträchtigung des Erinnerungsvermögens, Verringerung der Orientierung zu Alltagsgeschehnissen und intensivere Beschäftigung mit dem Körper und seiner Funktionsfähigkeit. In dieser Gruppe konnte eine radikale Veränderung in den Beziehungen zu anderen Personen herausgefunden werden – es kommt zum Distanzieren von anderen. In Bezug auf die in der Gemeinde Lebenden wurde vergleichsweise festgestellt, dass sie ein funktionsfähiges „Selbst-Gefühl“ haben, sich in einer positiveren Gefühlslage befinden und sie ihr Selbstwertgefühl sowie ihre Beziehungen zu anderen ausbauen können (vgl. Prock 1969, S. 1.837–1.844).

Ein wesentliches Ergebnis der Studie war, dass viele jener Charakteristika, welche häufig den BewohnerInnen einer Pflegeeinrichtung zugeschrieben werden, stärker den auf der Warteliste stehenden Personen entsprechen. Obwohl diese Menschen noch genauso in der Gemeinde lebten, zeigten sie schon typische „Effekte einer Institutionalisierung“, was auf ein psychisches Eingeständnis zum kommenden Pflegeheimeintritt gesehen wird. Aussagen wie „*No one is interested in me, no one cares if I live or die*“ weisen auf Instabilität und Beeinträchtigung innerhalb des Familiensystems sowie auf ein Ungleichgewicht im Bereich sozialer Beziehungen hin. Eine mögliche Erklärung dieser Zustandsbilder im Vergleich zu bereits institutionalisierten Personen könnte darin liegen, dass diese die Belastungen der Ungewissheit bereits „hinter sich gebracht haben“ (vgl. Prock 1969, S. 1.837–1.844). In Bezug auf die Auswirkungen der Wartelis-

te bzw. der Wartezeit soll an diesem Punkt auf die Ergebnisse der Empirie verwiesen werden.

3.3.2.2 Die Auswirkung der stattgefundenen Institutionalisierung

Eine Übersiedlung in ein Pflegeheim ist ein Prozess, welcher nicht nur die Durchführung des Umzugs an sich beinhaltet, sondern hinter welchem sich verschiedenste Umstände verbergen. Manche Personen sind sich dabei ihrer kognitiven und physischen Einschränkungen bewusst, beschäftigen sich mit ihren Möglichkeiten und nehmen schließlich aktiv an der Entscheidung zur Übersiedlung teil. Andere wiederum realisieren ihre Institutionalisierung oft erst zu dem Zeitpunkt, wenn sie beim Eingang des Pflegeheims ankommen (vgl. Keister 2006, S. 722). Beidseits erleben ältere Personen den Umzug in eine Langzeitpflegeinstitution als eine rasch stattfindende Veränderung ihres psychischen und physischen Gleichgewichts (vgl. Scocco et al. 2006, S. 281). Zudem sind künftige HeimbewohnerInnen meist in ihrer Mobilität eingeschränkt und zeigen eine geringere Wahrscheinlichkeit ihren Pflegeheimeintritt selbst zu planen bzw. diesen zu ersehnen (vgl. Kasl 1972, S. 378).

Gezeigt hat sich weiters, dass die Entscheidung zur Übersiedlung älterer Menschen häufig relativ schnell getroffen wird und überdies oft von Familienangehörigen und/oder von Angehörigen des Gesundheitswesens, ohne Miteinbeziehen der Betroffenen, durchgeführt wird. Es kann durchaus vorkommen, dass zukünftige BewohnerInnen eines Pflegeheims diese Entscheidung bewusst abgeben (zB auf Grund von körperlichen Erkrankungen, psychischen Einflussfaktoren, Kraftlosigkeit), wobei jedoch die „Entscheidungs-Kontrolle“ ein wesentlicher Aspekt ist, um den Verlauf der Eingewöhnungsphase verstehen zu können (vgl. Keister 2006, S. 724–725). Scocco et al. haben dazu angemerkt, dass bei ihrer Studie weniger als 6 % der 100 befragten StudienteilnehmerInnen angaben, sich selbst für den stattgefundenen Umzug entschieden zu haben (vgl. Scocco et al. 2006, S. 285). Personen, welche jedoch das Gefühl haben, selbst die Kontrolle über ihr Leben in der Hand zu haben, zeigen oftmals geringere Ausprägungen von Angst und depressiven Symptomen. Das bedeutet, dass die persönliche Ressource „Macht“ eine wesentliche Auswirkung auf das Wohlbefinden nehmen kann (vgl. Keister 2006, S. 734–735).

Keister merkt in ihrer Studie an, dass jene TeilnehmerInnen, welche die Übersiedlung als Nachteil oder Verlust ansahen, sich selbst auch eher als vulnerabel und in schlech-

ter gesundheitlicher Verfassung wahrnahmen. Je mehr der/die zukünftige BewohnerIn den anstehenden Umzug als Herausforderung sah, und je weniger Angst damit in Verbindung stand, umso eher wurde das anstehende Ereignis als eine potentielle Erfahrung des Wachsens gesehen. Gleichzeitig wurde auch die Wichtigkeit sozialer Unterstützung sowie der ausreichende Erhalt von Informationen im signifikanten Zusammenhang mit einem verminderten Auftreten von Angst und depressiven Symptomen beschrieben (vgl. Keister 2006, S. 735–736).

Scocco et al. haben bei ihrer Studie eine zweizeitige Erhebung durchgeführt (7 Tage nach der Institutionalisierung und 6 Monate später), wobei im Vergleich festgestellt wurde, dass sich nach 6 Monaten die Lebensqualität, die physische Gesundheit sowie die Fähigkeiten in den ADLs (activities of daily living) verschlechterten. Darüber hinaus wurde auch von einer 33%-igen Mortalitätsrate 6 Monate Post-Institutionalisierung gesprochen, wobei angemerkt wurde, dass sich der Allgemeinzustand durch die Übersiedlung in ein Pflegeheim eher verschlechtert, anstatt stabilisiert hat (vgl. Scocco et al. 2006, S. 285–286). Mehrmals erwähnt wird auch die hohe Mortalitätsrate im Verlauf des ersten Jahres im Pflegeheim, wobei Lieberman mit seinem Vergleich herangezogen wird, wo er anmerkt, dass 82 von 782 (10,5 %) derer versterben, welche auf einen Pflegeplatz warten und ganze 173 von 700 (24,7 %) das besagte erste Jahr in der Institution selbst nicht überstehen (vgl. Kasl 1972, S. 378). Diesbezüglich sei jedoch angemerkt, dass sich viele der zukünftigen BewohnerInnen bzw. deren Angehörige oftmals zu einem relativ „späten“ Zeitpunkt für eine Übersiedlung in ein Pflegeheim entschließen, an welchem der allgemeine gesundheitliche Zustand entsprechend abnehmend zu bezeichnen ist. Folglich können Eigenschaften wie die Verschlechterung der kognitiven Situation, verminderte physische Funktionsfähigkeiten oder geringere Lebenszufriedenheit nicht ausschließlich auf die Institutionalisierung selbst zurückgeführt werden (vgl. Kasl 1972, S. 378). Nachvollziehbar scheint hingegen die Annahme, dass jene Personen, welche keine andere Möglichkeit als die der Institutionalisierung sehen bzw. nicht in den Entscheidungsprozess dazu miteinbezogen werden, ein höheres Risiko der Mortalität aufweisen (Kasl 1972, S. 379).

3.3.3 Aspekte der (notwendigen) Übersiedlung im Alter

Die Übersiedlung in ein Pflegeheim wird häufig so lang wie möglich hinausgezögert, wobei viele der Betroffenen erst im Akutfall keine andere Wahlmöglichkeit mehr sehen.

Hauptgrund dafür ist, dass die Übersiedlung in eine Langzeitpflegeinstitution oft als Eingeständnis des Alterns, eigener Unzulänglichkeiten und als tatsächlicher Beginn des letzten Lebensabschnittes gesehen wird. Zudem steht die eigene Wohnung bzw. das eigene Haus als Synonym für die Eigenständigkeit (vgl. BMSK 2008, S. 77). Der unfreiwillige Umzug sowie die Institutionalisierung als sogenannte „life events“ bringen bedeutende Veränderungen in der individuellen Lebensführung mit sich, welche auch zu gesundheitlichen Konsequenzen führen können (vgl. Kasl 1972, S. 377). Dennoch soll bedacht werden, dass das Erleben eines Umzugs von Individuum zu Individuum unterschiedlich verläuft. Als Schlüsselfaktoren für eine anstehende Übersiedlung im Alter werden die sorgfältige Auswahl des Pflegeheims und die gründliche Erhebung eigener Erwartungen an die künftige Umgebung beschrieben. Ebenso muss die Bedeutung des „Zuhause“, des „Daheims“ (siehe Kapitel 2) für den Einzelnen Beachtung finden und mit der neuen Wohnumgebung in Einklang gebracht werden können (vgl. Keister 2006, S. 737). Ebenso ist eine große Wertigkeit darin zu legen, die zukünftigen BewohnerInnen eines Pflegeheims kognitiv und emotional auf den anstehenden Umzug vorzubereiten und dabei nach Möglichkeit ihr jeweiliges soziales Netzwerk darin mit einzubeziehen (vgl. Kasl 1972, S. 381).

An dieser Stelle soll auf die Ergebnisdarstellung der Empirie verwiesen werden, in welcher der Aspekt „das Zuhause verlassen“ auf Basis der Interviews expliziert wird.

4 Empirischer Teil

I Einführung in die Empirie

4.1 Methode zur Datenerhebung: der qualitative Forschungsansatz

Um die individuelle Lebenssituation der zukünftigen HeimbewohnerInnen bestmöglich darzustellen, wurde der qualitative Forschungsansatz gewählt.

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen. Diese bleiben Nichtmitgliedern verschlossen, sind aber auch den in der Selbstverständlichkeit des Alltags befangenen Akteuren selbst in der Regel nicht bewusst.“ (in Flick, von Kardorff, Steinke 2007, S. 14)

Bei der qualitativen Forschung geht es nicht um die Bemessung von Phänomenen, wie es bei der quantitativen Forschung der Fall ist, sondern Ziel dieses Forschungsansatzes ist es, Gegebenheiten innerhalb ihrer Kontexte bzw. Umgebungen zu verstehen. Durch das systematische Sammeln von detaillierten und tiefgründigen Eigenschaften individueller Personen und ihrer Lebenswelten wird anerkannt, dass Phänomene nie ohne ihren Kontext zu betrachten sind, sondern ihre Komplexitäten nur durch die Interaktion seitens des Forschers/der Forscherin und des Forschungsobjektes zu einer adäquaten Datenerhebung führen kann (vgl. Leininger in Praxke, Wurster 1999, S. 183).

Durch die genaue und dichte Beschreibung, welche die qualitative Forschung ermöglicht, wird die Wirklichkeit nicht lediglich abgebildet, sondern es kann durch dieses Vorgehen weiters gewährleistet werden, dass *„das Fremde, das von der Norm Abweichende und das Unerwartete als Erkenntnisquelle und Spiegel“* wahrnehmbar gemacht und abgebildet werden (vgl. Flick, von Kardorff, Steinke 2007, S. 14).

4.1.1 Besondere Charakteristika qualitativer Forschung

Dadurch, dass bei der qualitativen Forschung die Zugangsweise zu den zentralen Phänomenen oftmals offener ist, kann an dieselbigen näher herantreten werden, während andere Forschungsmethoden eher mit großen Zahlen und stark standardisierten Vorgehensweisen arbeiten. Zieht man exemplarisch das Leitfadeninterview heran, wie auch in vorliegender Arbeit verwendet, so wird nachvollziehbar, dass dadurch häufig ein konkreteres und plastischeres Bild davon abgebildet werden kann, was es zB aus der Sicht eines/einer Betroffenen heißt, in absehbarer Zeit in ein Pflegeheim zu übersiedeln. Speziell in Zeiten, wo sich traditionelle Lebenswelten und -stile auflösen und von neuen Lebensformen abgelöst werden bzw. es zu neuen Zusammensetzungen kommt, sind Forschungsmethoden gefragt, wodurch zunächst genaue und detaillierte Beschreibungen individueller Gegebenheiten stattfinden, um Sichtweisen beteiligter Personen gut darstellen zu können (vgl. Flick, von Kardorff, Steinke 2007, S. 17).

Mayer hat dazu folgende Charakteristika von qualitativer Forschung herausgearbeitet, indem sie beschreibt, dass qualitative Forschung

- > subjektiv,
- > idiographisch (einmalig, das Einzigartige beschreibend),
- > ganzheitlich (nicht einzelne Merkmale, sondern der persönliche Ausdruck steht im Zentrum),
- > bezogen auf das Relevanzsystem der Betroffenen (der Verlauf der Forschung wird davon bestimmt, was für die Betroffenen von Bedeutung ist),
- > theoriebildend,
- > induktiv,
- > offen und flexibel im Vorgehen (der Forschungsansatz ist offen gegenüber dem Untersuchungsgegenstand, der Theoriebildung und der Methode sowie flexibel im Forschungsprozess und in der Methodik) und
- > interpretativ (allein durch Interpretation wird der [sozialen] Wirklichkeit eine Bedeutung beigemessen) ist (in Mayer 2007, S. 89).

Der Einsatz der qualitativen Forschung findet dort Anklang, wo es um die Bearbeitung bislang gering erforschter Wirklichkeitsbereiche geht, wodurch sie in ihrer Zielsetzung als eine „entdeckende Wissenschaft“ beschrieben wird (vgl. Flick, von Kardorff, Steinke 2007, S. 24–25).

4.1.2 Gütekriterien qualitativer Forschung

Um die Qualität von Forschungsergebnissen messen zu können, wurden so genannte Gütekriterien als Maßstäbe empirischer Forschung entwickelt. Nachdem die qualitative Forschung andere Ziele als die quantitative Forschung anstrebt, können die klassischen Gütekriterien (Objektivität, Reliabilität und Validität) nicht einfach übertragen werden, weshalb für diese Forschungsrichtung eigene Kriterien entwickelt wurden (vgl. Mayer 2002, S. 78–79):

- > Verfahrensdokumentation: Nachdem sich das Vorgehen bei der qualitativen Forschung gänzlich auf den jeweiligen Gegenstand einlässt, werden zumeist auch die Methoden der Untersuchung an diesen angepasst. Umso wichtiger ist schließlich die exakte Dokumentation, um den Forschungsprozess für andere nachvollziehbar zu machen.
- > Argumentative Interpretationsabsicherung: Interpretationen spielen in der qualitativen Forschung eine wesentliche Rolle, sind jedoch nicht nachweisbar wie Rechenoperationen. Aus diesem Grund dürfen Interpretationen nicht einfach erfolgen, sondern müssen mit schlüssiger Argumentation unterlegt werden.
- > Regelgeleitetheit: Bestimmte Regeln müssen eingehalten werden; das zu untersuchende Material darf nicht willkürlich, sondern muss systematisch bearbeitet werden.
- > Nähe zum Gegenstand: Dadurch, dass qualitative Forschung an konkreten sozialen Problemen ansetzt und individuelles Empfinden erfassen möchte, kann dies nicht unter Laborbedingungen stattfinden. Der/Die ForscherIn muss sich daher in die Lebenswelt der Betroffenen begeben.
- > Kommunikative Validierung: Um die Gültigkeit der Ergebnisse zu überprüfen, können diese entweder den Betroffenen vorgelegt und mit ihnen besprochen werden, oder die Resultate werden innerhalb eines Forscherteams diskutiert (vgl. Mayer 2002, S. 79–80).

4.2 Die Datenerhebung

4.2.1 Zugang zum Forschungsfeld

Der Zugang zu den InterviewpartnerInnen wurde durch ein Genesungs-, Wohn- und Pflegeheim im südlichen Niederösterreich (Vertragsheim des Landes Niederösterreich) ermöglicht. Dazu wurde zunächst schriftlicher Kontakt (siehe Anhang) zur Pflegeleitung hergestellt, in welchem das Forschungsinteresse erläutert wurde. Nachdem das Grundkonzept auf Interesse gestoßen ist, konnte ein persönlicher Besprechungstermin vereinbart werden, in dem Möglichkeiten besprochen und wesentliche Bedingungen geklärt werden konnten.

4.2.2 Rahmenbedingungen und ethische Überlegungen

Voraussetzende Kriterien für eine Gesprächsführung waren folgende Punkte:

- > die potentielle Interviewperson ist im Pflegeheim angemeldet
- > die potentielle Interviewperson wartet in ihrer vertrauten Umgebung auf den Heimplatz
- > die potentielle Interviewperson kann ihre Situation kognitiv, ohne Beeinträchtigungen, erfassen
- > die potentielle Interviewperson kann ausführlich über aktuelle Geschehnisse berichten
- > der individuelle Gesundheitszustand lässt eine länger andauernde Gesprächsführung zu
- > das Gespräch darf zu keiner Belastung führen
- > die potentielle Interviewperson bleibt völlig anonym

4.2.3 Kontaktherstellung zu den InterviewpartnerInnen

Um dem Datenschutz der zukünftigen HeimbewohnerInnen gerecht zu bleiben, durfte nicht ich in erster Linie von Neuanmeldungen erfahren. Somit wurden diese meiner im dortigen Pflegeheim, als diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester, angestellten Mutter weitergeleitet, welche in erster Instanz an die künftigen HeimbewohnerInnen herangetreten ist. Dabei wurden folgende Informationen mündlich übermittelt:

- > Gesprächsführung zur Erarbeitung einer Hochschularbeit
- > Information zum Forschungsinteresse/Inhalt der Gesprächsführung
- > Information bzgl. der Aufzeichnung des Gespräches mittels Diktiergerät
- > Zusicherung, dass Anonymität gewährleistet wird

Traf dieser Erstkontakt auf Zustimmung zu einem Gespräch, so war es schließlich mir erlaubt, mit den jeweiligen potentiellen InterviewpartnerInnen, auf die von ihnen gewünschte Art (vorwiegend telefonisch), in Kontakt zu treten.

4.2.4 InterviewpartnerInnen und Setting

Die InterviewpartnerInnen wurden vor Beginn der Tonbandaufzeichnung erneut über Inhalt und Ziel vorliegender Arbeit informiert, wobei das Gespräch erst nach neuerlicher Zustimmung begonnen und per Tonband aufgezeichnet wurde. Zudem wurde eingehend darauf hingewiesen, dass das Gespräch jederzeit beendet werden kann bzw. dass jederzeit auf Fragen, welche nicht beantwortet werden möchten, hingewiesen werden kann. Weiters wurden die Personen neuerlich über die Anonymisierung ihrer persönlichen Angaben aufgeklärt. Wegen der teilweise sehr persönlichen Inhalte sowie vereinzelter Unsicherheiten der zukünftigen BewohnerInnen, ob sie denn genügend Beitrag leisten könnten, wurden sie auch bestärkt, dass alleine sie entscheiden sollen, welche Aspekte sie genauer besprechen möchten und welche sie ablehnen.

Um einen Einblick zu den einzelnen InterviewpartnerInnen und deren individueller Situation zu ermöglichen, sollen sie in diesem Abschnitt kurz anonymisiert vorgestellt werden.

4.2.4.1 Interviewpartnerin 1

Die Dame ist 85 Jahre alt und wohnt seit 6 Jahren in ihrem Haus alleine, nachdem ihr Mann nach 57 gemeinsamen Ehejahren nach einem Unfall verstorben ist. Sie ist laut eigenen Angaben zum Interviewzeitpunkt seit ca. 1 Jahr im Pflegeheim angemeldet. Auf Grund ihres „relativ guten Gesundheitszustandes“ wurden ihr bis dato einige Akutfälle vorgezogen. Das Warten auf den Pflegeheimplatz erlebt sie als sehr belastend, da sie unter der damit verbundenen Ungewissheit zu leiden scheint. Zudem machte sie im Verlauf des Gespräches häufig einen recht traurigen Eindruck, stockte des Öfteren und weinte auch einige Male. Sie vermittelte jedoch gleichzeitig einen hohen Gesprächsbe-

darf. Unterstützungsleistungen erfährt sie im Wesentlichen durch ihre Nichte sowie durch eine Heimhilfe. Das Interview wurde bei der Dame zu Hause in ihrem Wohnzimmer durchgeführt, wo es zu keinen Beeinflussungen oder Störfaktoren gekommen ist. Die Interviewpartnerin kennt das Heim bereits auf Grund von Aufhalten zur Kurzzeitpflege.

4.2.4.2 Interviewpartner 2

Der Herr, derzeit noch als Pfarrer in einer kleinen Gemeinde tätig, ist 75 Jahre alt und hat sich erstmalig vor 6 Jahren im Pflegeheim vorgestellt, wobei er aus Eigeninitiative heraus plant, nach Möglichkeit im Frühjahr 2011 einzutreten. Nachdem er mittlerweile seit über 50 Jahren seiner beruflichen Tätigkeit nachgeht, teilt er mit, dass er seinen endgültigen Pensionseintritt insofern als schwierig erachtet, als dass es keine Familie im üblichen Sinne gibt, welche auf ihn „wartet“. Ebenso bezeichnet er die Information über den anstehenden Heimeintritt an seine Gemeinde als heikel, nachdem Bedenken bestehen, fortan in seiner beruflichen Ausübung nicht mehr ernst genommen werden zu können. Der Hauptgrund für den baldigen Eintritt in ein Pflegeheim liegt im beständig schlechter werdenden gesundheitlichen Zustand seiner Pfarrgehilfin, seiner Cousine, welche auf Dauer gesehen nicht mehr alleine zurechtkommen wird, wobei er nicht alleine in den großen Pfarrräumlichkeiten wohnen bleiben möchte. Das Gespräch mit dem Herrn wurde in seiner Kanzlei in der Pfarre durchgeführt, wobei es zu keinen Störfaktoren gekommen ist.

4.2.4.3 Interviewpartnerin 3

Die Dame ist 88 Jahre alt und lebt in Wien in einer Eigentumswohnung alleine, nachdem ihr Mann vor 15 Jahren verstorben ist. Die Anmeldung im Pflegeheim fand zum Interviewzeitpunkt vor 3 Monaten statt, und am 16. November 2010 konnte die Übersiedlung veranlasst werden. Sie beschreibt sich selbst als physisch sehr langsam vorankommend und teilt mit, unter der Schnelllebigkeit der Jugend, speziell in einer Großstadt, zu leiden. Auf Grund des fehlenden gefestigten sozialen Netzwerkes zeigte sich im Verlauf des Interviews ein erhöhter Gesprächsbedarf. Die Dame berichtete, dass sie sich auf den Heimplatz freut, da sie dann die professionell pflegerische Unterstützung bei Bedarf im Hintergrund weiß. Das Interview wurde bei ihr zu Hause im Wohnzimmer durchgeführt, wobei es zu keinen Störfaktoren kam. Die Interviewpartnerin kennt das Heim bereits auf Grund von Aufhalten zur Kurzzeitpflege.

4.2.4.4 Interviewpartnerin 4

Die Dame ist 85 Jahre alt und wohnt in einem Haus alleine. Auf Grund von altersbedingten gesundheitlichen Einbußen ist sie auf einen Rollstuhl angewiesen, wodurch sich im Alltag dementsprechende Schwierigkeiten ergeben. Wesentliche Unterstützung findet sie durch ihren Schwager, welcher sie regelmäßig besuchen kommt, sowie durch ihre Heimhilfe. Sie ist zum Interviewzeitpunkt seit 1 Jahr im Pflegeheim angemeldet. Die Dame machte im gesamten Verlauf des Gespräches einen sehr zufriedenen und gefestigten Eindruck, was sich auch in ihrer positiven Lebenseinstellung widerspiegelte. Die Interviewpartnerin kennt das Heim bereits auf Grund von Aufhalten zur Kurzzeitpflege. Das Interview wurde bei ihr zu Hause in der Küche durchgeführt, wobei es zu keinerlei Störfaktoren gekommen ist.

4.2.4.5 Interviewpartnerin 5

Die Dame ist 88 Jahre alt und lebt in einer Gemeindewohnung alleine. Sie ist auf Grund von altersbedingten gesundheitlichen Einbußen auf einen Rollator angewiesen, mit welchem sie innerhalb der Wohnung die notwendigen Wegstrecken bewältigen kann. Die Dame findet Unterstützung durch Heim- und Volkshilfe sowie durch gelegentliche Besuche von ihren Kindern und Enkeln. Zum Zeitpunkt des Interviews war die Dame 3 Monate im Pflegeheim angemeldet und wartete gegenwärtig unter mitgeteilter Belastung auf den Bescheid zum Antrag der Pflegegelderrhöhung. Sie steht dem Eintritt in eine Langzeitinstitution insofern positiv gegenüber, als dass sie sich im Verlauf von dort stattgefundenen Urlaubsbetreuungen gut erholen konnte, nachdem sie erzählt hat, dass sie nervlich nicht in guter Verfassung sei. Das Gespräch wurde bei ihr zu Hause im Wohnzimmer durchgeführt, beeinflussende Faktoren waren nicht gegeben.

4.2.4.6 Interviewpartner 6

Der Herr ist 86 Jahre alt und lebt seit einem Jahr bei seinem Sohn und seiner Schwiegertochter. Davor verbrachte er lange Zeit im Krankenhaus, wonach er nicht mehr alleine in seine Wohnung nach Wien zurückkehren konnte, welche umgehend, unter seiner Zustimmung, aufgelöst wurde. In dieser Wohnung lebte er die letzten 11 Jahre alleine, nachdem seine Ehefrau verstorben ist. Auf Grund dessen, dass sein Sohn und seine Schwiegertochter ganztägig arbeiten, fühlte er sich alleine und meldete sich, zum

Zeitpunkt des Gespräches vor 5 Monaten, im Pflegeheim an. Er konnte ab Dezember auf Urlaubspflege in das Heim bis voraussichtlich April 2011 eintreten, um die kommende Wartezeit auf einen Fixplatz zu überbrücken, nachdem er schon sehr innigst auf diesen wartet und sich auch regelmäßig bei der Pflegeheimleitung in Erinnerung ruft. Das Interview wurde bei ihm zu Hause im Wohnzimmer durchgeführt, wobei es zu keinen Störfaktoren kam.

4.2.5 Das Erhebungsinstrument

Bei der Gesprächsführung wurde die Form des halb standardisierten Interviews gewählt. Der Verlauf des Gesprächs wird dabei durch einen Interviewleitfaden bestimmt, welcher als Hilfestellung für den/die InterviewerIn zu sehen ist. Dabei können Reihenfolge bzw. Formulierung der Fragestellungen der jeweiligen Interviewsituation und dem/der GesprächspartnerIn angepasst werden. Diese Form der Gesprächsführung lässt zudem Raum für Zwischen- und Verständnisfragen (vgl. Mayer 2002, S. 124). Das verwendete Instrumentarium kann im Anhang S. ii betrachtet werden.

Nach der Wahl des Grades der Standardisierung wurde eine spezifischere Form des Interviews, nämlich das narrative Interview, gewählt. Dieses ist eine Sonderform des offenen Interviews, wobei der/die InterviewpartnerIn gebeten bzw. darin unterstützt wird, seine/ihre Erlebnisse als Geschichte zu erzählen. Bei einer so genannten „Streif-erzählung“ wird vorausgesetzt, dass sich der/die GesprächspartnerIn vorab nicht systematisch auf das Interview vorbereitet hat, wodurch aus der Situation heraus Neues entstehen kann. Das Interview selbst wird zunächst mittels Tonband aufgezeichnet und anschließend transkribiert, um die Berichte und entsprechende Zusammenhänge abschließend analysieren zu können (vgl. Glinka 2009, S. 9–10).

Die Transkription erfolgte kurz nach dem jeweiligen Gespräch, um den Stimmungen und Aussagen der InterviewpartnerInnen gerecht zu werden. Zudem wurden alle Äußerungen wie markante Gestiken (zB „schüttelt den Kopf“), Mimiken (zB „runzelt die Stirn“), Emotionen (zB „lacht“, „weint“) oder auch Laute (zB „seufzt“) festgehalten, um die später erfolgten Interpretationen zu unterstreichen. Pausen im Verlauf der Gespräche wurden dabei wie folgt dargestellt:

- , = kürzere Pause
- (,) = mittlere Pause

... = längere Pause

4.3 Methode zur Auswertung: qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Das Ziel der Inhaltsanalyse kann darin gesehen werden, Material, welches aus irgendeiner Art von Kommunikation stammt, einer Analyse zu unterziehen. Die Definition der Inhaltsanalyse selbst gestaltet sich jedoch schwierig, nachdem sie sich nicht alleine mit der Analyse des Inhalts von Kommunikation beschäftigt (vgl. Mayring 2010, S.11).

Eine von vielen möglichen Definitionen bieten Lisch und Kriz:

„Inhaltsanalyse als versuchte Rekonstruktion eines (umfassenden) sozialen Prozesses“, als „das zentrale Modell zur Erfassung (bzw. Konstituierung) sozialwissenschaftlicher Realität“ (in Mayring 2010, S. 12)

4.3.1 Qualitative Inhaltsanalyse will...

Dadurch, dass es viele unterschiedliche Definitionsansätze zur Inhaltsanalyse gibt, sollen nachfolgend die Charakteristika dargestellt werden. Mayring hält fest, dass Inhaltsanalyse Folgendes will:

- > Kommunikation analysieren: Gegenstand der Inhaltsanalyse ist jegliche Form der Kommunikation wie Sprache, Musik, Bilder oder Ähnliches, jedoch können auch Symbole, so Berelson (1952) mit einbezogen werden.
- > Fixierte Kommunikation analysieren: Analysiert wird Kommunikation, welche in irgendeiner Form protokolliert vorliegt – zB Texte, Bilder, Noten usw. Somit handelt es sich also um fixierte Kommunikation.
- > Systematisch vorgehen: Wesentlich im Verlauf der Inhaltsanalyse ist das systematische Vorgehen. Das zu analysierende Material darf nicht frei interpretiert werden.
- > Regelgeleitet vorgehen: Das systematische Vorgehen bei der Inhaltsanalyse kann darin gesehen werden, dass die Analyse nach bestimmten Regeln ablaufen hat, wodurch diese für andere nachvollziehbar und überprüfbar wird.
- > Theoriegeleitet vorgehen: Das regelgeleitete Vorgehen zeigt sich auch darin, dass Analyse unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung stattfindet, wobei die

Ergebnisse vom jeweiligen Theoriehintergrund her interpretiert werden. Ebenso sind die einzelnen Analyseschritte von theoretischen Überlegungen geleitet. So soll ein Anknüpfen an bereits vorhandene Erfahrungen mit dem zu untersuchenden Gegenstand stattfinden.

- > Das Ziel verfolgen, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen: Die Analyse von Material soll nicht für sich alleine stehen, sondern sie soll als Teil eines Kommunikationsprozesses gesehen werden. Im Verlauf der Analysen sollen auch Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation gezogen werden, wie zB Aussagen über den „Sender“, über Wirkungen beim „Empfänger“ oder Ähnliches (vgl. Mayring 2010, S. 12–13).

„Qualitative Inhaltsanalyse will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystem bearbeitet.“
(Mayring 2002, S. 114)

4.3.2 Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ist zu achten auf...

- > Einbettung des Materials in den Kommunikationszusammenhang: Das inhaltsanalytische Vorgehen hat den Vorteil seiner kommunikationswissenschaftlichen Verankerung, wodurch das Material immer in seinem Kommunikationszusammenhang verstanden wird. Das bedeutet, dass Texte stets innerhalb ihrer Kontexte interpretiert werden und das Material auch auf seine Entstehung und Wirkung hin untersucht wird.
- > Systematisch regelgeleitetes Vorgehen: Die Analyse findet, wie schon kurz erwähnt, unter bestimmten vorab festgelegten Regeln statt. Zentral ist dabei die Festlegung eines konkreten Ablaufmodells der Analyse, welches nicht als Standardinstrument verstanden werden kann, sondern jeweils an den Gegenstand und das Material angepasst werden muss. Durch ein Ablaufmodell werden einzelne Analyseschritte definiert und in eine Reihenfolge geordnet, wobei die Systematik so beschrieben werden sollte, dass ein/e zweite/r AuswerterIn die Analyse ähnlich durchführen kann.
- > Kategorien im Zentrum der Analyse: Das Kategoriensystem stellt ein zentrales Instrument der Analyse dar, wodurch auch das Nachvollziehen der Analyse für andere unterstützt wird. Ein Augenmerk wird dabei auf die Kategorienkonstruktion und

-begründung gelegt. Das Arbeiten mit einem solchen Kategoriensystem wird als entscheidender Punkt der Vergleichbarkeit von Ergebnissen beschrieben.

- > Gegenstandsbezug statt Technik: Da das Anbinden der Analyse am konkreten Gegenstand unerlässlich ist, bietet die qualitative Inhaltsanalyse keine Techniken, die beliebig anwendbar sind. Der Gegenstand selbst steht im Vordergrund.
- > Überprüfung der spezifischen Instrumente durch Pilotstudien: Dadurch, dass bei der qualitativen Inhaltsanalyse bewusst auf voll standardisierte Instrumente verzichtet wird, muss das jeweilige Verfahren in einer Pilotstudie getestet werden. Probedurchläufe sind folglich auch im Forschungsbericht zu dokumentieren, um der intersubjektiven Nachprüfbarkeit gerecht zu werden.
- > Theoriegeleitetheit der Analyse: Die Festlegungen und Entscheidungen des grundsätzlichen Vorgehens und einzelner Analyseschritte sind als theoriegeleitet zu sehen. Das bedeutet, dass der Stand der Forschung zum beforschenden Gegenstand systematisch bei allen Verfahrensentscheidungen herangezogen wird.
- > Einbezug quantitativer Analyseschritte: Quantitative Analyseschritte sind dann als besonders wichtig anzusehen, wenn es um eine Verallgemeinerung der Ergebnisse geht, zB wenn ein konkreter Fall in ähnlicher Form besonders häufig auftritt. Ebenso kann innerhalb inhaltsanalytischer Kategoriensysteme durch die Häufigkeit einer Kategorie ihre Bedeutung untermauert werden, was jedoch (sorgfältig qualitativ) begründet werden muss.
- > Gütekriterien: Neben der Bedeutsamkeit quantitativer Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität ist die Intercoderreliabilität bei der qualitativen Inhaltsanalyse besonders wichtig. Darunter versteht man, dass mehrere Inhaltsanalytiker das selbe Material, unabhängig voneinander, analysieren, um anschließend ihre Ergebnisse zu vergleichen (vgl. Mayring 2010, S. 48–50).

4.3.3 Ablaufmodell qualitativer Inhaltsanalyse

Die Stärke qualitativer Inhaltsanalyse ist, dass die Analyse in einzelne Interpretationsschritte zerlegt wird, welche vorab festgelegt werden. So soll die Vorgehensweise für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar werden. Dazu wurde ein Modell zur Orientierung erstellt, wobei das Ablaufmodell selbst jeweils auf den konkreten Fall und das Material abzustimmen ist (vgl. Mayring 2010, S. 59).

- 1) Festlegung des Materials
- 2) Analyse der Entstehungssituation
- 3) Formale Charakteristik des Materials
- 4) Richtung der Analyse (Autor, soziokultureller Hintergrund, Wirkung ...?)
- 5) Theoretische Differenzierung der Fragestellung
- 6) Bestimmung der Analysetechnik (Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung)
 Festlegung des konkreten Ablaufmodells
 Festlegung und Definition der Kategorien/des Kategoriensystems
- 7) Definition der Analyseeinheiten (Kodier-, Kontext-, Auswertungseinheit)
- 8) Analyseschritte mittels des Kategoriensystems
 Rücküberprüfung des Kategoriensystems an Theorie und Material
 Bei Veränderung erneuter Materialdurchlauf
- 9) Zusammenstellung der Ergebnisse und Interpretation in Richtung der Fragestellung
- 10) Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien (vgl. Mayring 2010, S. 60)

Ad 1. Festlegung des Materials: Zuerst muss genau definiert werden, welches Material analysiert wird (zB genaue Definition der Grundgesamtheit, Überlegungen zum Stichprobenumfang).

Ad 2. Analyse der Entstehungssituation: Das Material wurde von wem unter welchen Bedingungen gewonnen? (zB VerfasserIn und sein/ihr Handlungshintergrund, soziokultureller Hintergrund)

Ad 3. Formale Charakteristika des Materials: Definition in welcher Form das Material vorliegt (zB niedergeschriebener Text)

Ad 4. Richtung der Analyse: Die so genannte Lasswell'schen Formel zur Analyse von Kommunikation lautet dazu: „Wer sagt was, mit welchen Mitteln, zu wem, mit welcher Wirkung?“. So kann unterschieden werden, ob etwas über den Gegenstand (zB Dokumentenanalysen), den emotionalen Zustand des Kommunikators (zB Inhaltsanalysen der Psychotherapie) oder über den Text (zB Literaturwissenschaft) Aussagen gemacht werden sollen.

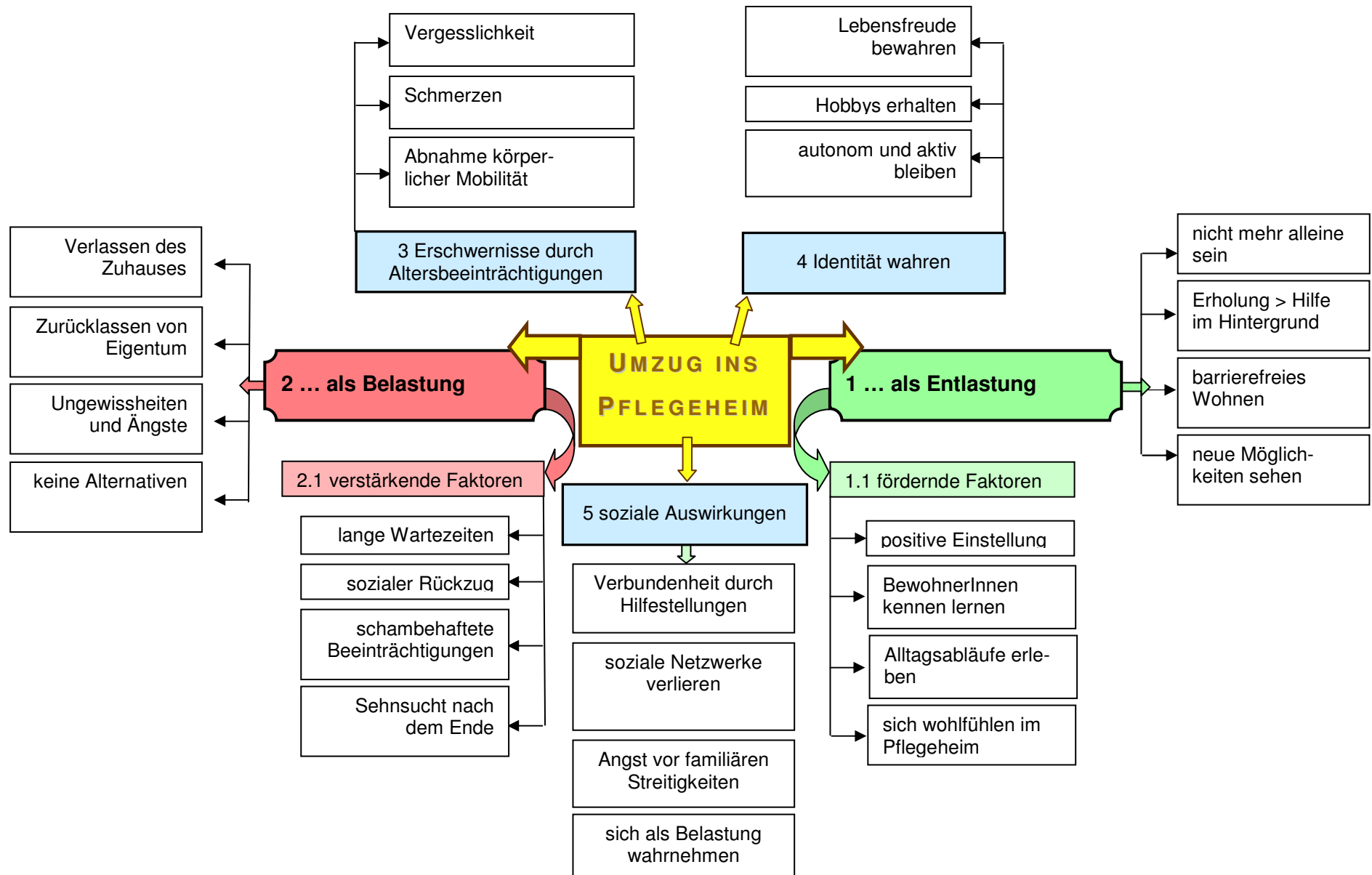
Ad 5. Theoretische Differenzierung der Fragestellung: Die Analyse soll einer präzisen theoretisch begründeten inhaltlichen Fragestellung folgen, wodurch an Erfahrungen

vorangegangener Forschungen zum jeweiligen Gegenstand angeknüpft werden soll (vgl. Mayring 2010, S. 52–60).

In Hinblick auf die Entwicklung eines Kategoriensystems sind anschließend folgende Schritte zu beachten:

- > Paraphrasierung: Hierbei werden einzelne Kodiereinheiten in kurze, auf den Inhalt beschränkte Formen umgeschrieben, wobei ausschmückende Textbestandteile weggelassen werden. So sollen in einer einheitlichen Sprachebene grammatikalische Kurzformen entstehen.
- > Generalisierung auf das Abstraktionsniveau: Die Paraphrasen werden nun verallgemeinert.
- > Erste Reduktion: Unwichtige, nichts sagende Paraphrasen werden gestrichen.
- > Zweite Reduktion: Paraphrasen, welche sich aufeinander beziehen oder über das gesamte Material verstreut sind, werden zusammengefasst bzw. können durch neue Aussagen wiedergegeben werden (vgl. Mayring 2010, S. 68–70).

Im Verlauf der so erfolgten Analyse der durchgeführten Interviews konnte schließlich nachfolgende Grafik, welche im weiteren Verlauf beschrieben wird, erarbeitet werden.



In einem Einzug in ein Pflegeheim kann beidseits eine Entlastung wie auch eine Belastung gesehen werden. Unterschiedliche Gegebenheiten individueller Personen können als ausschlaggebend dafür herangezogen werden, wie die anstehende Institutionalisierung gesehen und schließlich erlebt wird.

1 Der Einzug ins Pflegeheim als Entlastung

1a Nicht mehr alleine sein

Viele hochaltrige Personen sehen sich damit konfrontiert, ihren Alltag vorwiegend alleine verbringen zu müssen. Eingeschränkte Möglichkeiten durch die Abnahme der körperlichen Mobilität, Altern des sozialen Umfeldes wie auch die räumliche Entfernung zu Angehörigen seien hier als einige Beispiele genannt. Folglich können Interessen, Erlebtes sowie Belastungen nur eingeschränkt mit Mitmenschen geteilt werden. Nachdem das Individuum jedoch in einem familiären Netzwerk aufwächst und meist darauf bedacht ist, in einem wechselseitigen Austausch mit seiner Umwelt zu agieren, entsteht so das Gefühl der Einsamkeit.

„Die Stiegen kann ich ja steigen, Stiegen kann ich ja gehen und in den Garten hinaus kann ich auch und da kann man herumgehen und in der Sonne sitzen aber einsam ist man halt.“ [Interview 1, Z. 169–171]

So zeigt sich, dass der oftmals vorrangige Wunsch, den Lebensabend zu Hause verbringen zu wollen, auch seine Einbußen mit sich bringen kann. Selbst die Situation, wenn die Betroffenen mit ihrer Familie wohnen, muss genaue Betrachtung finden, nachdem das Gefühl des Alleinseins auch entstehen kann, wenn Menschen objektiv in das gesellschaftliche Leben eingegliedert zu sein scheinen.

„Aber die müssen ja (,) die Schwiegertochter und der Sohn müssen ja arbeiten und dann bin ich den ganzen Tag eigentlich irgendwo alleine und jetzt hab ich gesagt na das ist ja auch nichts und da geh ich lieber ins Pflegeheim.“ [Interview 6, Z. 14–17]

Dem kommt hinzu, dass die Betroffenen ihren Angehörigen nicht zur Last fallen möchten und sich folglich in ihren Bedürfnissen nach sozialem Austausch eher zurücknehmen und zurückziehen. Findet zudem ein Mangel an Kommunikation statt, wodurch solche Verhaltensweisen nicht aus dem Weg geräumt werden, sondern weiterhin bestehen bleiben, besteht die Gefahr, dass das daraus eventuell resultierende „Neben-einander-Leben“ seitens der zukünftigen HeimbewohnerInnen falsch interpretiert wird.

„Aber wie ich gesehen hab, da bin ich so alleine und da ist niemand zum Reden oder nicht viel (,) und am Abend wenn die dann nach Hause kommen sind auch müde vom Arbeiten und sind's auch nicht interessiert dass mit mir quatschen oder so.“ [Interview 6, Z. 77–80]

Ein weiterer Punkt ist der, dass sich hochaltrige Personen damit auseinandersetzen, wie sich ihre Situation in den kommenden Jahren gestalten wird. Wenn das bestehende soziale Zusammenleben im gewohnten Ausmaß in Zukunft nicht mehr lebbar sein wird, da zum Beispiel ihr Angehöriger/ihre Angehörige selbst pflegebedürftig und auf professionelle Hilfe in einer Langzeitinstitution angewiesen ist – sie selbst schließlich alleine bestehen müssten, führt dies auch zu einer positiveren Betrachtungsweise eines Heimeinzuges.

„Und ich weiß nicht, ob ich das psychisch durchstehen würde ganz alleine zu sein und eine gewisse Ansprache ist einfach notwendig und das hab ich dort dann doch.“ [Interview 2, Z. 334–336]

Geschätzt wird die Tatsache, dass in einem Pflegeheim stets Menschen da sind, wenn man sich Gesellschaft wünscht. Es wird die persönliche Situation derjenigen im zukünftigen Zuhause gegenübergestellt und Vorzüge können wahrgenommen werden.

„Aber dort bin ich halt unter Leuten nicht?“ [Interview 6, Z. 139–140]

Speziell dem Sprechen miteinander wird eine bedeutende Rolle zugeschrieben. Sich austauschen zu können, Neues in Erfahrung zu bringen und am Leben und am gesellschaftlichen Zusammensein aktiv teilnehmen zu können, zeigen sich besonders im Alter als grundlegende Bedürfnisse – können diese nicht erfüllt werden, steigert sich das Gefühl der Einsamkeit und des Traurigseins.

„57 Jahre waren wir verheiratet ... Und jetzt bin ich alleine ... Die ganze Zeit (,) mir fehlt das schon wenn man niemanden zum Reden hat ... Wenn man sich im Fernsehen was anschaut und dann kann man mit niemanden drüber reden ... Es kommt niemand zu Besuch und setzt sich her, dem ich was erzählen kann!“ [Interview 1, Z. 249–253]

Doch nicht nur die Bedürfnisse alleine werden wahrgenommen, sondern auch die Auswirkungen, welche sich bei fehlenden Kommunikationsmöglichkeiten über längere Zeiträume hinweg entwickeln, und als zusätzliche Belastung erlebt. Der im Alter häufig fortschreitende Verlust kognitiver Fähigkeiten, welcher sich letztendlich auch auf die Verständigung auswirkt, wird von den InterviewpartnerInnen ebenso wahrgenommen und genau verfolgt. In einem Heimeinzug wird folglich auch die Möglichkeit gesehen, diesem Abbau aktiv entgegenzuwirken.

„Wissen Sie, wenn man zu wenig spricht, kann man das Sprechen fast ... Und das ist auch eines der Sachen, dass ich fortgehen will, damit ich jemanden hab damit ich sprechen kann, verstehen Sie und dann (,) dann kriegen Sie richtige Wortfindungsstörungen und es heißt ... Jetzt weiß ich nicht mehr was ich sagen wollte.“ [Interview 3, Z. 790–794]

Nicht das Sprechen alleine ist dabei wichtig, sondern darüber hinaus auch die Tatsache, dass im Pflegeheim der Austausch mit Gleichgesinnten stattfinden kann, wodurch sich die Betroffenen angenommener fühlen.

„Weil eigentlich (,) dort ist ein jedes Schicksal gleich (,) wennst dort redest mit den Leuten und die so erzählen.“ [Interview 5, Z. 265–266]

1b Erholung durch Hilfe im Hintergrund

Die ältere Generation von heute ist eine Generation, die gewohnt war viel und schwer zu arbeiten. Das häufige nicht Eingestehen-Wollen oder Können der Abnahme körperlicher sowie geistiger Fähigkeiten und der Versuch, weiterhin selbstständig den Alltag zu bewältigen, führt oft zu großen Belastungen sowie Überforderung. Wird der Wert von Unterstützungsleistungen, beispielsweise im Verlauf von genannten Kurzzeitpfle-

geaufenthalt, erstmals erfahren, so zeigt sich für viele Betroffene dadurch eine wichtige Möglichkeit, Entlastung zu finden.

„Es ist eine große Entlastung! Große Entlastung, ich hab sogar oft ein bisschen ein schlechtes Gewissen weil ich tu ja gar nichts mehr, dass ich dem Herrgott seine Zeit stehle, wo ich nichts mehr leisten kann aber es ist halt so!“ [Interview 5, Z. 332–334]

Hier ebenso ausschlaggebend scheint der Blick in die Zukunft, welcher oftmals mit Bedenken oder Ängsten verbunden ist. Zunehmende körperliche Gebrechlichkeiten und damit einhergehende erhöhte Sturzrisiken machen vielen Betroffenen bewusst, dass das Weiterführen des eigenen Haushalts im Ausmaß zum Zeitpunkt des Interviews die eigene Sicherheit beeinträchtigen kann.

„Ich bin zwar noch nicht so gebrechlich aber trotzdem zu Hause bin ich ja doch alleine und wenn ich ausrutscht oder hin falle oder irgendwas, dann ist das nicht mehr.“ [Interview 6, Z. 27–29]

Werden diese Gedankengänge weitergeführt und ebenfalls dem Heimleben gegenübergestellt, schätzen die zukünftigen HeimbewohnerInnen die dort vorhandene Hilfe im Hintergrund, wenn diese benötigt wird. Insbesondere wurde dabei die Möglichkeit erwähnt, Unterstützung zu jeder Tages- und Nachtzeit anfordern zu können.

„Nur im Heim ist halt der Vorteil, dass man jederzeit jemand rufen kann wenn was ist und in der Nacht ist sogar wer da ... Ja (,) die kommen auf Nacht um viertel/halb zehn nochmal daher und schauen ob man noch irgendeinen Wunsch hat.“ [Interview 6, Z. 275–277]

Zudem werden auch Situationen durchdacht, welche sich durch das Alleine-Leben im eigenen Zuhause bedrohlich entwickeln könnten, während diese im Pflegeheim durch einfache Betätigung der Ruftonanlage bzw. durch die kontinuierliche Betreuung meist schnelle „Entschärfung“ finden können.

„Und dort kann ich wenigstens, dort hab ich eine Glocke und kann ich läuten (,) kann mich irgendwer aufziehen oder irgendwas!“ [Interview 6, Z. 29–31]

Darüber hinaus sind viele der Betroffenen durch die Alltagsbewältigung mit altersbedingten Beeinträchtigungen so hohen Belastungen ausgesetzt, dass sie dadurch eine enorme psychische Anspannung verspüren.

„Ah (,) ich muss mich erholen, ich bin nämlich nervlich auch fertig.“ [Interview 5, Z. 8]

So steht der anstehende Einzug in das Pflegeheim auch dem Wert der Erholung, welche durch die Unterstützung im Tagesverlauf gewonnen werden kann, gegenüber. Folglich können Tätigkeiten, welche im eigenen Zuhause teilweise mit hohen Kraftaufwendungen verbunden sind, mit professionellen Hilfestellungen einfacher bewerkstelligt werden.

„Und so freu ich mich schon recht, weil da kann ich mich dann richtig erholen ... Ich hab die 14 Tage wo ich dort war, hab ich mich so erholt, dass mich alle bewundert haben wie ich gut ausschau und jetzt bin ich wieder ganz herunter!“ [Interview 5, Z. 10–12]

Die zum Teil erlebte Erholung durch die Kurzzeitpflegeaufenthalte hat manchen InterviewpartnerInnen gezeigt, dass fortschreitende Beeinträchtigungen dadurch auch eine Verbesserung erfahren können und sie sich schließlich wieder fitter und vitaler fühlen. Gleichzeitig bleibt jedoch das Bewusstsein demgegenüber, dass trotz oftmals wiedergewonnener Kräfte die selbstständige Bewältigung des Alltags nicht mehr möglich sein wird.

„Jajajaja ich hab's leichter (,) wissen Sie, ich hab's nicht so schwer, nicht ... Obwohl ich muss sagen, wenn ich dann längere Zeit, dann wird wieder aufgeholt (,) dann fühlt man sich fit dann kann ich wieder besser gehen (,) dann denkt man ‚mei eigentlich brauch ich das gar nicht‘ ... Jaja, aber wehe dem, wenn ich wieder nach Hause gehen würde (,) würd ich in zwei drei Wochen (,) würd das wieder alles genauso.“ [Interview 3, Z. 603–607]

Die professionelle pflegerische Betreuung auf unterschiedlichen Ebenen wird sehr hoch geschätzt. Der Wert jederzeit zugänglicher Hilfestellungen welche zum Wohlbefinden beitragen, wie zum Beispiel bei der Körperpflege, darf dabei nicht unterschätzt werden.

„Da hab ich alles da hab ich die Betreuung, zwei Mal in der Woche werd ich geduscht, da wird mir geholfen weil ich hab ja eine Prothese, weil ich bin ja Unterschenkel amputiert vom Krieg.“ [Interview 6, Z. 61–63]

Der Tagesablauf im Alter bei selbstständiger Bewältigung beinhaltet unterschiedliche notwendige Wege und Erledigungen, welche bei vorhandenen Schwächen große Hindernisse bergen können, wodurch die Betroffenen schließlich einer Resignation gegenüberstehen können. Die erlebte Entlastung bei Abnahme organisatorischer Aufgaben durch das Pflegeheim wird hoch eingestuft.

„Da steht man in der Früh auf und Sie brauchen nichts tun, weil von der Bank wird das abgeschrieben (,) Sie brauchen nicht einmal viel auf die Bank gehen außer Sie kaufen irgendwas wo Sie eine Rechnung kriegen ... Und zu Hause müssen Sie (,) Sie müssen einkaufen gehen und rechnen, Sie müssen sich das Geld holen und Sie müssen (,) Sie müssen, wissen Sie (,) es ist schon schwierig ... Wenn Sie (,) wenn wer so schnell das Geld zählt (,) man kommt da gar nicht mit (,) verstehen S', das ist ziemlich schwierig und manchmal sag ich (,) bittschön langsamer, weil manche machen's, aber wenn ein junger Bursch da ist der macht das nicht!“ [Interview 3, Z. 546–553]

Selbst die Planung des Tagesablaufs zu Hause wird den individuellen körperlichen Beeinträchtigungen angepasst. Nachdem das Thema der Inkontinenz im Alter oftmals einen zentralen Platz einnimmt, wird häufig auf die notwendige Tagestrinkmenge verzichtet sowie die Zu-Bett-geh-Zeiten angepasst. Nachdem der Kontrollverlust über die eigene Ausscheidung oftmals schambehaftet und als schmutzig erlebt wird, werden Hilfestellungen diesbezüglich hoch geachtet.

„So lass ich mir Zeit, dass ich nicht zu früh ins Bett geh weil sonst muss ich dann gleich nach zwei Stunden aufstehen aufs Klo ... Und da im Heim (,) das war mir dann neu, da ist es mir auch einmal passiert (,) aber die Schwestern dort die sind ja alle lieb gewesen, sehr freundlich trotzdem!“ [Interview 5, Z. 121–125]

Die Erfahrung darüber, den Alltag nach eigenen Wünschen gestalten zu können, ohne diesen wesentlich von den eigenen Schwächen bestimmen lassen zu müssen, und Tätigkeiten, bei welchen Hilfsbedarf besteht, nahezu jederzeit durchführen zu können, zeigt sich als weiterer Vorteil im Vergleich zum Leben zu Hause.

„Da kommt auch in der Nacht jemand ganz leise (,) schauen und fragen ,soll ich Ihnen helfen, müssen S' aufs Klo' (,) das ist überall gleich und da jetzt bin ich alleine.“ [Interview 5, Z. 158–160]

Einige zukünftige HeimbewohnerInnen haben durch erlebte Kurzzeitpflegeaufenthalte und der damit verbundenen Erholung die Sichtweise gewonnen, den letzten Lebensabschnitt im Pflegeheim durch die Verringerung vieler Belastungen angenehmer gestalten zu können, als dies im eigenen Zuhause möglich wäre.

„Schau wenn du jetzt ins Heim gehst kannst du vielleicht noch ein paar Jahre schöner leben, weil ewig kann man ja nicht leben.“ [Interview 3, Z. 608–609]

1c Barrierefreies Wohnen

Altersbedingte Beeinträchtigungen können im fortschreitenden Verlauf dazu führen, dass betagte Personen die Räumlichkeiten im eigenen Zuhause nicht mehr oder nur eingeschränkt nutzen können. Hindernisse können sich zum Beispiel ergeben durch fehlende Aufzüge, Treppen, Türschwellen, verwinkelte Räume – insbesondere in Verbindung mit der Notwendigkeit von Gehilfen wie beispielsweise Gehstock, Krücken, Rollator oder Rollstuhl. Vor allem durch den Gebrauch von Mobilitätshilfen kommt es zu Einschränkungen bzw. Einbußen bei einzelnen Alltagstätigkeiten.

„Es geht alleine (,) ich kann ja nichts machen, ja! Sehen S' eh, jetzt draußen hat's ge-läutet (,) ja ich kann ja nicht mit dem Rollstuhl ... Dann tu ich das Fenster aufmachen um zu schauen.“ [Interview 4, Z. 411–413]

Hinter der häufig scheinbaren selbstständigen Lebensführung zu Hause können schließlich bei genauerer Betrachtung starke Beeinträchtigungen in einzelnen Bereichen gesehen werden.

„Und Essen auf Rädern hab ich (,) na ich kann in die Speis nicht mehr hineingehen, ich kann in den Kühlschrank nicht mehr hinein mit dem Rollstuhl ... Und ich bin ja froh, dass ich aufs Klo (,) wenn ich aufs Klo nicht mehr gehen könnt.“ [Interview 4, Z. 169–171]

Diverse Barrieren im eigenen Zuhause können auch dazu führen, dass die Betroffenen teilweise auf die Verwendung notwendiger Hilfsmittel verzichten. Nach erlebter Erleichterung, zum Beispiel durch Gehhilfen im Pflegeheim, müssen die zukünftigen HeimbewohnerInnen daheim häufig wieder ohne diese zurecht kommen.

„Oben im Heim (,) da war ich jetzt 7 Wochen im Jänner ... Da haben's mir ja auch einen Rollator gegeben (,) mit dem tu ich mich auch leichter beim Gehen ... Aber da kann ich den nicht brauchen ... Da hab ich Stufen und dann geh ich draußen damit und (,) dann muss ich ihn die Stufen raufheben [schüttelt den Kopf]!“ [Interview 1, Z. 97–101]

Wenn gewisse Einschränkungen in der eigenen Umgebung bestehen und durch das Kennenlernen des Pflegeheims der Vorteil des barrierefreien Wohnens erlebt wird, ist die damit verbundene Erleichterung oftmals sehr groß. Durch diese Entlastung mit dem Erkennen des Nutzens vom Leben im Pflegeheim kann die Institutionalisierung weiter ins positive Licht gerückt werden.

„Und dann hab ich dort ein Zimmer gehabt ... Mit Badezimmer und Dusche und das war alles großartig wenn man überall hin kann!“ [Interview 4, Z. 413–415]

1d Neue Möglichkeiten sehen

Durch die obig beschriebene Erholung durch die Hilfe im Hintergrund können sich die Betroffenen auf persönliche Bereiche konzentrieren, für welche sie im eigenen Zuhause nicht mehr die nötige Kraft aufwenden konnten bzw. wo gewisse Unterstützungsleistungen notwendig sind. Schon alleine das barrierefreie Wohnen ermöglicht einigen von ihnen, die körperliche Mobilität zu stärken. Das hinzukommende Wissen über die professionelle Hilfe im Hintergrund kann auch dazu führen, dass sich die zukünftigen BewohnerInnen wieder mehr zutrauen.

„Ich glaub mein Kreuz wird nicht mehr besser und ich werd nur ... Ich werd nicht mehr viel rauskommen (,) sagen wir, ich muss mich schon mehr aufs Zimmer verlegen, gerade mal, wenn ich dann einen Rollator bekomme, dass ich dann wieder mehr gehen kann (,) weil so weit gehen mit dem Stock.“ [Interview 1, Z. 481–484]

Auch das Miterleben von Verbesserungen im körperlichen Zustand anderer BewohnerInnen kann bei zukünftigen HeimbewohnerInnen motivierend für die eigene Lage sein. Direkt wahrnehmbare Ergebnisse professioneller Unterstützungen können wesentlich zu einer Basis der Vertrauensbildung beitragen – speziell da fremden Situationen häufig mit Bedacht gegenübergetreten wird.

„Ich hab mich gefreut, da hab ich beim Fenster rausgeschaut dort und da war ein Herr ... Jedenfalls hat er Ziehharmonika (,) er hat immer Ziehharmonika gespielt, nicht ... Aber er war nie am Balkon und eines Tages bin ich raus gekommen und da ist er am Balkon gegangen und da (,) hab ich gesagt: ‚Herr Sie sind ja schon am Balkon?‘ Hat er gesagt: ‚ja‘ hat er gesagt ‚ich kann jetzt wieder gehen‘ (,) also stehen gehen weniger, aber jedenfalls stehen!“ [Interview 3, Z. 216–224]

Neben der Möglichkeit physische Schwächen aufzugreifen und auszugleichen versuchen planen einige zukünftige HeimbewohnerInnen durch das Wegfallen diverser Aufgabenbereiche beim Verlassen des Zuhauses, sich mehr um gesundheitliche Belange zu kümmern.

„Natürlich läuft vieles weiter weil man ist interessiert am ganzen Tagesgeschehen und so weiter (,) aber man muss sich dann halt insbesondere hat man dann doch mehr Zeit für Bewegung, spazieren gehen und so, was leider, was schon längst viel wichtiger wäre als man das einhalten kann weil die Zeit nicht so gegeben ist.“ [Interview 2, Z. 70–74]

Manchen Betroffenen ist es wichtig, den Alltag im Heimleben gestalten und an individuelle Vorstellungen anpassen zu können, indem sie sich neue Tätigkeiten suchen, wodurch sie sich weiterhin gefordert fühlen.

„Und man muss sich dann auch ganz neue Arbeitsfelder oder Interessensfelder suchen (,) ich mein manche nimmt man mit hinein natürlich.“ [Interview 2, Z. 3–5]

Die obig beschriebene Wichtigkeit des sozialen Kontakts und des Nicht-alleine-sein-Wollens spiegelt sich auch in der Gestaltung neuer Möglichkeiten wider. Ein Interviewpartner beschreibt seine Vorstellungen dabei wie folgt:

„Vielleicht ist es auch dort möglich, dass es dort noch ansprechbare Personen gibt, die sagen ‚ja ich nehme da teil‘ auch über ernste Gesprächsthemen ... Durchaus auch für gemütliche Runden mit Spielen und so weiter, nicht?“ [Interview 2, Z. 352–356]

Die aktive Aufrechterhaltung der sozialen Integration in Verbindung mit dem Teilen von Interessen, durch die Idee der eigenständigen Gründung dazugehöriger Gruppen, zeigt den deutlichen Wunsch, den Lebensabend individuell gestalten zu wollen. Die weiteren Ausführungen des genannten Gesprächspartners, welcher zum Zeitpunkt des Interviews noch als Gemeindepfarrer tätig war, offenbaren konkrete Vorstellungen dazu, wie die eigene Berufung in das Pflegeheim mitgenommen und angepasst werden kann:

„So könnt ich mir vorstellen dann auch mit bekannten Mitbrüdern aus der Umgebung oder auch irgendwo dort im Pflegeheim ein Gruppe zu übernehmen, eine Familienrunde, nicht ... Und diese betreuen und jedes Mal fragen: ‚welches Thema wollen Sie das nächste Mal besprechen?‘ (,) so alle Monate zumindest ... Und das kann sich dann aufbauen mit der Zeit.“ [Interview 2, Z. 314–319]

Doch nicht alleine sind die zukünftigen HeimbewohnerInnen gefragt, ihren Alltag zu gestalten, sondern es wurde auch erläutert, dass es im Pflegeheim regelmäßige Veranstaltungen zu unterschiedlichen Themen bzw. Anlässen gibt, welche durchaus gerne besucht werden.

„Man kann dann auch hier und da mal teilnehmen wenn dort interessante Vorträge sind kann man hingehen und kann dort teilnehmen.“ [Interview 2, Z. 347–349]

Es wird auch sehr geschätzt, dass im Rahmen diverser Unterhaltungen der Kontakt zu anderen aufgebaut und aufrechterhalten werden kann, dessen Wichtigkeit in der obig beschriebenen Kategorie „Nicht mehr alleine sein“ dargestellt wurde. Den angebotenen Geselligkeiten wird meist gerne beigewohnt.

„Und dort ist es auch unterhaltsam!“ [Interview 5, Z. 262]

1.1 Fördernde Faktoren

1.1a Positive Einstellung

Nachdem im Verlauf der letzten Jahrzehnte der Familienverband durch neue Konstellationen Veränderungen unterzogen war und das familiäre Netzwerk heutzutage folglich wertvolle Unterstützungsleistungen oftmals nicht mehr im gewohnten Ausmaß erbringen kann, sind viele Hochbetagte auf die professionelle Pflege angewiesen. Die Möglichkeit, diese in einer Institution, wo kontinuierliche und interdisziplinäre Betreuung stattfindet, in Anspruch nehmen zu können, wird folglich hoch geschätzt.

„Das ist eine gute Erfindung gewesen, dass die das gemacht haben, das Heim!“ [Interview 5, Z. 334–335]

Auch hier scheint das oftmalige Zugeständnis, das Leben mit fortschreitenden altersbedingten Beeinträchtigungen zu Hause auf Dauer nicht mehr bewerkstelligen zu können und den Lebensabend schließlich mit geringeren Belastungen im Pflegeheim verbringen zu können, eine große Rolle zu spielen.

„Da bleibt einem eh nur ein Heim über, dass’ so was gibt! Das ist weiß Gott was wert!“ [Interview 4, Z. 650–651]

Wenn zukünftige HeimbewohnerInnen schon über längere Zeiträume hinweg mit ihren Beeinträchtigungen mehr oder weniger alleine zurechtkommen mussten und die sie erwartende Entlastung im Pflegeheim wahrnehmen können, scheint dies auch wesentlich zu einer positiveren Einstellung zur Langzeitpflegeinstitution beizutragen. Ebenso begünstigend wirkt sich diesbezüglich die intensive gedankliche Annäherung an solche Einrichtungen aus.

„Nachdem ich ja gehbehindert bin und da die Prothese hab und eben beim Oberschenkel amputiert bin hab ich immer gesagt wenn’s dann ist, dann geh ich in ein Heim.“ [Interview 6, Z. 114–116]

An diesem Punkt ist jedoch anzumerken, dass der derzeitige Trend in Österreich meist dahingehend ist, längst möglich im eigenen Zuhause zu bleiben und erst zum Zeitpunkt relativ weit fortgeschrittener Gebrechen in eine Langzeitpflegeinstitution zu übersiedeln. Unterstützend können hier Angaben von bereits im Pflegeheim wohnenden Personen sein, welche den zukünftigen HeimbewohnerInnen ihre Erfahrungen berichten. Sind diese darüber hinaus vertraute Angehörige der Betroffenen, scheinen ihre Sichtweisen umso bedeutender zu sein.

„Und das ist ... Da bin ich eben interessiert, weil Bekannte von dort (,) die auch dort sind und die haben gesagt (,) das ist so schön.“ [Interview 5, Z. 64–65]

Wenn sich zukünftige HeimbewohnerInnen erstmals ein Bild von ihrer künftigen Situation gemacht haben, wirken diese relativ stabil – umso wichtiger ist es, alle Möglichkeiten für eine positive Sichtweise auszuschöpfen.

„Jetzt geh ich dann ins Heim (,) und es ist ja schön und wenn da jemand sagt es ist nicht schön, dann ist das eine Lüge für meine Begriffe weil das Pflegeheim in Pitten ist ja wie ein Vier-Sterne-Hotel!“ [Interview 6, Z. 102–104]

1.1b BewohnerInnen kennen lernen/Personen kennen lernen

Wenn Menschen auf völlig neue Situationen treffen, dann können gewisse Vertrautheiten helfen, sich zu orientieren. Solch eine Orientierung kann zum Beispiel durch das Kennenlernen von BewohnerInnen und Personal vorab gewährleistet werden. Das Wissen der zukünftigen HeimbewohnerInnen, auf welche Personen sie treffen und mit welchen Menschen sie schließlich ihren Lebensabend verbringen werden, kann Bedenken und Ängste durch Ungewissheiten entschärfen. Die schon zuvor errungene Kenntnis über das künftige soziale Netzwerk kann auch maßgebend zur Pro- oder Contra-Entscheidung für ein Pflegeheim beitragen.

„Schauen Sie, Sie können wo hineinkommen und haben Menschen mit denen Sie überhaupt keine Beziehung haben (,) wenn ich in ein Wiener Heim gehen würde jetzt, erstens kenn ich dort niemanden, zweitens wenn lauter Frauen sind mit Kindern die reden über Vorhänge und über Wäsche und über Kindererziehung und ich habe damit

überhaupt nichts am Hut ... Und ich wüsste nicht (,) was ich und das was aber mich interessiert, von dem wissen die wiederum nichts und das interessiert die auch nicht, weil sie ein ganz anderes Leben gehabt haben.“ [Interview 3, Z. 109–116]

Speziell im Verlauf von Kurzzeitpflegeaufenthalten besteht die Möglichkeit, die HeimbewohnerInnen nach und nach kennen zu lernen, wodurch selbst zurückgezogene Personen die Gelegenheit haben, sich in ihrem Tempo an „neue“ Menschen anzunähern.

„Ich bin alleine gewesen immer und langsam lernt man dann dort halt Leute kennen und redet dann auch, speziell zum Essen (,) da sitzen wir immer am selben Tisch.“ [Interview 6, Z. 222–224]

Hochbetagte Menschen fühlen sich mit ihren Beeinträchtigungen häufig alleine und einsam. Oftmals haben sie das Gefühl, dass ihre Situation nicht auf ausreichend Verständnis in ihrem Umfeld trifft. Durch das Kennenlernen von HeimbewohnerInnen und das Beisammensein mit Gleichgesinnten im Pflegeheim erfahren sie, dass sie mit ihren Belastungen nicht alleine sind.

„Weil eigentlich (,) dort ist ein jedes Schicksal gleich (,) wennst dort redest mit den Leuten und die so erzählen.“ [Interview 5, Z. 265–266]

Ebenso wichtig erscheint die Möglichkeit, das Personal kennen zu lernen. Nicht nur der respektvolle Umgang mit den anderen HeimbewohnerInnen, sondern auch das Aufbauen einer positiven Beziehung mit den im Pflegeheim angestellten Personen ist für eine angenehme Tagesgestaltung wesentlich.

„Aber im Großen und Ganzen die Bedienerinnen die zusammenräumen (,) also ich hab mich mit allen gut verstanden ... Und die letzte, als ich im Jänner wieder nach Hause gefahren bin (,) da hab ich meine Rückenbürste ... Naja ich bin ja alleine ich hab ja niemanden ich brauch eine Rückenbürste (,) naja und da hab ich die unter den Handtüchern hängen gehabt und hängen lassen ... Und zu Hause bin ich dann eh gleich draufgekommen und dann hab ich so eine Bedienerin getroffen ... Und hat's gesagt ‚Frau P. ich hab in ihrem Zimmer, Sie haben etwas vergessen‘ ... Und sie fährt eh immer bei mir zur Arbeit vorbei.“ [Interview 1, Z. 693–700]

Die Wirkung der Annäherung an das künftige soziale Netzwerk darf schließlich nicht unterschätzt werden.

„Und so ist das das Beste, wenn ich ins Heim geh und wenn das dort angenehm ist ist es noch besser, als wenn ich wo total fremd hingeh ... Und ich nicht weiß mit welchen Leuten ich dort zusammenkomm, nicht?“ [Interview 3, Z. 954–956]

1.1c Alltagsabläufe erleben

Viele Pflegeheime bieten die Möglichkeit an, Betroffene sowie deren Angehörige durch Urlaubs- oder Kurzzeitpflegeaufenthalte zu entlasten.

„Ja ... Da war ich im Jänner 7 Wochen lang (,) da kann man auf Urlaub gehen ... So zwischendurch ... Da war ich jetzt schon drei Mal.“ [Interview 1, Z. 104–105]

Im Verlauf solcher Aufenthalte bietet sich die Gelegenheit, Alltagsabläufe kennen zu lernen und folglich einen vertieften Eindruck über die bestehende Atmosphäre zu erlangen. Auch hier kann eine gewisse Entschärfung von Unsicherheiten und Ängsten durch die Annäherung an das anfänglich Unbekannte gesehen werden.

„Ich war jetzt schon in dem Heim drinnen ... Ich hab jetzt auch 14 Tage Urlaub gemacht dort ... Und dort hab ich gesehen, dass das dort sehr familiär und sehr freundlich dort ist und (,) wird wirklich jeder anständig behandelt (,) da war ich auch ganz überrascht!“ [Interview 5, Z. 3–5]

Ebenso erscheint das Erleben von Alltagsabläufen im Detail als wichtig. Dadurch kann ein besserer Eindruck darüber gewonnen werden, in welchen Bereichen Unterstützung stattfindet und welche Möglichkeiten der Beschäftigung geboten sind.

„Es wird ja dort alles gemacht (,) das Bett wird wieder zugemacht Nachmittag kommen's und machen's das Bett auf und dann die Essenszeiten hält man halt ein und dann geht man halt spazieren, Balkon ist auch da nein nein, es ist alles bestens dort!“ [Interview 6, Z. 261–264]

Vor der Übersiedlung stehen häufig Bedenken darüber im Vordergrund, inwieweit alte Gewohnheiten beibehalten werden können bzw. welche Angewohnheiten womöglich abgelegt werden müssen. Die Erfahrung darüber, dass auf individuelle Bedürfnisse zur größtmöglichen Förderung des Wohlbefindens eingegangen wird, stößt teilweise scheinbar auf Erstaunen.

„Man braucht eh nur das melden (,) die tun das dann eh ... Haben's gefragt wegen Frühstück was ich möchte ... Ich soll halt keine Kipferl und Semmeln essen, jetzt hab ich gesagt: ‚naja ein Grahamweckerl‘ naja also hab ich ein Grahamweckerl bekommen ... ‚Und was noch‘ ... Naja sag ich: ‚Butter‘ ... Und haben's gemeint: ‚Sie können alles haben‘... Naja und dann hab ich gemeint: ‚vielleicht ab und zu ein Blatt Wurst ess ich schon zu Hause auch ... Oder auch ein bisschen Marmelade (,) oder einen Schinken‘ und dann haben's gesagt: ‚naja das können Sie ohne weiters haben‘ ... Und es (,) man kann eh reden man muss nur reden und alles melden.“ [Interview 1, Z. 685–693]

Nachdem das Essen im Alter bei vielen einen hohen Stellenwert einnimmt, was womöglich unter anderem auf das Wegfallen vieler Beschäftigungsmöglichkeiten durch diverse Beeinträchtigungen zurückzuführen ist, wird bei vielen Pflegeheimen auf altbekannte Mahlzeiten geachtet. Durch das Entdecken von Vertrautheiten in unterschiedlichen Bereichen kann das Wohlbefinden im künftigen Zuhause gefördert werden.

„Und zum Nachtmahl jetzt gestern hab ich Erdäpfel mit Butter gehabt mit Salz und Butter ... Wir haben zu Hause im Winter haben wir das oft bekommen, wir haben das auch im Heim oben (,) haben wir das auch schon kriegt!“ [Interview 1, Z. 332–336]

Besonders geschätzt wird durch das Miterleben von Alltagsabläufen das Entscheid-Können zwischen Rückzug und Geselligkeit. Es werden einerseits neue Bekanntschaften geschlossen, mit welchen der Tag verbracht werden kann, und andererseits besteht die Möglichkeit, sich in sein Ein- oder Zweibettzimmer zurückzuziehen.

„Es ist (,) ah ... Ein jeder kennt jeden und doch hat man sein eigenes Daheim (,) wird nicht gestört, wenn man möchte alleine sein ... Und ja das (,) ich freu mich so!“ [Interview 5, Z. 6–7]

Die wesentliche Wirkung von Urlaubs- oder Kurzzeitpflegeaufenthalten kann darin gesehen werden, dass nach und nach ein Bezug zum künftigen Zuhause geschaffen werden kann, um dieses schließlich auch als solches annehmen zu lernen und den häufig auftretenden „Schock“ durch die Institutionalisierung zu entkräftigen.

„Drum, wissen Sie, ich glaub man kann keinen Menschen versetzen von heute auf morgen du gehst ins Heim, aber wenn man schon so oft dort war und manche Leute wenn's auf Urlaub gehen und verbringen ein Mal ein paar Wochen dort dann nimmt das die Härte, dann ist das nicht mehr hart (,) verstehen Sie?“ [Interview 3, Z. 210–213]

1.1d Sich wohlfühlen im Pflegeheim

Das Kennenlernen von BewohnerInnen und Personal sowie das Erleben von Alltagsabläufen kann maßgebend dazu beitragen, dass sich die künftigen HeimbewohnerInnen in ihrer neuen Umgebung wohlfühlen und ein Daheim-Gefühl entwickeln können.

„Und ich muss sagen ich fühl mich gut dort, weil ich schon oft dort war (,) aber in dem einen Zimmer muss ich sagen das ist mir vorgekommen, wie ein Zuhause.“ [Interview 3, Z. 129–131]

Das Wohlbefinden in der neuen Umgebung ist als ausschlaggebend dafür anzusehen, ob und inwiefern die Übersiedlung in ein Pflegeheim als positives Ereignis angesehen werden kann.

„Na für mich ist es eher positiv ... Ich bin froh, dass ich ins Heim gehen kann nämlich, dass es ein Heim ist, in dem ich mich wohlfühlen kann.“ [Interview 3, Z. 624–625]

Wenn die Langzeitpflegeinstitution durch Urlaubs- oder Kurzzeitpflegeaufenthalte zum Teil schon als neues Zuhause angenommen werden kann und darüber hinaus das Bewusstsein dafür besteht, jederzeit in ein anderes Pflegeheim wechseln zu können, trägt die vorhandene Entscheidungsmöglichkeit ebenso zum Wohlergehen bei. Als wesentlich vorrangig ist dabei auch hier die Entfremdung des Unbekannten durch die Annäherung vorab zu sehen.

„Ja, ich kann sagen ja (,) es ist ein Zuhause geworden, weil wissen Sie, der Wechsel ist für mich nicht so drastisch, jetzt geh ich in's Heim, weil ich weiß was mich dort erwartet (,) ich kenn die Leute dort und wenn's mir nicht passt, dann würd ich dort gar nicht hinfahren weil ich hab in Wien Möglichkeiten genug in ein Heim zu gehen, nicht ... Ich muss (,) ich bin nicht gezwungen nach Pitten zu fahren.“ [Interview 3, Z. 190–194]

Der Einzug in ein Pflegeheim kann neben entlastenden auch belastende Faktoren mit sich bringen. Bis der Umzug tatsächlich durchgeführt werden kann, sind oftmals diverse Hürden zu überwinden. Neben den eigentlichen Vorbereitungen, die eine Übersiedlung notwendig macht, findet durch das Aussortieren, Wegschmeißen und Vererben des eigenen Hab und Guts eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und dem letzten Lebensabschnitt statt.

2 Der Einzug ins Pflegeheim als Belastung

2a Verlassen des Zuhauses

Hinter dem Verlassen des Zuhauses verbergen sich oftmals enorme Belastungen; speziell wenn dieser Ort für geraume Zeit als Daheim gedient hat, fällt das Weggehen von diesem besonders schwer. Darüber hinaus muss beachtet werden, dass das Zuhause der älteren Generation häufig schwer erarbeitet und verdient werden musste. Eine betagte Frau, welche in ihrer Kindheit mit mehreren Personen auf engstem Raum leben musste, schildert die Verwirklichung ihres Traums, ein eigenes Haus zu besitzen, wie folgt:

„Ich hab sehr sehr viel gearbeitet und ich hab (,) ich war 32 Jahre also 1957 wie ich das Haus gekauft hab ... Alleine das Haus kaufen, sparsam war ich immer!“ [Interview 4, Z. 148–150]

Um den Wunsch eines eigenen Hauses realisieren zu können, musste vor allem in vergangener Zeit viel an Kraft und Kosten investiert werden, wodurch einem das Zuhause noch kostbarer wurde.

„Da waren keine Fenster noch und es war noch Schotter drauf und das (,) kein Zaun war nicht keine Garage ... Da hab ich ... Alles! Ich (,) nur der Tisch und die Eckbank, das ist gewesen!“ [Interview 4, Z. 157–159]

Im Verlauf eines Umzugs in ein Pflegeheim werden Wohnungen zumeist aufgegeben bzw. Häuser an Angehörige überschrieben. Der überschaubare Betrag der Pension,

bei häufig gleichzeitigem Kampf um eine Erhöhung des Pflegegeldes sowie das Finanzieren-Müssen des Pflegeheimplatzes machen es den wenigsten Hochaltrigen möglich, ihr Zuhause im eigenen Besitz behalten zu können.

*„Was mach ich mit der Wohnung drinnen (,) die kostet nur Geld, das kostet nur Geld.“
[Interview 6, Z. 122–123]*

Weitere Belastungen ergeben sich dadurch, dass die zukünftigen HeimbewohnerInnen häufig nicht wissen bzw. nicht wissen wollen, was mit ihrem Zuhause geschehen wird. Dennoch scheinen sie sich gleichzeitig viele Gedanken darüber zu machen, wie wertvoll ihnen dieses Daheim ist und ob dies in einem angemessenen Ausmaß verstanden wird. Neben der Wehmut durch das Verlassen des Zuhauses, empfinden einige Betroffene eine fehlende Wertschätzung gegenüber dem Geleisteten und Aufgebauten durch die Angehörigen.

„Und das Haus ... Ich weiß nicht was' mit dem Haus machen werden ... Das Haus ist ja jetzt schon 160 Jahre alt.“ [Interview 1, Z. 754–755]

„Und dann weiß ich nicht, sperrt sie das Haus zu oder nicht wenn ich im Heim bin ... Weiß ich ja nicht was sie mal vorhaben (,) ich will's ja gar nicht fragen (,) ich will's ja gar nicht wissen ... Vielleicht schieben's das ja eh zusammen (,) weil selber haben's ja ein schöneres Haus.“ [Interview 1, Z. 756–760]

Neben der Auseinandersetzung mit dem Zurücklassen des eigenen Daheims vergleichen viele zukünftige HeimbewohnerInnen ihre derzeitige Wohnsituation mit der kommenden. Die meisten Betroffenen sehen eine wesentliche Veränderung darin, dass die künftigen Räumlichkeiten, speziell in Bezug auf die Rückzugsmöglichkeiten, stark eingeschränkt sein werden. Vor allem jene, welche noch in einem eigenen Haus wohnen, beschäftigen sich mit der anstehenden großen Umstellung.

„Und es wird sicher sehr schwierig sein sich umzustellen wenn man hier mehr oder minder ähm ... Residieren konnte, nicht wahr mit 10 Räumen, nicht und plötzlich ein Aufenthaltsraum und ein Schlafraum und dann noch Waschgelegenheiten und Ende, nicht wahr? Das dauert sicher lange Zeit bis man sich da einstellt.“ [Interview 2, Z. 301–304]

In den vertrauten eigenen vier Wänden haben viele Hochaltrige im Verlauf mehrere Jahre gelernt, angepasste Verhaltensweisen zu entwickeln, um ihren fortschreitenden Beeinträchtigungen entsprechend entgegenzutreten und weiterhin ihren Alltag im gewohnten Umfeld bewältigen zu können. Im Verlassen des Zuhauses können sich Ängste vermutlich auch darin begründen, Bedenken zu haben, in der künftigen Umgebung nicht zurechtzukommen.

„Da zu Hause da kann ich mich bewegen ... Wenn ich von da bis rüber geh, da geh ich schon a ordentliches Stück ... Und da kann ich mich überall anhalten ... Und dann setz ich mich mal dort hin und mal da hin (,) aber dort da hat man dann nur zwei so Sessel und einen Tisch.“ [Interview 1, Z. 157–160]

Ebenso belastend erscheint für viele zukünftige HeimbewohnerInnen die Tatsache, dass sie ihr Zuhause verlassen und dadurch oftmals an individuell empfundenen Komfort einbüßen müssen. Das eigene Daheim wird zumeist bewusst so adaptiert, sodass sich die einzelne Person wohlfühlt und nach Möglichkeit Entlastung in Bezug auf altersbedingte Beeinträchtigungen erfährt. Dass dies auch ein Anliegen im Pflegeheim ist und auch eigenes Mobiliar, im begrenzten Ausmaß, mitgenommen werden kann, wird häufig durch diverse Belastungen nicht wahrgenommen.

„Ja und die Zimmer da (,) man kommt rein und dann hat man ein Bett einen Schrank und einen Tisch mit zwei Sessel ... Und so Sessel (,) so kleine und die sind so ungemütlich ... Ich kann da nicht lange sitzen ... Mit meinem Kreuz... Nein das geht gar nicht... Zu Hause (,) da hab ich meinen Lehnstuhl.“ [Interview 1, Z. 117–120]

Hinter solchen Aussagen, wo es zunächst scheinbar um das persönliche Hab und Gut zu gehen scheint, ist das eigentliche Festhalten am Daheim zu vermuten. Dies begründet sich darin, dass im selben Gespräch beiläufig mitgeteilt wurde, dass dieser Wunsch im Pflegeheim bereits deponiert wurde. Die weitere Erzählung bezog sich schließlich auf den Besuch einer Bekannten, welche bereits in dieser Langzeitinstitution lebt, wobei die besagte Dame Folgendes empfand:

„Ein so ein kleines Zimmer ... Also ich war sie ein paar Mal besuchen (,) ich hab Beklemmung bekommen (,) Angstzustände in diesen Zimmern!“ [Interview 1, Z. 587–588]

Ein gewisses Auf und Ab der Gedanken- und Gefühlswelt zeigt sich dadurch, dass einerseits am eigenen Daheim festgehalten wird, andererseits jedoch gleichzeitig das Bewusstsein darüber besteht, dass dieses Zuhause zum Zeitpunkt der Zusage zu einem Langzeitpflegeplatz aufgegeben und verlassen werden muss.

„Aber wenn ich wirklich einen Pflegeheimplatz krieg dann (,) ich weiß ... Ich weiß schon, dass ich dann mich auch vom Haus trennen werden müssen ... Und dass das dann verkauft wird.“ [Interview 4, Z. 388–390]

Dieser scheinbar nicht immer gänzlich freiwillige Schritt kann enorme Belastungen mit sich bringen, da darin nicht ausschließlich das Verlassen des Zuhauses an sich zu verstehen ist, sondern dass damit auch jenes Umfeld zurückgelassen wird, welches mit vielen charakterisierenden Erinnerungen und Erlebnissen verbunden wird, wodurch das Daheim-Gefühl mitgeprägt wurde.

„Ich werde von dem Haus von dem Ort rausgehen, ich muss alles verlassen aber ... Kann man ja nichts mitnehmen (,) genauso, wie ich den Schmuck allen hergegeben hab.“ [Interview 4, Z. 466–468]

Eben solche Ballaste, welche meist im Verlauf einer Langzeitinstitutionalisierung auftreten, müssen seitens der professionellen Pflege aufgegriffen und im weiteren Verlauf in den Pflegeprozess implementiert werden, sodass individuell angepasste Unterstützung zur Verarbeitung dieses verlusthaften Erlebnisses angeboten werden kann. Eine der interviewten Damen hat sich damit auseinandergesetzt und für sich Folgendes festgestellt:

„Denn, wissen Sie, ich glaube man kann keinen Menschen versetzen von heute auf morgen du gehst ins Heim.“ [Interview 3, Z. 210–211]

Dem kommt noch hinzu, dass mit dem Verlassen des Zuhauses meist auch diverse Verpflichtungen, welchen man gewohnt war nachzugehen, im Verlauf der Institutionalisierung wegbrechen. Dieser plötzliche Funktionsverlust in der Gesellschaft ist ebenso dringend durch die professionelle Pflege aufzugreifen, um dem Gefühl der Nutzlosigkeit, mit individuell angepassten neuen Funktionen, entgegenzuwirken. Der interviewte Pfarrer stellte seine Situation dabei jener von Familienvätern gegenüber:

„Nur hat eben der im Haus wohnt und in seinen Wänden bleiben kann und der sozusagen... Genug Aufgaben sieht gegenüber den Enkelkindern und so (,) ist eine ganz andere Situation, nicht? ...Dafür ein leichter Übergang nicht als wie hier, da weil die Pfarre das Um und Auf ist für einen.“ [Interview 2, Z. 381–384]

2b Zurücklassen von Eigentum

Im Verlauf der Institutionalisierung ist das Zurücklassen des eigenen Hab und Guts, neben dem Verlassen des Zuhauses, ebenso ein zentrales und vor allem belastendes Thema. Nachdem die befragten Personen meist über Jahrzehnte in ihrem Daheim verbracht haben, hat sich im Verlauf dieser Zeit oftmals eine umfassende Vielfalt an persönlichen Gegenständen angesammelt, wobei die eigene Persönlichkeit, individuelle Lebensgestaltung und spezifische Interessen ihren Beitrag dazu geleistet haben.

„Es ist einfach so, dass dieser Gedanke immer mehr (,) sozusagen Platz greifen muss und dass man zum Beispiel beginnen muss, das alles was sich so zusammengesammelt hat über 50 Jahre ... Was muss ich weggeben, verbrennen oder wie auch immer weil es einfach Ballast ist.“ [Interview 2, Z. 292–295]

Zudem werden viele dieser Gegenstände mit Erinnerungen bzw. Gefühlen verbunden, welche nicht „zurückgelassen“ werden sollen. Dadurch, dass der private Bereich im Pflegeheim jedoch meist weitaus bescheidener ausfällt, muss von vielen Dingen Abschied genommen werden.

„Man hängt fast an jedem Buch und hat aberhunderte und aberhunderte Bücher weil das muss man haben und das muss man haben und das muss man kaufen und das muss man kaufen und Geschenke bekommt man. Berge von Büchern!“ [Interview 2, Z. 295–298]

Selbst wenn die Betroffenen versuchen, sich nicht andauernd mit dem Aussortieren ihres Besitzes zu beschäftigen, scheint dies durch die damit verbundene Belastung bereits im Unbewussten verankert zu sein. Auf Grund der damit einhergehenden fehlenden Möglichkeit, „abschalten“ zu können und die Aufmerksamkeit auf positive As-

pekte zu lenken, wird der Prozess des Abschied-von-zu-Hause-Nehmens enorm erschwert.

„Das ist auch im Unterbewusstsein dieses Packen ... Dies und jenes es ist doch irgendwie aus dem Gewohnten herausgerissen ... Wenn man (,) ein junger Mensch weiß ich nicht wird leichter fertig (,) aber man darf sich das nicht über den Kopf wachsen lassen.“ [Interview 3, Z. 859–861]

Wenn es um das konkrete Durchgehen von Gegenständen in Bezug auf das Aufheben oder Wegwerfen geht, dürfen auch hier die Auswirkungen nicht unterschätzt werden, wenn liebgewonnene Dinge auf Grund von künftigem Platzmangel verabschiedet werden müssen.

„Und auch die Bilder, die ich mitnehmen will weil ich kann ja auch nicht alles mitnehmen, nur einen Teil... Das weiß ich noch nicht ... Aber wegwerfen mag ich sie auch nicht!“ [Interview 3, Z. 265 bzw. Z. 323–324]

So müssen schließlich Sachen zurückgelassen werden, welche mitunter mit viel Zeit und Aufwand entstanden sind, worum man sich mit Liebe gekümmert hat und welche die Individualität eines Menschen unterstreichen und ausmachen.

„Ich weiß noch nicht was ich mit (,) die Blumen sind mir am meisten ... Weil ich nicht weiß, was ich mit den Blumen machen soll ... Das ist schlimm!“ [Interview 3, Z. 345–347]

Darüber hinaus soll dem Aspekt Beachtung geschenkt werden, dass die ältere Generation von heute biographisch bedingt damit aufgewachsen ist, stets sparsam zu sein und auf erworbene Besitztümer gut Acht zu geben. Gekauftes, Geschenktes oder Vererbtes wurde schließlich meist gut aufbewahrt und in Stand gehalten. Folglich fällt es vielen zukünftigen HeimbewohnerInnen entsprechend schwer, ihr Hab und Gut wegzugeben oder gar wegzuerwerfen.

„Und ich bring ja meine Kästen nicht zu ... Immer wird nur gekauft und nichts haust weg weil dir ja um alles leid ist (,) wir waren das ja so gewohnt!“ [Interview 1, Z. 416–418]

Schon alleine der Gedanke an die baldige Notwendigkeit, zum Beispiel auch viel an Gewand zurücklassen zu müssen, wobei eine gute Auswahl an ordentlicher Kleidung für viele wichtig ist, macht einige künftige HeimbewohnerInnen traurig.

„Ja, das wird ja dann eine große Ding weil ich ja so viel Gewand hab! Und schönes Gewand! Und die Kästen ganz voll!“ [Interview 4, Z. 371–372]

Ebenso findet man Belastungen dadurch, dass viele Personen nicht wissen, was sie mitnehmen sollen, solange sie ihre künftige Umgebung nicht genauer kennen. Mehrfach wurde diesbezüglich von unterschiedlich großen Zimmern berichtet, wodurch wiederum der Umfang mitgenommenen Eigentums bestimmt wird.

„Und ich weiß auch nicht was ich mitnehm ... Das kommt drauf an wie groß das Zimmer ist (,) jetzt brauchst ein Sommergewand (,) dann hast ein Wintergewand und im Winter brauchst ein paar Jacken oder irgendwas ... Und wennst dann keinen ordentlichen Kasten hast ...“ [Interview 1, Z. 597–600]

Zudem haben die meisten künftigen HeimbewohnerInnen in ihrem jetzigen Zuhause weit mehr an Stauraum. Im Verlauf von Kurzaufenthalten haben sie hingegen erlebt, dass sie später womöglich nur ein bis zwei Kästen haben werden. Dabei darf die Wirkung eigener Kleidung nicht unterschätzt werden, da diese zum Wohlbefinden beitragen kann und die Individualität sowie einen besonderen Lebensstil darstellt.

„Wissen Sie, da hat man nicht so viele Kästen ... Weil mit zwei Kästen komm ich überhaupt nicht aus und die sind ja so schmal das ist unmöglich.“ [Interview 3, Z. 246–249]

Abschließend soll nochmals festgehalten werden, dass hinter dem Zurücklassen von Eigentum das Treffen vieler Entscheidungen dazu, das Aussortieren, das Weggeben sowie das Wegschmeißen lieb gewonnener oder auch wertvoller Besitztümer gesehen werden muss, wodurch sich im Verlauf dauerhafte Anspannungen entwickeln können. Gleichzeitig sind vielerlei Vorbereitungen neben fortschreitenden altersbedingten Beeinträchtigungen durchzuführen, welche zudem häufig nicht ohne die Hilfe anderer bewerkstelligt werden können.

„Ich bin schon ganz nervös wegen dem, weil ich einmal (,) dort ist ein Rock und dann hab ich jetzt einen Trainingsanzug gewaschen und da ist auch was zum Nähen und da muss ich noch eine Bekannte bitten, dass sie mir da was hilft ... Röcke hab ich alles, ist mir zu weit (,) weil ich 10 kg abgenommen hab und das hab ich mir alles enger machen lassen.“ [Interview 5, Z. 218–222]

2c Ungewissheiten und Ängste

Nachdem alle der befragten InterviewpartnerInnen bereits im Pflegeheim angemeldet sind und zum Zeitpunkt der Gespräche auf eine Zusage zu einem Langzeitpflegeplatz warteten, sehen sie sich damit konfrontiert, mit dem Gefühl der Ungewissheit zu leben. Dadurch, dass die Benachrichtigung zum möglichen Einzug an sich jederzeit stattfinden kann, entwickelt sich bei manchen eine nahezu dauerhafte Anspannung und Unsicherheit – und Ungewissheit kann entstehen.

„Diese Ungewissheit ... Ich leb von einem auf den nächsten Tag und nie weiß ich was kommt.“ [Interview 1, Z. 146–147]

Neben dem beschriebenen „von einem auf den anderen Tag leben“ muss bedacht werden, dass das Lebensumfeld, sei dies das eigene Zuhause oder das Pflegeheim, im Wesentlichen den Tagesablauf und Möglichkeiten zur Tagesgestaltung bestimmt. Die Ungewissheit, nicht zu wissen, wie sich der Alltag in den nächsten Monaten, Wochen oder Tagen gestalten wird, wird von den Betroffenen zumeist als enorm belastend erlebt.

„Es ist schirch und so Ungewissheit wennst nicht weißt was du noch vorhast und was noch kommt.“ [Interview 1, Z. 397–398]

Das darin beinhaltete Gefühl des Kontrollverlustes und das Wissen, die eigene Situation nicht autonom in die Hand nehmen zu können, fördert das Entstehen von Ängsten. Vor allem jene Menschen, welche im Verlauf ihres Lebens gewohnt waren, stets zu planen, welche Tätigkeiten oder Besonderheiten wann und wie abzulaufen haben, missen bei fehlenden Informationen das Gefühl von Sicherheit.

„Und ich will einfach wissen was mit mir passiert und wo ich hinkomm ... Und da zitter ich jetzt schon weil ich nicht weiß was ich bekomme und wie das ist! Und ich will halt wissen wo ich sterben werde.“ [Interview 1, Z. 148–150]

Schließlich kommt es bei einigen zukünftigen HeimbewohnerInnen durch die damit verbundenen Unsicherheiten zu äußerst belastenden Gedankengängen, welche sich stark auf das psychische Wohlbefinden und die psychische Gesundheit auswirken können. In der Folge werden psychische Verstimmungen, verbunden mit Schlafstörungen, gefördert.

„Und wennst anfangst zum Studieren und stundenlang wach liegst und nur studieren und studieren und studieren wie geht's weiter?“ [Interview 1, Z. 751–752]

Je nach Dauer der Wartezeit auf einen Pflegeheimplatz, worauf später noch näher eingegangen wird, fühlen sich manche Hochaltrige von der Ungewissheit überwältigt und können sich den belastenden Überlegungen nicht mehr entziehen. Das oftmals einhergehende emotionale „Auf und Ab“ kann bei längerem Anhalten dieser Situation zu psychischer Niedergeschlagenheit führen, wodurch die Einstellung zur Langzeitinstitutionalisierung stark in ein negatives Licht rücken kann.

„Nervlich bin ich eh am Boden ... [stockt] ... Und das Ungewisse und weil's schon so lange dauert.“ [Interview 1, Z. 752–753]

Wenn die erlebten Belastungen über mehrere Wochen andauern, so können diese auch zu einem negatierten Selbstbild und vermindertem Selbstbewusstsein beitragen. Dadurch trauen sich die Betroffenen weniger zu und schränken sich schließlich selbst in ihren Fähigkeiten ein.

„Es kommt eh alles anders als wie man denkt ... Manchmal bin ich schon (,) heute Nacht ist es mir nicht gut gegangen da hab ich mir gedacht, ich glaub ich kann heut nicht aufstehen, ich glaub ich kann heute nicht aufstehen.“ [Interview 5, Z. 419–422]

An dieser Stelle fühlen sich manche zukünftigen HeimbewohnerInnen vermutlich oft alleine gelassen und mahnen sich selbst, die vielen Überlegungen einzustellen, um sich auf ihren Alltag konzentrieren und diesen wie gewohnt bewältigen zu können.

„Und hab mir gedacht jetzt tu ich mal im Badezimmer in aller Ruhe mich waschen und alles (,) und hab meine Gedanken abgeschaltet (,) ja nicht nachstudieren.“ [Interview 5, Z. 426–428]

Im Weiteren entstehen auch Ängste in Bezug auf die Konfrontation mit Schicksalen anderer Menschen im baldigen Zuhause. Das Miterleben von Beeinträchtigungen künftiger MitbewohnerInnen im Pflegeheim führt zur Auseinandersetzung mit der eigenen Zukunft und dem weiteren Verlauf eigener fortschreitender Beeinträchtigungen, was als bedrückend und beunruhigend erlebt wird.

„Da sitzen diese armen Menschen, so ist das für mich so deprimierend, ja, weil man weiß ja gar nicht (,) es kann schon übermorgen der Fall sein, dass man dort auch sitzt.“ [Interview 3, Z. 155–157]

Selbst wenn die eigene Gesundheit noch keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen erfahren hat, kommt es doch zu Überlegungen, ob man das tägliche Mitansehen von altersbedingten Behinderungen anderer „aushalten“ kann. Im Speziellen findet dabei eine Auseinandersetzung mit den im Pflegeheim gegebenen Rückzugsmöglichkeiten statt.

„Man muss halt auch schauen, eine große Gefahr wird sein wenn man zu viel Elend hört und sieht, dass man das psychisch fast nicht dapackt ... Eine Krankenschwester oder eine Heimschwester kann zwei Stunden vor Dienstende sagen: ‚das steh ich noch durch, aber dann bin ich weg aus dem Haus‘ ... Das kann ich dann nicht ... Ich kann mich dann zwar zurückziehen und zusperren aber man ist dann halt mittendrin.“ [Interview 2, Z. 309–314]

2d Keine Alternativen/„Freiwilligkeit, gezwungenermaßen“

Wenn altersbedingte Beeinträchtigungen fortschreiten und das selbstständige Bewältigen des Alltags zunehmend erschwert wird, so führt dies häufig zu der Überlegung, den Lebensabend im weiteren Verlauf in einem Pflegeheim zu verbringen. Oftmals wird an diesem Punkt fälschlicherweise eine Freiwilligkeit der Betroffenen hinein interpretiert, wobei sich die Entscheidung pro Langzeitinstitutionalisierung häufig eher durch

die Notwendigkeit an sich ergibt. Das bedeutet, dass selbst die ausgesprochene Befürwortung durch den/die zukünftige/n HeimbewohnerIn nicht automatisch als eine bedingungslose Entscheidung aus freien Stücken gesehen werden darf. Vielmehr ist auf eine „Freiwilligkeit, gezwungenermaßen“ Rücksicht zu nehmen, da dies in weiterer Folge auch den Erfolg des Einlebens im Pflegeheim bestimmen kann.

„Wissen Sie, einen Tag geht's mir ganz gut und dann denk ich mir so ein Blödsinn, gehst nicht ins Heim und am nächsten Tag denk ich mir, es geht einfach nicht, das geht nicht, einkaufen geht nicht so geht's nicht (,) und wenn ich (,) ich muss ja trotzdem aufräumen und was machen, nicht und es ist schwierig, alles ist schwierig.“ [Interview 3, Z. 58–62]

Viele Betroffene sehen ihre Möglichkeiten, ihrem Tagesablauf selbstständig entgegenzutreten zu können, als erschöpft. Es wurde mehrfach berichtet, dass die eigenständige Durchführung notwendiger Tätigkeiten zwar zumeist bewältigt werden kann, doch dass dies gleichzeitig als anstrengend und ermüdend wahrgenommen wird.

„Es geht gar nichts mehr bei mir ... Nämlich es geht alles aber nur kurze Zeit ... Also auch wenn ich ganz alleine bin.“ [Interview 3, Z. 82–83]

Schließlich kommt es im weiteren Verlauf zu der Einsicht, auf Hilfe angewiesen zu sein, um sich selbst gesund erhalten zu können.

„Es geht (,) alleine ich kann ja nichts machen, ja! Also ich brauch eine Hilfe, ja!“ [Interview 4, Z. 411–413]

Nachdem viele hochaltrige Personen, welche sich für einen Pflegeheimplatz anmelden, bereits verwitwet sind, wollen sie die Gestaltung ihres Lebensabends rechtzeitig bestimmen, um noch entscheiden zu können, welche Langzeitversorgung ihnen entspricht, worauf im späteren Verlauf noch näher eingegangen wird. Gleichzeitig besteht bei vielen auch das Gefühl, keine Alternativen zu haben, wodurch der Umzug ins Pflegeheim eher als Belastung erlebt wird, wenn eine unumgängliche Notwendigkeit dazu gesehen wird.

„Also ich muss das machen verstehen Sie. Es bleibt mir gar nichts anderes übrig, außer es ist mir alles egal und hinter mir die Sintflut, nicht, aber das geht nicht.“ [Interview 3, Z. 203–205]

Viele zukünftige HeimbewohnerInnen, welche sich mit ihrer eigenen Entscheidung bzgl. des Umzugs in ein Pflegeheim beschäftigen, durchleuchten ebenso die mitgeteilte freiwillige Entscheidung anderer HeimbewohnerInnen. Dabei meinen sie oftmals erlebt zu haben, dass auch hier eine gewisse „Freiwilligkeit, gezwungenermaßen“ auf Grund von fehlenden Alternativen bestanden haben muss. Oftmals scheint sich dabei der wichtige Aspekt der Angehörigen zu verbergen.

„Also das war lustig, da sagen manche: ‚Ich bin freiwillig gegangen, ich bin freiwillig gegangen‘ nicht? (,) Also es gibt auch so Zwang, wo auch die Kinder sagen: ‚Du musst‘ nicht? (,) Das ist hart!“ [Interview 3, Z. 206–208]

2.1 Verstärkende Faktoren

2.1a Lange Wartezeiten

Nach der Anmeldung im Pflegeheim müssen die meisten zukünftigen BewohnerInnen einige Zeit auf ihren Fixplatz warten. Die interviewten Personen berichteten dabei von Wartezeiten ab drei Monaten bis zu einem Jahr. Die Vielzahl an Anmeldungen auf der einen Seite und der Vorzug von „Akutfällen“ auf der anderen Seite bestimmen dabei die etwaige Verzögerung der Langzeitinstitutionalisierung.

„Jetzt wart ich, dass ich jetzt ... Aber es kann ja sein, dass mehrere warten und es sind so viele Leute angeblich.“ [Interview 5, Z. 409–410]

Nachdem die Wartezeit bei vielen Betroffenen als sehr belastend wahrgenommen wird, informieren sich die Personen laufend über die aktuelle Situation zur getätigten Anmeldung.

„Und jetzt wart ich schon ein Jahr ... Der Bürgermeister hat eh gesagt ich bin die Nächste auf der Liste ... Aber ich weiß nicht (,) ob der was anstellen kann.“ [Interview 1, Z. 137–139]

Wenn seit der Anmeldung schon einiges an Zeit verstrichen ist und sich dementsprechende Belastungen durch die damit verbundene Ungewissheit entwickelt haben, so kann es zu Unsicherheiten und fehlendem Vertrauen in Bezug auf erhaltene Informationen, die Aufnahme betreffend, kommen.

„Wie gesagt ich wart halt jetzt (,) weil ich weiß ich bin die Nächste ... Aber ich bin halt so ein Mensch, ich glaub's nicht ... Und ich seh das ja nicht was da oben vorkommt ob ich wirklich die Nächste bin (,) ich müsst halt auch Vertrauen haben wenn's noch lange dauert.“ [Interview 1, Z. 724–727]

Ein wichtiger Faktor für das Erleben der Wartezeit sind, neben der Dauer bis zur Aufnahme, die Überbrückungsmöglichkeiten in der häuslichen Versorgung. Sieht sich die betroffene Person zu Hause durchwegs gut versorgt bzw. hat die Person noch genügend Ressourcen, um den Alltag zu Hause bewerkstelligen zu können, so ist die Wartezeit leichter zu überwinden.

„Ja und dann, so schnell wird's halt nicht gehen, dass ich dort fix (,) dann hin kann und muss ich dann halt so weitertun.“ [Interview 5, Z. 456–458]

Sind die zukünftigen HeimbewohnerInnen jedoch durch ihre altersbedingten Beeinträchtigungen schon so weit belastet, dass sie in dem Eintritt in eine Langzeitinstitution eine Entlastung sehen, so wird das Warten als zusätzlich erschwerend wahrgenommen.

„Na das hab ich halt (,) ich hab so eine Spannung und warten.“ [Interview 5, Z. 412]

Beim Warten auf einen Pflegeheimplatz wird die Tatsache, dass man zumeist erst übersiedeln kann, wenn ein/eine andere/r BewohnerIn verstorben ist, als enorm bedrückend erlebt.

„Man wartet darauf, dass einer wegstirbt damit man einen Platz bekommt.“ [Interview 1, Z. 147–148]

Hier scheint es bei einigen zukünftigen HeimbewohnerInnen zu zwiespältigen Gefühlen zu kommen. Einerseits warten sie auf die Zusage zu einem Pflegeheimplatz, um die oftmals schwierig stattgefundene Entscheidung dazu endlich verwirklichen zu können – andererseits ist ihnen bewusst, dass dieser Wunsch gleichzeitig zumeist mit einem Todesfall in Verbindung steht.

„Und dann wennst warten musst, dass wer stirbt, dass du Ding das ... Das ist kein angenehmes Gefühl.“ [Interview 1, Z. 727–728]

Dabei ist vielen Betroffenen bewusst, dass das schließlich freigewordene Zimmer ein Zimmer sein wird, welches einer vorangegangenen Person als Zuhause im letzten Lebensabschnitt gedient hat und vermutlich auch der Ort des Sterbens gewesen sein wird.

„Und wann wirklich jemand stirbt und das Zimmer wird frei (,) und ich bin ja die Nächste die ein Zimmer bekommt.“ [Interview 1, Z. 663–664]

2.1b Sozialer Rückzug

Ein erschwerter Prozess der Langzeitinstitutionalisierung kann weiters bei Personen gesehen werden, welche sich aus unterschiedlichsten Gründen sozial zurückgezogen haben. Viele Hochbetagte, insbesondere Verwitwete, leben in ihrem Zuhause alleine und sind dies gewöhnt. Gleichzeitig ist ihnen bewusst, dass sie künftig im Pflegeheim stets von vielen Menschen umgeben sein werden, was als Entlastung im Sinne der Stütze eines sozialen Netzwerkes oder aber auch als Belastung im Sinne von Einschränkungen durch Rücksichtsname auf andere Personen gesehen werden kann.

„Ich leb schon alleine weiß Gott wie lang, es ist ganz anders alleine sein ... Und wie soll ich sagen das immer (,) wenn ich beim Tisch aufsteh muss ich sagen: ‚Du ich geh dort jetzt hin‘ (,) immer abmelden und anmelden und das und jenes ... Ich hab das so satt ich mag das einfach nicht (,) ich möchte frei sein.“ [Interview 3, Z. 452–457]

Einige InterviewpartnerInnen teilten im Verlauf der Gespräche mit, dass sie nicht an andere Personen „gebunden“ sein möchten, sondern ihr Leben wie gewohnt weiterführen wollen. Oftmals geht es dabei weniger um Schwierigkeiten, sich an andere Menschen anpassen zu können, sondern mehr um das „Ich-Sein-Können“, die Wahrung der Privatsphäre und das Weiterführen des eigenen Tagesrhythmus.

„Nicht, dass ich vielleicht jemanden nicht mag (,) aber ein jeder hat speziell, bis man alles gewohnt wird die eine will reden die andere will ihre Ruhe haben ... Die möchte aufbleiben die andere geht zeitlich schlafen.“ [Interview 4, Z. 264–266]

Weiters beitragend zum sozialen Rückzug erscheinen Todesfälle im Familien- und Bekanntenkreis zu sein. Insbesondere der Tod jüngerer Angehöriger wird als äußerst einschneidend erlebt. Ebenso problematisch ist das beständige Kleiner-Werden des sozialen Netzwerkes, wodurch die zukünftigen HeimbewohnerInnen häufig das Gefühl haben, „übrig zu bleiben“.

„Und jetzt bin ich über ... Meine Schwester (,) die jüngste (,) die war 5 Jahre jünger als ich (,) ich hab immer glaubt, dass ich sie nicht überleb' (,) ich bin ja die Älteste von uns beiden (,) und dann ist sie letztes Jahr im Oktober gestorben.“ [Interview 1, Z. 56–59]

Erschwert erscheint die Situation bei jenen, welche im Verlauf ihres Lebens gewohnt waren, in ein gefestigtes soziales Netzwerk eingebunden zu sein und nun im fortgeschrittenen Alter lernen müssen, ohne diese vertraute Stütze zurechtzukommen.

„Früher haben mein Mann und ich viele Freundschaften gehabt (,) aber die sind alle weg ... Meine Freunde sind alle weggestorben.“ [Interview 1, Z. 47–48]

Die Verarbeitung zum Teil schwerer Verluste führt bei manchen Hochaltrigen schließlich dazu, dass sie versuchen, neue Bekanntschaften zu vermeiden. Sie hoffen, dadurch belastenden Todesfällen und erneuter Trauer ausweichen zu können – oftmals werden soziale Isolation und Gefühle von Einsamkeit dem bewusst vorgezogen.

„Da hätt' ich mir eine Freundin gefunden gehabt und ich hab lang gebraucht und mit ihr hab ich mich angefreundet ... Und mit ihr hab ich mich so gut verstanden und dann ist sie alleweil schlechter geworden und schlechter und ich hab gesehen die Frau tut nicht

mehr lang ... Und dann hat das so wehgetan wie sie gestorben ist ... Und jetzt denk ich mir dort oben im Heim da nehm ich mir gar niemanden!“ [Interview 1, Z. 364–369 bzw. Z. 383–385]

Neben dem sozialen Rückzug aus unterschiedlichen Ursachen ist den zukünftigen HeimbewohnerInnen durchaus bewusst, dass sie im künftigen Zuhause von vielen Personen umgeben sein werden. Schon im Verlauf von Kurzzeitpflegeaufenthalten wird das künftige umgebende soziale Netzwerk oftmals genauestens beobachtet, wodurch sich speziell bei hochaltrigen Damen ein Distanzieren von den MitbewohnerInnen auf Grund von Konkurrenzdenken entwickeln kann.

„Und die hat nie ein Gewand zwei Tage gleich angehabt die hat alle Tage was anderes angehabt und da sind so viele oben, die das Gewand alle Tage neu anziehen ... Ein Großteil dort ist eine Modeschau (,) also im Speisesaal (,) ich hab wollen vom Anfang an im Zimmer bleiben wollen zum Essen.“ [Interview 1, Z. 619–624]

Ein Vergleichen mit anderen kann dabei scheinbar auf allen Ebenen stattfinden, sei dies in Bezug auf das Aussehen, körperliche oder geistige Fähigkeiten – Fertigkeiten werden untereinander besprochen. Dadurch kann sich jedoch vor allem bei jenen ein Leistungsdruck entwickeln, die bei dem Geschick der MitbewohnerInnen nicht mehr mithalten können und sich folglich eher zurückziehen, um nicht dauernd auf ihre Beeinträchtigungen hingewiesen zu werden.

„Ja, na das ist eine Rennerin, die rennt den ganzen Vormittag und mich hat's alleweil wollen aufhussen: ‚Na wie weit gehst und wie weit warst denn?‘ Und hab ich gesagt: ‚Naja ich kann ja nicht so weit gehen‘ ... Ich kann ja nur das (,) ich kann mir ja nur so viel zumuten, was mein Körper kennt, nicht?“ [Interview 1, Z. 614–617]

2.1c Schambehaftete Beeinträchtigungen

Durch fortschreitendes Altern kommt es meist zu einer Abnahme der körperlichen und geistigen Fähigkeiten. Obwohl dies einem natürlichen Verlauf entspricht und nahezu alle BewohnerInnen eines Pflegeheims mehr oder minder betroffen sind, können Ein-

schränkungen der eigenen Fertigkeiten Schamgefühl hervorrufen. Hochaltrige meinen dabei oft, dass die jüngeren Generationen auf sie herabsehen.

„Und wenn dann jemand herunterschaut auf die Alten, weil der kann das nicht und der kann das nicht (,) dann ärgert mich das.“ [Interview 3, Z. 142–143]

Die Bewältigung des Alltags beinhaltet häufig Situationen, in welchen Beeinträchtigungen nicht verborgen werden können. Das folglich oft uneingeschränkte Offenbaren von Behinderungen Fremden gegenüber wird dabei als sehr unangenehm und zum Teil auch als bedrückend empfunden.

„Also an manchen Tagen macht’s mir gar nichts, ja (,) aber dann manchmal ist es so mühselig, dass ich so dahinschleich und dann stehen bleiben muss dauernd und das macht mich krank ... Und alle rennen so vorbei bei einem ... Das macht einen richtig krank.“ [Interview 3, Z. 506–508]

Schließlich wird nach Möglichkeit, häufig unter größter Kraftaufwendung, versucht, unangenehme altersbedingte Beeinträchtigungen zu verbergen.

„Und ich hab mich dann so zusammengerissen beim Essen damit mir auch ja nichts passiert aber das (,) da hab ich halt Angst (,) du wirst beobachtet auch.“ [Interview 1, Z. 632–633]

Speziell in Bezug auf die Einnahme der Mahlzeiten ist anzumerken, dass dazu feinmotorische Fähigkeiten notwendig sind, um diese gut bewerkstelligen zu können. Nachdem jedoch gerade die Feinmotorik durch fortschreitendes Altern vermindert wird, sehen sich viele zukünftige HeimbewohnerInnen, bei einer der wichtigsten gemeinsamen täglichen Ereignisse im Pflegeheim mit einer großen Hürde konfrontiert.

„Und da ist die Hand, da ist jetzt kein Gefühl, die eine ist normal und die ist eben (,) Ding, nicht? ... Naja da fällt mir öfters das Besteck runter und darum hab ich auch nicht wollen runter in den Speisesaal.“ [Interview 1, Z. 629–631]

Um dem Schamgefühl nicht einfach ausgeliefert zu sein, vermeiden viele Betroffene das gemeinsame Beisammensitzen mit MitbewohnerInnen, um ihre als stark belastend empfundenen Behinderungen weiterhin verstecken zu können.

„Da hab ich Schwierigkeiten mit den Zähnen gehabt da hab ich das Essen dann ins Zimmer bekommen.“ [Interview 1, Z. 684–685]

Eine sehr heikle Problematik findet sich weiters beim Thema der Inkontinenz. Obwohl Inkontinenz, wie im Kapitel 3.3.1 Mögliche Gründe für eine Langzeitinstitutionalisierung beschrieben, ein wesentliches Merkmal bei HeimbewohnerInnen darstellt, wird die eigene Unfähigkeit, Harn oder Stuhl zu halten, als enorm beschämend erlebt. Solche Beeinträchtigungen können dazu führen, dass der baldige Heimeintritt als Belastung gesehen wird, da die Unzulänglichkeiten folglich vor vielen Personen verheimlicht werden sollen.

„Die tun sich dort am Nachmittag zusammensetzen und ich ... Und jetzt ist es mit der Blase auch schon schlimmer geworden da hab ich's länger ausgehalten und jetzt kann ich mich nicht da hinsetzen und ich will mir auch keine Freundschaft suchen.“ [Interview 1, Z. 360–364]

Inkontinenz wird von den Betroffenen häufig mit unangenehmem Geruch verbunden. Sie selbst haben häufig das Gefühl, unerträglich zu riechen und vermeiden auf Grund ihres Schams den Kontakt zu MitbewohnerInnen. Durch schambehaftete Beeinträchtigungen leiden vermutlich viele betagte Personen für sich in ihrer Zurückgezogenheit.

„Karten spielen hab ich ein paar Mal ... Und jetzt mit der Blase (,) jetzt während ich sitz macht's mir nichts aber sowie ich aufsteht, spür ich's, dann rinnt's ... Ich brauch viel Wäsche und die Wäsche bekommt dann ja auch einen Geruch zusammen.“ [Interview 1, Z. 769–774]

2.1d Sehnsucht nach dem Ende

Im weit fortgeschrittenen Alter mit zunehmenden körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen kommt es oft zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit dem Tod und dem eigenen Sterben.

„Ja, wenn ich denk, ich (,) wissen Sie, in dem Alter hat man keine Angst vor dem Sterben, wie auch richtig einer gesagt hat vor dem Sterben fürchtet er sich nicht nur wie es ist fürchtet er sich ... Aber wie es ist ... Und das ist das Gute, dass man das dann vorher noch nicht erfahren hat.“ [Interview 5, Z. 346–349]

Diverse belastende Erlebnisse können dabei neben der altersbedingten Abnahme von Fähigkeiten, worauf später noch näher eingegangen wird, zu dem Wunsch beitragen, diesen Ballast durch den eigenen Tod nicht mehr tragen zu müssen.

„Alle Freunde sind verstorben und ich bin über ... Am liebsten würd ich halt auch schon sterben (,) das würd ich mir wünschen ... Aber das kann man sich nicht aussuchen.“ [Interview 1, Z. 255–257]

Einige zukünftige HeimbewohnerInnen scheinen ihre Energiereserven schon so weit ausgeschöpft zu haben, dass sie sich zu müde fühlen, um noch eine so große Lebensumstellung, wie sie durch die Langzeitinstitutionalisierung gegeben ist, bewältigen zu können. Als belastend wird manchmal auch die Vorstellung erlebt, schließlich in einer fremden Umgebung sterben zu müssen als zu Hause in den vertrauten eigenen vier Wänden.

„Ich möchte (,) und mein einziger Wunsch ist da einschlafen können und sterben (,) nicht in dem Heim einschlafen und sterben ... Weil wenn man da so fremd ist und alleine und irgendwie man weiß nicht (,) das Ungewisse! ... Ich weiß ja wie man zu Hause ... Sagen wir mal, wie meine Eltern gestorben sind, wie das ist.“ [Interview 1, Z. 474–478]

Das Verlangen, zu Hause sterben zu können, steht folglich in einem starken Widerspruch zum anstehenden Heimeintritt. Das Herbeisehnen des Todes im eigenen Zuhause und die gleichzeitig notwendigen Vorbereitungen zur Übersiedlung in das Pfl-

geheim können durch ihre Gegensätzlichkeit die psychische Befindlichkeit stark beeinträchtigen und Gefühle der Verzweiflung schüren.

„Mein allergrößter Wunsch wär halt (,) einfach einzuschlafen ... Dass ich zu Hause sterben kann ... Und meine Nerven ... Ich bin nervlich eh so belastet.“ [Interview 1, Z. 150–152]

Nachdem den Betroffenen bewusst ist, dass sie ihr eigenes Ende nicht bestimmen können, versuchen sie zumindest längst möglich über ihre Therapien zu bestimmen und stehen medizinischen Interventionen teilweise ablehnend gegenüber, sodass ihr Leben nicht noch eine zusätzliche Verlängerung erfahren könnte.

„Ich hab schon genug vom Spital und von allem (,) ich mag nicht mehr ... Ich will sterben ... Wenn noch irgendwas ist ... Die sollen mich sterben lassen! Ich mag nimma, ich mag nimma.“ [Interview 1, Z. 549–550]

Neben der Betrachtung des anstehenden Einzugs in ein Pflegeheim als Entlastung oder Belastung sehen sich die zukünftigen HeimbewohnerInnen häufig mit diversen altersbedingten Erschwernissen konfrontiert. Die oftmals äußerst belastenden Situationen müssen zusätzlich zu den anstehenden großen Umbrüchen bewältigt werden.

3 Erschwernisse durch Altersbeeinträchtigungen

3a Abnahme körperlicher Mobilität

Die Abnahme der körperlichen Mobilität und das Beobachten des fortschreitenden Abbaus der eigenen körperlichen Gesundheit erwiesen sich in den Gesprächen als eine sehr zentrale Thematik. Die InterviewpartnerInnen zeigten hier einheitlich einen ehrlichen und unverblünten Einblick, wie das Altern erlebt wird.

„Alt werden ist nicht schön drum leben S' noch so lange Sie jung sind!“ [Interview 3, Z. 407–408]

Die meisten GesprächspartnerInnen verdeutlichten offen ihr Bewusstsein darüber, dass sie sich mit mehreren Krankheiten bzw. gesundheitlichen Einbußen auseinanderzusetzen haben.

„Und die verschiedenen Krankheiten klopfen an.“ [Interview 2, Z. 360]

Schon am Morgen, kurz nach dem Aufstehen, werden die eigenen Unzulänglichkeiten schnell wieder ins Zentrum gerückt und bestimmen einzelne Schritte bei der Bewältigung des Alltages. Sich bei bestehenden Beeinträchtigungen dennoch möglichst selbstständig versorgen zu können, stellt einen wesentlichen Aspekt für das eigene Wohlbefinden dar – gleichzeitig ist jedoch auch eine gewisse Wehmut über den Anteil des „Nicht-Könnens“ stark bemerkbar. Nachdem speziell bei der Körperpflege ein gewisses Maß an körperlicher Mobilität Voraussetzung ist, kann an folgender Aussage die Belastung darin gut dargestellt werden.

„Duschen geh ich ja eher selten (,) mit der Badewanne (,) da hab ich schon Angst ... Und beim Waschbecken da steh ich dann nackt und mit einer Hand halt ich mich an [zeigt die Bewegung] so halt ich mich an und dann mit der anderen Hand wasch ich mich ... Den ganzen Körper eben zum Waschen.“ [Interview 1, Z. 13–17]

Schließlich müssen die Betroffenen ihre Unzulänglichkeiten möglichst gut einschätzen lernen, um zu wissen, was und inwiefern sie Dinge selbst bewältigen können. Auch das Abwägen, was sie ihrem Körper zumuten können und was nicht ist wichtig.

„Naja ich kann ja nicht so weit gehen (,) ich kann mir ja nur so viel zumuten was mein Körper kennt nicht?“ [Interview 1, Z. 616–617]

Alltägliche Situationen, wie etwa das Zurücklegen von Wegstrecken, müssen gut durchdacht sein. Nachdem viele Hochbetagte durch altersbedingtes Fortschreiten von Erkrankungen einen eingeschränkten Bewegungsradius haben, müssen sie ihre Kräfte gut einteilen können, um unangenehmen Zwischenfällen – wie etwa Stürzen – entgegen zu können.

„Wenn das Wetter schön ist geh ich spazieren ... Weit kann ich nicht gehen ich muss immer auch schauen, in der Hälfte (,) weil ich ja wieder zurückgehen auch muss.“ [Interview 1, Z. 33–35]

Hier geht es allerdings nicht alleine darum, die eigenen Fähigkeiten gut einschätzen zu können, um im Alltag zurechtzukommen, sondern es geht auch um die psychischen Belastungen, welche sich daraus ergeben können. Dem oftmals kontinuierlichen körperlichen Abbau in der heutigen sehr schnelllebigen Gesellschaft zusehen zu müssen, kann Gefühle der Verzweiflung wachsen lassen.

„Aber dann manchmal ist es so mühselig, dass ich so dahinschleiche und dann stehen bleiben muss dauernd (,) und das macht mich krank.“ [Interview 3, Z. 507–508]

Während sich die eine Gruppe hochbetagter Personen mit einem eingeschränkten Bewegungsradius außerhalb ihrer eigenen vier Wände auseinandersetzt, sieht sich die andere Gruppe damit konfrontiert, dass sie ihr Zuhause überhaupt nicht mehr verlas-

sen kann und versucht sich damit abzufinden, wodurch ebenso enormer psychischer Ballast auf die Betroffenen zukommen kann.

„Nur ich bin, weil ich kann ja nicht rausgehen ... Ich bin auch nicht so weit, dass ich gehen kann ohne dem Rollator. Ganz werd ich nicht mehr gesund das ist halt so eine Krankheit, was nicht mehr (,) wahrscheinlich, wenn an das Alter erreicht hat dann alles abbaut.“ [Interview 5, Z. 27–30]

Die wahrgenommenen Beeinträchtigungen können darüber hinaus häufig dazu führen, dass die zukünftigen HeimbewohnerInnen bestimmte Situationen meiden, um ihrem Gesundheitszustand nicht zu schaden. Einfache und vor allem alltägliche Erledigungen werden schließlich aus Angst zum Teil auf- bzw. abgegeben.

„Dann sitzt man und dann hat man Angst, dass man niederfällt und sich die Hand bricht oder den Fuß.“ [Interview 5, Z. 89–90]

Doch nicht nur in der Bewegung können Einschränkungen wahrgenommen werden, sondern auch während der Ruhezeiten können sich Beschwerden ergeben. Durch die im Alter häufig auftretenden Rückenbeschwerden fällt das Sitzen ebenso oft schwer.

„Ich kann ja nicht stehen, ich kann nicht sitzen, ich kann nicht gehen.“ [Interview 1, Z. 323]

Ein kleiner Einblick in die im Alter oftmals auftretende Multimorbidität soll zeigen, mit welchen Schwierigkeiten hochbetagte Menschen ihren Alltag zu bewältigen haben. Dabei soll der Hintergrund dieser Betrachtungen, nämlich der anstehende Eintritt in ein Pflegeheim, erneut betont werden, da dieser zusätzliche Belastungen durch großen Umbruch mit sich bringt.

„Und jetzt bin ich halt, wo ich mir die Hand gebrochen hab da hat das angefangen (,) ich bin mit Krücken gegangen und mit einer Hand gehen kann ich nicht und ich hab auch nicht gut stehen können... Ich hab Knöchelbrüche, zweimal das Knie operiert, eine Hüftoperation und nach der Wirbelsäulenoperation (,) und einmal die Hand gebrochen ... Also das ... Genügt, was?“ [Interview 4, Z. 41–44 bzw. Z. 312–314]

Die erlebten Krankheiten und bestehenden Beeinträchtigungen waren in allen Gesprächen ein wesentlicher Bestandteil. Im Alltag selbst sind diese vermutlich ebenso ein zentrales Thema, da durch sie die Lebensführung wesentlich bestimmt wird.

„Ich hab durch den Autounfall und durch meine Herzinfarkte (,) da hab ich sehr mit dem Rücken zu tun ... Ja und auch mit dem Kreislauf und vor allem mit dem Kopf, von der Wirbelsäule, also mit einem Wort ich bin schon sehr bedient.“ [Interview 3, Z. 29–32]

Neben Unzulänglichkeiten die Mobilität betreffend erfahren Hochbetagte nach und nach auch Beeinträchtigungen der Sinnesorgane. Dadurch kommt es häufig zu Einschränkungen in der Ausübung liebgewonnener Gewohnheiten.

„Genau wie die Zeitungen (,) ich kann ja die Zeitungen nicht mehr lesen aber wenn ich nur ein paar Ding mit der Lupe ... Weil manche Sachen interessieren einen schon!“ [Interview 4, Z. 330–332]

Das Sehen ist eine wichtige Fähigkeit, um sich in der Umgebung zurechtzufinden und bietet zudem vielerlei Möglichkeiten, sich zu beschäftigen – wie zum Beispiel bei obiger Aussage im Lesen. Kommt es hier zu Einbußen, so ist dies für die Betroffenen enorm belastend.

„Wenn man's nicht sieht, das ist furchtbar!“ [Interview 4, Z. 393]

Der im fortschreitenden Alter ebenso häufig auftretenden Verschlechterung des Hörsinns kann auch eine belastende Auswirkung zugeschrieben werden. Wenn das im Verlauf des Lebens erlernte und verwendete Kommunikationsmedium Sprechen/Hören Beeinträchtigungen erfährt, hat dies wesentliche Auswirkungen auf das gesellschaftliche Leben.

„Es wird immer schwieriger, bei einer Gesellschaft, Hochzeit nicht oder so, zu verstehen was der andere sagt, nicht wahr?“ [Interview 2, Z. 359–360]

Wird diese Behinderung als zu sehr belastend wahrgenommen, so kann dies im äußersten Fall dazu führen, dass Sozialkontakte gar gemieden werden. Vor allem Einschränkungen in der Mobilität in Kombination mit der Abnahme der Fähigkeit von Sin-

nesorganen können zwangsläufig dazu führen, dass zukünftige HeimbewohnerInnen gewisse Handlungen nicht mehr ausführen können und schließlich ebenso einem erhöhten Risiko sozialer Isolation gegenüberstehen müssen.

„Vor allem fahr ich jetzt nicht mehr mit dem Auto, jetzt muss ich alleweil warten, dass mich jemand führt und wer abholt und (,) jetzt bleib ich z'Haus.“ [Interview 6, Z. 100–102]

3b Schmerzen

Die Abnahme körperlicher Mobilität im Alter muss oftmals in Kombination mit daraus resultierenden Schmerzen durch altersbedingte Erkrankungen gesehen werden. Diese bestimmen bei manchen Hochbetagten ebenso wie die Beeinträchtigungen an sich den Alltag. Sehr deutlich zeigte sich dies bei einer Gesprächspartnerin beim Intervieweinstieg bei der Frage „Wie sieht denn Ihr Alltag aus?“, woraufhin sie wie folgt antwortete:

„Schmerzen, sehr viele Schmerzen!“ [Interview 1, Z. 5]

Wie zentral Schmerzen sein können, zeigte sich speziell während eines Interviews, in welchem mitten im Gesprächsverlauf folgende Aussage zu hören war:

„Aua! ...Ja, das sind die Schmerzen bei der Hüfte.“ [Interview 1, Z. 667]

Je nach Ursache wirken sich Schmerzen, vor allem jene, welche nahezu allgegenwärtig sind, auch auf die Alltagsbewältigung und -gestaltung aus. Folglich müssen Bewegungen schmerzbedingt an die eigenen Möglichkeiten angepasst werden.

„Aber ich kann nicht so lange sitzen mit meinem wehen Kreuz und mit meinen Füßen.“ [Interview 1, Z. 282–283]

Schmerzen können außerdem dazu führen, dass gewohnten Beschäftigungen nicht mehr nachgegangen werden kann. Darüber hinaus werden häufig Möglichkeiten gesucht, um die Belastungen zu lindern, wodurch der vertraute Alltagsablauf sich ändert.

„Ich geh halt herum und dann setz ich mich mal dort hin und dann setz ich mich mal da hin, aber die Beine und das Kreuz (,) und die Beine sind halt auch so schwer.“ [Interview 1, Z. 93–95]

Schmerzen können darüber hinaus dazu beitragen, dass der Alltag nicht mehr bzw. nur eingeschränkt selbstständig bewältigt werden kann. Hier sehen sich manche Betroffene in einem Konflikt – einerseits möchten sie ihre Selbstständigkeit möglichst lange und in einem größtmöglichen Ausmaß aufrechterhalten, andererseits müssen sie dadurch jedoch zum Teil sehr quälende Schmerzen ertragen.

„Nur beim Abwaschen da glaub ich (,) wenn ich länger steh, da glaub ich mir reißt das Kreuz ab.“ [Interview 1, Z. 27–28]

Dadurch dass Schmerzen bei Hochbetagten oft durch altersbedingte Abnützungen des Bewegungsapparates auftreten bzw. häufig auch auf chronische Erkrankungen zurückzuführen sind, liegt es nach einem ausgeschöpften Schmerztherapieangebot letzten Endes an den Betroffenen selbst, Wege und Möglichkeiten der Linderung zu suchen. Das Problem liegt hier jedoch dabei, dass diese alternativen Optionen oftmals nur vorübergehend und zudem in einem begrenztem Ausmaß Entlastung bieten können.

„Aber wenn ich dann aufsteh (,) wenn ich im Bett lieg am Abend, dann fängt das so an in der Schulter, dann häng ich mir einen Schal um weil die Wärme tut mir dann besser (,) da kommen die Schmerzen dann aber schon auch.“ [Interview 5, Z. 445–448]

Auch an dieser Stelle soll erneut auf den Hintergrund der Betrachtungen zurückgeführt werden – nämlich der anstehende Heimeintritt, auf welchen sich die zukünftigen HeimbewohnerInnen vorzubereiten haben. Dies mit oftmals chronischen Schmerzen bewerkstelligen zu können, verlangt jedem/jeder Betroffenen ein hohes Maß an Bewältigungs- und Unterstützungsmöglichkeiten ab.

3c Vergesslichkeit/geistiger Abbau

Neben der Abnahme der körperlichen Mobilität muss auch die Abnahme geistiger Fähigkeiten im Alter betrachtet werden. Dieser fortschreitende Verlust kognitiver Fertigkeiten wird von den Betroffenen durchaus wahrgenommen.

„Auf Dauer gibt's das, dass man ständig immer mehr abbaut.“ [Interview 3, Z. 532]

Die nachlassenden Fähigkeiten werden zwar in Zusammenhang mit zunehmendem Alter gesehen und verstanden, scheinen jedoch häufig schwer anzunehmen zu sein. Vor allem Menschen, welche sich Zeit ihres Lebens viel an Wissen aneignen konnten, dürften durch das Vergessen immer wieder schwere Enttäuschungen erleben.

„Aber es ist so ab 75 Jahren, ist es so, dass die Organe das Gehör und so weiter und vor allem das Erinnerungsvermögen sehr schwer nachlässt.“ [Interview 2, Z. 357–358]

Auch wenn Vergesslichkeit und geistiger Abbau nach außen hin häufig als nicht so schlimm abgetan werden, so werden diese von den Betroffenen wahrgenommen und sehr genau beobachtet. Ein gesundes Selbstwertgefühl sowie ein starker Charakter ermöglichen einigen zukünftigen HeimbewohnerInnen, sich selbst zu kontrollieren und Fehler eingestehen zu können.

„Weil ich weiß, dass ich nicht mehr so geistig fit bin wie früher aber ich kontrollier mich auch selber (,) und ich mach auch Fehler!“ [Interview 3, Z. 588–589]

Auch im Gesprächsverlauf zeigte sich der bestehende geistige Abbau zum Teil zwangsläufig. Das plötzliche Abrufen-Wollen von Antworten auf gestellte Fragen erwies sich einige Male als schwierig. Hier erwiesen sich der geschaffene vertraute Gesprächsrahmen und das Zeitgeben als Quelle für das Zulassen häufig schwierig auszusprechender Sätze:

„Sehen S', das lasst alles nach manches vergess ich.“ [Interview 5, Z. 148–149]

„Vergesslich werd ich, leider [betont]!“ [Interview 6, Z. 175]

Das Nachlassen kognitiver Fähigkeiten wird als enorm belastend wahrgenommen, da mit dem Wissen und dem Gedächtnis die eigene Identität, auf welche später noch näher eingegangen wird, als zusammenhängend gesehen wird. Schließlich wird der Abbau dieser Fertigkeiten als ein Verlust empfunden und kann Gefühle von Traurigkeit, Angst oder Verzweiflung hervorrufen. Nachdem Vergesslichkeit im Alter in unserer Gesellschaft oftmals mit „Verblöden“ oder gar „Dummsein“ gleichgestellt wird, können altersbedingte kognitive Beeinträchtigungen durchaus als Tabu behaftet bezeichnet werden. Umso mehr Kraftaufwand setzen Betroffene darin, sich selbst sowie ihr umgebendes soziales Netzwerk darüber hinwegzutäuschen. Manche zukünftige HeimbewohnerInnen belächeln diesen Vorgang:

„Bisschen vergesslicher wird man, blöder wird man vielleicht auch (,) das ist aber normal. Die alten Herrschaften die sich alles merken, das ist nicht wahr [lacht].“ [Interview 6, Z. 316–318]

Bestehender geistiger Abbau zeigt seine Auswirkungen im Alltag oftmals durch vermehrte Notwendigkeit an Konzentration. Einige GesprächspartnerInnen beschreiben, dass sie Unterschiede darin erkennen, verschiedene Dinge nicht mehr gleichzeitig erledigen zu können. Folglich müssen sie heutzutage in einzelne Erledigungen/Handlungen mehr an Zeit und Aufmerksamkeit investieren.

„Ich bin gewohnt mehrere Sachen auf einmal zu tun (,) jetzt weiß ich das geht nicht, wenn ich was tun will, genau, dann muss ich dabei bleiben (,) kann ich nicht dort anfangen und dort anfangen ... Ich kann nicht fernsehen und dabei rechnen (,) das geht nicht mehr.“ [Interview 3, Z. 589–592]

Als zentrales Schlagwort, in Verbindung mit Vergesslichkeit und geistigem Abbau, zeigte sich das Wort „Kontrolle“ im Gesprächsverlauf. Dadurch, dass durch den fortlaufenden Verlust kognitiver Fähigkeiten Verantwortlichkeiten häufig begrenzt wahrgenommen werden können oder auch abgegeben werden müssen, versuchen einige Betroffene, sich verstärkt selbst zu kontrollieren, um ihre Selbstständigkeit möglichst lange erhalten zu können.

„Solange Sie nur irgendwie denken können tut man das selber kontrollieren!“ [Medikamente] [Interview 3, Z. 585–586]

Wenn man sich selbst auf Grund von geistigem Abbau verstärkt kontrolliert, so beinhaltet dieser Vorgang auch das Bewusstsein darüber. Das Zulassenkönnen dieser Unzulänglichkeit muss als große Herausforderung gesehen werden. Denn das Wahrnehmen kognitiver Beeinträchtigungen impliziert schließlich auch das Erleben von Fehlern, was oftmals als äußerst enttäuschend und bedrückend erlebt wird.

„Aber man muss sich selber kontrollieren und man muss zu sich ehrlich sein, wissen Sie? Und das ist gar nicht leicht wenn man sich erwischt wenn man was gemacht hat und dabei hat man das gar nicht gemacht.“ [Interview 3, Z. 597–599]

Speziell die Vergesslichkeit und geistiger Abbau stellen in Zusammenhang mit einem anstehenden Einzug ins Pflegeheim einen zusätzlichen Ballast dar. Solch ein großer Umbruch in der bisherigen Lebensführung erfordert vielerlei organisatorische Erledigungen – seien dies die Auflösung des Hausstandes, Erbschaftsregelungen, Packen oder die Finanzen ordnen. Dies alles mit erhöhter Konzentration, Zeitinvestition und mehrmaligem Kontrollieren von Durchgeführtem zu erledigen kann sehr ermüdend sowie deprimierend sein, da dadurch eine verstärkte Auseinandersetzung mit vorhandenen kognitiven Unzulänglichkeiten stattfindet.

Eng verbunden mit den Erschwernissen durch Altersbeeinträchtigungen ist das Wahren der eigenen Identität. In diesem Zusammenhang geht es im Wesentlichen um das Treffen von Entscheidungen, selbstbestimmt leben zu können und Aktivitäten und Hobbys auch im neuen Zuhause weiterführen zu können.

4 Identität wahren

4a Autonom und aktiv bleiben

Wenn es darum geht, die eigene Identität wahren zu können, beinhaltet dies auch das Entscheidungen-treffen-Können. Ein wichtiger und in den Gesprächen mehrfach genannter Grund, sich selbst für den Einzug ins Pflegeheim entschieden zu haben, war der, zur Option stehende Möglichkeiten selbst abwägen und bestimmen zu können.

„Aber wenn Sie selbst entscheiden können es geht nicht mehr dann kann das gar nicht hart sein.“ [Interview 3, Z. 208–209]

Um der eigenen Autonomie auch in späteren Zeiten eventueller Entscheidungsunfähigkeit gerecht zu werden, werden zu einem Zeitpunkt geistiger Fitness wichtige Vorkehrungen getroffen. Die zukünftigen HeimbewohnerInnen möchten dadurch sicherstellen, sich das künftige Lebensumfeld mitgeschaffen zu haben, um so der Gefahr zu entgehen, einer fremdbestimmten Situation entgentreten zu müssen.

„Wissen Sie, es ist so, solange (,) wenn man früher ins Heim geht (,) dann können Sie sich selbst noch alles richten, wenn Sie einmal krank sind oder dem irgendwie, dann müssen Sie das nehmen was die anderen Ihnen machen... Und das ist nicht sehr ... Angenehm.“ [Interview 3, Z. 90–92]

So kann nicht alleine über die künftige Lebensweise, sondern auch über wichtige Verfügungen entschieden werden. Darüber hinaus darf nicht vergessen werden, dass die Identität zudem durch das eigene Hab und Gut definiert wird. Von mitgenommener Kleidung über Mobiliar und Porzellan bis hin zu eigenen Dekorationsgegenständen im

künftigen Zuhause, können an sich einfache Dinge wesentlich zum Wohlbefinden beitragen.

„Wenn ich einmal so bin dass ich nichts mehr machen kann, dass mir alles nur über meinen Kopf wächst das mag ich nicht (,) weil so kann ich (,) da weiß ich was ich mitnehme.“ [Interview 3, Z. 199–201]

Wenn Autonomie in einem ausreichenden Maß vorhanden ist, können die Betroffenen ihr Leben weitgehend selbstbestimmt leben. Dadurch ist es ihnen möglich, Entscheidungen und Handlungen unabhängig von anderen, wie es ihnen entspricht, durchzuführen.

„Es ist ein Unterschied ob ich so hilflos warten muss bis mir wer das macht oder ich mir das alles selber, wann’s mir passt.“ [Interview 3, Z. 570–571]

Einige zukünftige HeimbewohnerInnen erledigen auch bewusst kognitiv herausfordernde Tätigkeiten, um geistig aktiv zu bleiben. So versuchen sie, ihren derzeitigen Zustand möglichst lange aufrechtzuerhalten.

„Solange ich geistig das machen kann werd ich alle Medikamente mir selber geben, nicht?“ [Interview 3, Z. 574]

Zudem werden unterschiedliche Möglichkeiten genutzt, Körper und Geist sinnvoll zu beschäftigen. Mehrfach wurden das Lesen und das Lösen von Kreuzworträtseln als wesentliches Gehirntraining sowie das Spaziergehen zum Erhalten der Mobilität.

„Und lesen und Kreuzworträtsel lösen und die Stunde die ich da spazieren geh am Tag (,) ein paar Mal hin und her.“ [Interview 1, Z. 492–493]

Je nachdem, welche körperlichen und geistigen Möglichkeiten einer hochbetagten Person zur Verfügung stehen, wird versucht, notwendige Alltagserledigungen selbst zu bewerkstelligen.

„Und das Einkaufenfahren, was eben notwendig ist um das Mittagessen zu richten (,) das mach dann eben schon ich.“ [Interview 2, Z. 103–104]

Den zukünftigen HeimbewohnerInnen ist durchaus bewusst, dass mehrere ihrer Beschäftigungen im jetzigen Alltag später im Pflegeheim wegbrechen werden. Einige von ihnen setzen sich aktiv damit auseinander, dies in ihrem neuen Zuhause nicht einfach auf sich zukommen zu lassen

„Ja, man muss sehr auf der Hut sein, dass man dann nicht total einseitig wird ... Und nicht total ausgeliefert den kränksten Menschen weil das würde man nicht durchhalten.“ [Interview 2, Z. 322–324]

So wird im Jetzt schon häufig überlegt, welche neuen Möglichkeiten einem zur Verfügung stehen könnten, um den Alltag weiterhin selbstbestimmt erleben zu können. Als äußerst wichtig wird dabei das Finden sinnvoller Aufgaben empfunden.

„Und ich muss mir dann halt nötige Aufgaben suchen die mich soweit ähm ... Treiben lassen können, dass ich noch etwas Sinnvolles tun kann.“ [Interview 2, Z. 343–346]

4b Hobbys erhalten

Eng mit Autonom- und Aktivbleiben verbunden ist das Erhalten von Hobbys. Soweit es den hochbetagten Personen möglich ist, wird ein wesentlicher Schwerpunkt in das Trainieren und Aufrechterhalten der körperlichen Mobilität gelegt.

„Was ich tu, ob Sie es glauben oder nicht, im Bett alle Tage Rad fahren.“ [Interview 1, Z. 487–488]

Die körperlichen Fähigkeiten zu nützen wird nicht ausschließlich als Verpflichtung gesehen, sondern scheint ebenso das Selbstwertgefühl und das Gefühl von Lebendigkeit zu fördern.

„Und dann mach ich meine Turnübungen und dann bin ich auch im siebten Himmel!“ [Interview 4, Z. 340–341]

Vor allem wenn die Alltagsbeschäftigungen durch fortschreitende altersbedingte Beeinträchtigungen stark eingeschränkt sind, wird in einfachen körperlichen Übungen einer-

seits eine gute Gelegenheit der Stärkung des Körpers wie auch des sinnvollen Zeitvertreibens gesehen.

„Ja und dann (,) das mach ich im Bett und dann auch im Sitzen (,) aber nicht ununterbrochen (,) aber da tu ich auch turnen, nicht nur vielleicht blöd schauen ... Das tu ich nur nebenbei [lacht herzlich].“ [Interview 4, Z. 238–240]

Vermutlich besteht bei der heutigen hochbetagten Generation deshalb häufig ein starker Wunsch nach Bewegung, da ihr Leben, wie sie selbst berichteten, häufig durch schwere körperliche Arbeit und viele lange Fußwege geprägt wurde. Sich in Zeiten körperlichen Gebrechens Auszeiten zu gönnen, kommt für einige Betroffene nicht in Frage.

„Ich bin jeden Tag spazieren gegangen im Spital aber oft haben mir die Hände dann schon weh getan von den Krücken (,) die ich gehabt hab und oft das Dings war, wenn ich nur bis zur Tür gegangen bin (,) aber ich bin draußen gewesen!“ [Interview 4, Z. 462–465]

Die Hobbys im Alter beziehen sich aber natürlich nicht ausschließlich auf körperliche Betätigungen. Je nachdem, welche Möglichkeiten der Beschäftigung durch die eigene Gesundheit geboten werden, wurden das Fernsehen, Lesen oder auch das Kartenspielen mehrfach genannt.

„Ich tu fernsehen und Fußball schauen (,) Sport schauen und Ding, lesen tu ich auch, aber nicht so viel wie man eigentlich sollte.“ [Interview 6, Z. 162–163]

„Naja und sonst tu ich halt Zeitung lesen, dann bisschen Karten legen und Bücher lesen, aus.“ [Interview 6, Z. 273–274]

Bei spezielleren Hobbys finden durchaus auch Überlegungen statt, welche Optionen einem offen stehen, diese in den künftigen Alltag integrieren zu können. Nachdem die Möglichkeiten im zukünftigen Zuhause oftmals durch organisatorische Strukturen und Platzmangel beschränkt werden, ist es manchmal notwendig, umzudenken oder Abstriche zu machen.

„Und malen aber ich kann das natürlich nicht alles draußen [im Pflegeheim] ... Solche Sachen machen aber dann Aquarelle oder so.“ [Interview 3, Z. 74–75]

Was bei all dem jedoch nicht vergessen werden darf, ist, dass manche Hobbys und liebgewonnene Beschäftigungen durch altersbedingte Beeinträchtigungen gänzlich aufgegeben werden müssen. Dies stellt eine besonders schwierige Situation dar, da dies häufig als ein Verlusterlebnis mit großer Trauer wahrgenommen wird.

„Ich geh immer vorn raus, hinten zum Garten da darf ich ja gar nicht ... [stockt] ... Wir haben immer viel im Garten gearbeitet mein Mann und ich und jetzt ist er so verwildert [weint].“ [Interview 1, Z. 38–40]

4c Lebensfreude bewahren/Lebenseinstellung

Die eigenen Wünsche, wonach gefragt wurde, beziehen sich vorwiegend auf die Gesundheit. Mehrfach wurde in den Gesprächen mitgeteilt, dass trotz altersbedingter Beeinträchtigungen Zufriedenheit besteht.

„Und was, ich bin ein zufriedener Mensch (,) nicht anspruchsvoll.“ [Interview 4, Z. 425]

Gleichzeitig besteht vermutlich das Bewusstsein darüber, dass gewisse Situationen nicht zu ändern sind.

„Wie es ist so ist es würd ich sagen!“ [Interview 4, Z. 525]

Hochbetagte Menschen scheinen tiefe Freuden für einfache Gegebenheiten zu verspüren. Sie beschreiben sich zudem mehrfach als sehr naturverbunden und teilen mit, starke Glücksgefühle zu empfinden, wenn sie einfach die Natur genießen können.

„Das Fenster aufmachen und die Veranda und dann rausschauen und den Mund aufmachen.“ [Interview 4, Z. 339–340]

Aus dem Anblick von Landschaften können viele zukünftige HeimbewohnerInnen neue Energien schöpfen. Einige Male wurde mitgeteilt, dass sie keine Notwendigkeit für das

Besitzen von objektiv wertvollen Gegenständen oder großen Häusern sehen, sondern sich eher auf die einfachen, doch ebenso hochgeschätzten Dinge besinnen. Das Beobachten von Tieren oder die im Frühling neu erblühende Natur verschaffen vielen Hochbetagten tiefes Wohlbefinden.

„Und eine frische Luft und dass ich rausschauen kann und ein paar Vögel seh ... Wenn die Bäume blühen ich kann mich ja über alles freuen (,) ich brauch ja nicht einen Palast ich bin ein zufriedener Mensch.“ [Interview 4, Z. 588–590]

Eine große Energiequelle dürften den Erzählungen nach zu urteilen Enkel- bzw. Urenkelkinder darstellen. Ihre unbeschwerte Lebensweise und bedingungslose Zuneigung können viel Freude verschaffen.

„Ich nehm alles so wie es kommt! Und dann mein Dings ist der Burli!“ [Spitzname für Urenkel] [Interview 4, Z. 59–60]

Nachdem das Erwähnen der Kleinkinder meist zeitgleich mit dem Herzeigen der Fotos von ihnen geschah, war währenddessen deutlich sichtbar, wie sehr sie Lebensfreude bei den Betroffenen hervorrufen können. So haben einige der zukünftigen HeimbewohnerInnen ihre Möglichkeit gefunden, Einsamkeit, Belastungen und Ängste für kurze Zeit „vergessen“ zu können.

„Ja ... Zum Fressen! Ich schau mir die Fotos oft (,) ich glaub ich tu's jeden Tag anschauen weil da muss ich lachen.“ [Interview 4, Z. 77–78]

Kleinkinder können deutlich zur Lebensfreude zukünftiger HeimbewohnerInnen beitragen. Einigen von ihnen ist dies bewusst und sie sprechen das zum Teil recht nachdenklich aus.

„Ja, das Kind das kleine gibt mir Kraft ... Ja (,) das kleine Kind wirklich wahr.“ [Interview 5, Z. 382]

Eine Möglichkeit der Erhöhung von Lebensqualität zeigte sich darüber hinaus auch im Genießenkönnen. Das Essen und Trinken und die dadurch wahrgenommenen ge-

mochten Geschmäcker sind für viele betagte Menschen sehr wichtig und können ebenso Freude bereiten.

„Und ess ich auch Bitterschokolade weil die gesund ist und ein Achterl Wein weil's gesund ist und zwei Wafferl ... Nur weil's gesund ist [lacht].“ [Interview 4, Z. 288–289]

Das Gefühl von Freude kann häufig durch sehr einfache Dinge ausgelöst werden. Schon alleine das Hören der Lieblingsmusik kann ermunternd wirken.

Ich hab halt Musik hab ich gern zum Beispiel am Sonntag, beim Frühschoppen (,) da freu ich mich immer.“ [Interview 4, Z. 499–500]

Dem Auslösen von Wohlbefinden durch leicht ermöglichbare Tätigkeiten sollte speziell beim Eintritt in das Pflegeheim eine große Bedeutung zugeschrieben werden. Durch das Kennenlernen liebgewonnener Gewohnheiten zukünftiger HeimbewohnerInnen könnte die Eingewöhnungsphase durch das Ermöglichen vertrauter Handlungen, entschärft werden.

„Mein Lieblingsdoktor ... In einer Serie (,) Sturm der Liebe [lacht] ja, das ist mein Liebling! [lacht]“ [Interview 4, Z. 270–271]

Wichtig erscheint ebenso die Ablenkung von Negativem – sei dies in Bezug auf die persönlichen altersbedingten Beeinträchtigungen oder aber die häufig vorwiegend negativen Nachrichten in den Medien. Nachdem die heutige ältere Generation nicht mit den ständig präsenten und umfangreichen Nachrichten aus aller Welt konfrontiert war, scheint ihr dies zum Teil zu viel zu werden.

„Wenn ich eine Zeitung seh, die Königskinder und das freut mich halt (,) und nicht immer lauter traurige Sachen.“ [Interview 4, Z. 490–491]

Zuletzt sollen nun die sozialen Auswirkungen, welche sich durch die Anmeldung in einem Pflegeheim ergeben können, dargestellt werden. Alleine durch die Entscheidung zur Langzeitinstitutionalisierung und die damit verbundenen organisatorischen Erledigungen können zwischenmenschliche Beziehungen sowohl gestärkt als auch belastet werden.

5 Soziale Auswirkungen

5a Verbundenheit durch Hilfestellungen

Dadurch, dass viele zukünftige HeimbewohnerInnen mit ihren altersbedingten Beeinträchtigungen den Alltag nicht mehr gänzlich selbstständig bewältigen können, sind sie auf die Hilfe anderer Personen angewiesen. Diese Hilfestellungen werden, speziell im ländlichen Bereich, häufig durch Familie, Freunde oder Bekannte bewerkstelligt.

„Meine Nichte die kommt zwei Mal in der Woche (,) und die hilft mir dann halt auch ... Wir putzen dann gemeinsam.“ [Interview 1, Z. 19–20]

Wichtig für die Betroffenen erscheint dabei zu sein, selbst mithelfen zu können. Neben dem Gefühl, die Selbständigkeit nicht gänzlich abgeben zu müssen, erfahren sie Unterstützung in einem Rahmen, in welchem soziale Beziehungen gefestigt werden können.

„Sie macht die Fenster und tut a bissl Staub saugen (,) und ich putz halt auch (,) aber die Fenster (,) so hoch (,) das geht halt dann nimmer mehr.“ [Interview 1, Z. 20–22]

Die Hilfe aus dem umgebenden sozialen Netzwerk wird meist besonders geschätzt. Wichtige, jedoch altersbedingt, beschwerliche alltägliche Tätigkeiten werden dabei zwar einerseits dankend abgegeben, andererseits scheinen teilweise gewisse Schwierigkeiten zu bestehen, andere Personen damit zu belasten.

„Und sie hat sich eine neue Waschmaschine gekauft bevor ich damals schon mal ins Heim gegangen bin ... Und sie wäscht mir auch meine Wäsche (,) und sie sagt auch dass das überhaupt kein Problem ist.“ [Interview 1, Z. 174–177]

Durch das Übernehmen unterschiedlichster Tätigkeiten können zukünftige HeimbewohnerInnen wesentlich entlastet werden. Nachdem die Alltagsbewältigung für viele schon eine Herausforderung an sich darstellt, bedeutet das Abgebenkönnen der nun zusätzlich anfallenden Erledigungen eine große Erleichterung.

„Und meinem Schwager dem darf einmal nichts passieren (,) der macht mir das ganze Schriftliche und meiner Nichte der darf auch nichts passieren (,) weil das ist auch so eine Fleißige, ja.“ [Interview 4, Z. 53–55]

Dass diverseste Arbeiten von Familie, Freunden oder Bekannten häufig selbstverständlich übernommen werden, schafft tiefe Verbundenheit und Dankbarkeit. Eine Gesprächspartnerin erzählt von ihrem großen Dank ihrem Schwager gegenüber wie folgt:

„Aber er ist so ein [stockt] ... Einmaliger, alles [betont] macht er (,) er tut Wäsche waschen, Vorhänge (,) Fenster putzen ... Alles macht er! Der ist wirklich (,) also kann man zufrieden sein!“ [Interview 4, Z. 98–100]

Zukünftige HeimbewohnerInnen, welche ihr Zuhause auf Grund ihrer beeinträchtigten Mobilität sehr eingeschränkt oder gar nicht mehr verlassen können, sind verstärkt auf die Hilfestellungen ihrer Angehörigen angewiesen. Die vielen Vorbereitungen und Erledigungen für den Eintritt ins Pflegeheim, welche außerhalb der eigenen vier Wände durchzuführen sind, müssen schließlich übernommen werden. So können Personen aus dem sozialen Umfeld wichtige Bindeglieder zwischen dem eigenen Zuhause und dem gesellschaftlichen Leben außerhalb darstellen, was sich oft auch auf das spätere Dasein in der Langzeitinstitution übertragen lassen kann.

„Na, das ist was Schönes (,) die schaut auch auf mich wenn ich irgendwas brauch (,) geht mir was einkaufen oder bringt mir was ... Sind alle recht lieb (,) da darf man nichts sagen.“ [Interview 5, Z. 25–27]

Vor allem bei den weiblichen Gesprächspartnerinnen kam im Verlauf der Erzählungen mehrfach zum Vorschein, dass sie sich häufig viel und gerne um Familie und Freunde gekümmert haben. So erscheint es einigen von ihnen zunächst schwierig, Unterstützungen bedingungslos anzunehmen, und sie versuchen, sich erkenntlich zu zeigen.

„Ich hab's jetzt eh wieder gesagt, dass' mir sagen sollen wann sie essen gehen damit ich's ihnen bezahl', weil sonst bin ich gestorben und dann geht's nicht mehr!“ [Interview 4, Z. 250–252]

Neben den Hilfestellungen durch Angehörige spielt auch die Versorgung durch soziale Dienstleistungsanbieter eine wichtige Rolle. Durch die regelmäßig durchzuführenden Tätigkeiten können sich hier ebenso wichtige soziale Kontakte für die Hochbetagten entwickeln. Einzelne Situationen, in welchen die zukünftigen HeimbewohnerInnen zwischenmenschlich wertvolle Handlungen sehen, werden hoch geschätzt und bleiben in Erinnerung.

„Und ist sie vergangene Woche mir dann um Medikamente gegangen und zum Doktor um die Bewilligung und dann ist sie Nachmittag nochmal gekommen und hat's gesagt (,) sie hat die Karte vergessen mir zu geben und ist sie extra gekommen, wirklich.“ [Interview 5, Z. 436–439]

Für notwendige Erledigungen, welche nicht mehr selbstständig durchgeführt werden können, auf Unterstützung zurückgreifen zu können, erwies sich im Verlauf der Gespräche als sehr wertvoll. Dadurch werden die zukünftigen BewohnerInnen oftmals in ihrem Gefühl, wahrgenommen zu werden, bestärkt.

„Ich hab für alles jemanden und das ist viel wert (,) auch fürs Schneeschaufeln.“ [Interview 4, Z. 465–466]

Darin kann auch das Eingebundensein in ein soziales Netzwerk verstanden werden, was sich bei anstehenden großen Veränderungen als wichtiger Rückhalt erweisen kann.

5b Soziale Netzwerke verlieren

Im Verlauf der Institutionalisierung hat der/die zukünftige HeimbewohnerIn seine/ihre vertraute Umgebung zu verlassen. In dieser Umgebung haben sich jedoch häufig wichtige Freundschaften und Bekanntschaften gebildet, wo sich auch ein wesentliches Unterstützungsnetzwerk für Hochbetagte entwickeln kann.

„Naja (,) wissen Sie (,) wir sind ja alle schon sehr lange da [im Wohnhaus]... Die Nachbarin nebenan (,) die war (,) die hat mir sehr viel geholfen.“ [Interview 3, Z. 387–388]

Nachdem viele ältere Personen ihr soziales Netzwerk mehrfach als vorwiegend im gleichen Alter beschrieben haben, wird im anstehenden Umzug in das Pflegeheim gewissermaßen auch das Abbrechen der Sozialkontakte gesehen bzw. befürchtet. Dies begründet sich dadurch, dass Freunde und Bekannte oftmals ebenso durch altersbedingte Beeinträchtigungen unter eingeschränkter Mobilität leiden und später nur eingeschränkte Möglichkeiten haben, die neuen HeimbewohnerInnen zu besuchen. Ein weiterer Grund für das Abbrechen von Sozialkontakten wurde vom Gesprächspartner, welcher als Pfarrer tätig ist, im plötzlichen Wegbrechen einer großen Aufgabe gesehen. Einerseits scheinen sich Freundschaften schwieriger bzw. auf einer anderen Ebene gebildet zu haben, andererseits war es stets seine Aufgabe für seine Gemeinde unterstützend da zu sein und nicht seine Gemeinde für ihn.

„Freunde zu finden ist sehr schwierig ... Und da ist es nunmal so, dass durch den Zölibat nicht wahr, Grenzen gesetzt sind ... Es ist eine ganz andere Situation, nicht? ... Als wie hier, daweil die Pfarre das Um und Auf ist für einen.“ [Interview 2, Z. 258–261 bzw. Z. 383–384]

Beim Informieren des sozialen Umfeldes über den anstehenden Heimeinzug kann es teilweise ebenso zu Schwierigkeiten kommen. Nachdem einige der zukünftigen HeimbewohnerInnen Unterstützungsleistungen gegen Bezahlung erhalten (auch im privaten Bereich), sehen sie der Aufkündigung des Dienstverhältnisses oftmals mit Bedenken entgegen, der betreffenden Person dadurch schaden zu können.

„Nein nein (,) ich will nichts sagen (,) ich brauch nichts ... Ich hab es nur meiner Raumpflegerin gesagt und die ist aus allen Wolken gefallen und dann war es schlecht von

mir (,) nicht, aber sie hat halt einen enormen Verdienstaussgang.“ [Interview 3, Z. 512–515]

Darüber hinaus können Ängste entstehen, von der Gesellschaft auf Grund des anstehenden Umzuges in ein Pflegeheim einer falschen Bewertung unterzogen zu werden. Einige künftige HeimbewohnerInnen befürchten, dass ihnen dadurch ihre Rolle im sozialen Leben abgeschrieben werden könnte und sie nicht mehr ernst genommen werden würden.

„Also ... Eine genaue (,) ein fixes Datum gebe ich nicht an weil sonst würde man überhaupt nicht mehr ernst genommen werden, nicht?“ [Interview 2, Z. 406–407]

Ein wesentlicher Beistand kann im Verlauf der Institutionalisierung die Unterstützung der eigenen Kinder sein, um den Anschluss an das soziale Netzwerk nicht gänzlich zu verlieren. Jene GesprächspartnerInnen, welche keine Kinder haben, sprechen den gefühlten Unterschied direkt an und scheinen dadurch zum Teil mehr belastet zu sein.

„Ich glaube, wenn man Kinder hat wird man leichter alt als wenn man keine Kinder hat (,) da tut man sich irgendwie leichter, ja.“ [Interview 3, Z. 103–104]

„Naja haben wir halt keine Kinder, nicht ... Aber es ist schwer.“ [Interview 1, Z. 270–271]

Dazu kommt, dass durch das Voranschreiten altersbedingter Beeinträchtigungen die eigenen Möglichkeiten häufig abnehmen, an gesellschaftlichen Veranstaltungen teilzunehmen. Die oft vorhandene körperlich eingeschränkte Mobilität und das Angewiesen-sein auf Stock, Rollator oder Rollstuhl erschweren Wege außerhalb der eigenen vier Wände oftmals enorm.

„Am Wochenende da haben wir eine Feier (,) da ist meine Schwester 80 Jahre (,) und ich kann aber nicht hingehen (,) weil ich kann ja mit dem Rollstuhl nicht überall hin.“ [Interview 4, Z. 56–58]

Wesentlich für das Teilhaben am gesellschaftlichen Leben sind auch die barrierefreien Zugänge an öffentlichen Orten. Wenn exemplarisch Stufen oder das Fehlen von Auf-

zügen Wege versperren, so bestimmt dies häufig über die Möglichkeit Sozialkontakte zu pflegen und dadurch Freude zu empfinden.

„Und der Kleine, der Burli [Urenkel] ... Der ist ja jetzt dann auch bei der Geburtstagsfeier dabei (,) aber ich kann nicht ... Weil ich kann ja nicht überall hingetragen werden, über die Stufen und zur Toilette.“ [Interview 4, Z. 328–330]

Im Auflösen des Eigentums sehen einige zukünftige HeimbewohnerInnen eine Möglichkeit, ihren Angehörigen Freude zu bereiten und ihr Hab und Gut in guten Händen zu wissen. Wenn es den Hochbetagten jedoch verwehrt wird, an diesem Glück teilzuhaben, kann dies zu schweren Enttäuschungen führen, worin ein weiterer Einbruch im sozialen Netzwerk zu sehen ist.

„Und ich hab ja acht Nichten und vier Neffen und bin so enttäuscht worden ... Ich hab vor Jahren allen acht 100.000,-- Schilling geben.“ [Interview 1, Z. 794–795]

So könnte das Weitergeben von Besitztümern bei einigen Betroffenen als Versuch des Aufrechterhaltens von Sozialkontakten verstanden werden.

„Und drei vielleicht höchstens vier (,) vier sind's ja gar nicht ... Die sich ein bisschen erkenntlich zeigen (,) die anderen keinen Weihnachtsgruß keinen Anruf keinen Besuch (,) da hab ich schon geweint noch und nöcher [weint].“ [Interview 1, Z. 797–799]

5c Angst vor familiären Streitigkeiten

Ab dem Zeitpunkt der Entscheidung zu einer Langzeitinstitutionalisierung stehen, wie bereits mehrfach erwähnt, vielerlei organisatorische Tätigkeiten an, welche zu erledigen sind. Speziell die gerechte Aufteilung der Besitztümer kann sich bei den zukünftigen HeimbewohnerInnen und ihren Familien als problematisch erweisen und wird manchmal schließlich möglichst lange vermieden. Auf die Frage, inwiefern das Auflösen der Wohnung innerfamiliär besprochen wurde, antwortete eine Gesprächspartnerin wie folgt:

„Nein, das [lacht] über das traut sich niemand reden und will niemand reden.“ [Interview 5, Z. 283]

Um schließlich niemanden zu enttäuschen, versuchen manche Hochbetagte die Entscheidung diesbezüglich zu umgehen und lassen ihre Angehörigen darüber bestimmen, welche Besitze sie übernehmen möchten. Den künftigen HeimbewohnerInnen ist dabei durchaus bewusst, dass sich dadurch unangenehme Streitigkeiten im geschätzten sozialen Netzwerk schüren können.

„Die Kinder sollen sich nehmen was sie glauben (,) das ist ganz wichtig, dass sie sich einig sind ... Man hört alleweil so viele Sachen, dass dort drinnen im Heim hab ich auch gehört so viel (,) dass die Kinder dann sich nicht einig sind und ein jeder möchte halt das haben und ein jeder möchte das haben.“ [Interview 5, Z. 288–292]

Daraus entsteht bei vielen Hochbetagten der starke Wunsch, die Vorbereitung zur sowie die Übersiedlung selbst geordnet abhandeln zu können. Wesentliche Anliegen sind dabei Einigkeit und Friede unter den Familienmitgliedern.

„Ich wünsch mir nur das Eine, dass ein Frieden ist unter den Kindern! Das wünsch ich mir und das hab ich einem jeden gesagt ... Wenn's den Wunsch beachten, dann freu ich mich.“ [Interview 5, Z. 342–343]

Dadurch, dass alle interviewten Personen zum Zeitpunkt der Gespräche schon mehrfach Erfahrungen mit Kurzzeitpflegeaufenthalten unterschiedlicher Dauer hatten, befanden sie sich schon vorwiegend mitten in diesem Prozess. Neben dem Selbstbestimmen und dem Abgeben der Entscheidung stellt auch die abgenommene Entscheidung durch Angehörige einen wichtigen Aspekt dar. Wenn Vertrauenspersonen über den Kopf der zukünftigen HeimbewohnerInnen hinweg über deren Hab und Gut bestimmen, führt dies häufig zum Gefühl des Hintergangen- und Ausgenommenwerdens.

„Und wo ich zurückkomm da fehlen zwei Sessel ... Ich hab die Nichte gefragt (,) wo sind die zwei Sessel ... Und da hat von ihrer Schwiegertochter (,) da haben's ausgemalt und da war was ... Da haben's die zwei Sessel genommen (,) ich weiß nicht, ob ich die wieder zurückbekomm.“ [Interview 1, Z. 166–170]

Wenn es zu solchen Situationen mit Familienmitgliedern kommt, scheuen sich die betroffenen Hochbetagten zum Teil stark davor, dies anzusprechen. Sie scheinen Angst zu haben, welche Auswirkungen auf die zwischenmenschliche Beziehung daraus resultieren können und ziehen das Schweigen vor bzw. geben sie manchmal an, sich nicht daran zu stören.

„Und einen Bügelladen ich hab zwei Bügelläden weiß ich noch gehabt (,) und da ist ein Bügeleisen (,) hat sie sich genommen (,) weil ihres kaputt worden ist ... Aber das stört mich eh nicht.“ [Interview 1, Z. 172–174]

Die zunächst angegebene Bedeutungslosigkeit dieser Thematik stellte sich jedoch teilweise als weit tiefgründiger heraus. Wenn die Betroffenen oftmals schon ohnehin unter den eingeschränkten Sozialkontakten und Gefühlen der Einsamkeit und Isolation leiden, möchten sie ihre verbliebenen Kontakte nicht verärgern. Hier offenbarte sich eine äußerst komplexe und belastende Situation der zukünftigen HeimbewohnerInnen. Einerseits nehmen sie ihren emotionalen Ballast und die Enttäuschung wahr und möchten dies auch mitteilen, verbieten sich jedoch andererseits gleichzeitig selbst den Mund.

„Aber wo ich wieder heim bin ist meine Waschmaschine auch weg ... Aber man darf ja nichts sagen ... Ich weiß nicht, ob Sie das verstehen können.“ [Interview 1, Z. 177–178]

Zusätzlich erschwert wird die Situation, wenn die Betroffenen darüber hinaus auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen sind. So fürchten sie scheinbar, dass ihnen diese Unterstützung verwehrt werden könnte, wenn sie ihren Missmut ansprechen bzw. ihr Eigentum nach ihrem Willen zurückfordern.

„Ja (,) sie kommt eh immer (,) sie geht ja auch für mich einkaufen immer (,) und ich könnt eh nachfragen (,) aber ich will's ja auch gar nicht wissen ... Ich hab schon a paar Sachen gesagt, dass sie die nehmen kann (,) aber alles hab ich sicher nicht gesagt.“ [Interview 1, Z. 180–182]

5d Sich als Belastung wahrnehmen

Neben dem Angewiesensein auf Hilfe und der Dankbarkeit dafür ist weiters dem damit häufig in Verbindung stehenden „sich als Belastung wahrnehmen“ Beachtung zu schenken. Durch fortschreitende altersbedingte Beeinträchtigungen kommt es oftmals zu einem stetig zunehmenden Bedarf an Hilfe, welcher häufig von Angehörigen gedeckt wird, um die Zeit bis zum Eintritt in ein Pflegeheim zu überbrücken. Der vermehrte Zeitaufwand, welcher dadurch auf das soziale Netzwerk zukommt, kann von den zukünftigen HeimbewohnerInnen nicht immer angenommen werden, wodurch sie teilweise Alternativen bevorzugen.

„Ein paar Tage kochen die Kinder und ein paar Tage die Volkshilfe, damit's auch ein bisschen alleine sind und dass sie nicht immer ... Na und so ist das.“ [Interview 6, Z. 66–68]

Ein wichtiges Thema stellt in diesem Zusammenhang die finanzielle Gegenleistung dar. So scheint es einigen Hochbetagten leichter zu fallen, die häufig umfassende Unterstützung ihrer Familienmitglieder anzunehmen.

„Aber sie hat jetzt praktisch ein bisschen ein Nebeneinkommen nicht, weil ich ihr doch ein bisschen was geb alle Monate.“ [Interview 1, Z. 743–744]

Niemandem zur Last zu fallen scheint für Hochbetagte ein wichtiger Wunsch zu sein. Auch an diesem Punkt soll erneut auf die früheren Lebensumstände der heutigen älteren Generation, welche häufig durch viele und schwere Arbeiten gekennzeichnet war, hingewiesen werden. Umso schwieriger dürfte es den künftigen HeimbewohnerInnen fallen, nicht für sich selbst sorgen zu können und dadurch die Zeit anderer Personen in Anspruch nehmen zu müssen.

„Und wenn sie dann in Pension ist, dann will sie ja auch ihre Freizeit haben und sich nicht mit mir belasten ... Sie sagt das nicht, aber so gescheit bin ich.“ [Interview 1, Z. 740–742]

Eher versuchen die Hochbetagten häufig Tätigkeiten zu erledigen, womit sie sich selbst stark belasten und an ihre Grenzen stoßen. Dadurch führen sie sich jedoch vermehrt ihre Beeinträchtigungen vor Augen, wodurch sie entmutigt werden können.

„Ich bemühe mich sehr, dass ich (,) dass niemanden unnötig belaste oder wie (,) aber es ist oft, dass man nicht kann, es ist alles anstrengend.“ [Interview 5, Z. 88–89]

5 Zusammenfassung

Das Ziel der Arbeit war es aufzuzeigen, wie hochbetagte Menschen mit dem Gedanken an einen absehbaren Heimeintritt umgehen. Nachdem dabei das individuelle Erleben und die Auswirkungen auf den jeweiligen Alltag im Zentrum des Interesses standen, wurden Interviews mit Betroffenen geführt, welche anschließend im Hinblick auf die Forschungsfragen analysiert wurden. Dadurch konnten zentrale Themen in Kategorien gebündelt werden, welche wie folgt lauten: Der Umzug ins Pflegeheim 1) *...als Entlastung durch...*; 2) *...als Belastung durch...*; dem kommen 3) *Erschwernisse durch Altersbeeinträchtigungen* hinzu mit dem Wunsch 4) *Identität wahren* zu können; darüber hinaus konnten 5) *soziale Auswirkungen* herausgefunden werden. In Bezugnahme auf die zentrale Forschungsfrage „*Wie gehen Menschen mit dem Gedanken an einen künftigen Heimeintritt um?*“ kann festgehalten werden, dass Menschen einem anstehenden Einzug in ein Pflegeheim sehr unterschiedlich begegnen. Im Wesentlichen kristallisierten sich zwei grundlegende Haltungen heraus, wie solch eine anstehende Änderung in der bisherigen Lebensführung eingeordnet wird. Einerseits wurde der baldige Umzug mehrfach als *Entlastung* beschrieben, andererseits stand dieser Meinung das Empfinden gegenüber, die Übersiedlung als *Belastung* wahrzunehmen.

Betrachtet man die Institutionalisierung zunächst als Entlastung, so beinhaltet dies im künftigen Zuhause professionelle Unterstützung rund um die Uhr in Anspruch nehmen zu können und dadurch psychische wie auch physische Erleichterung zu erlangen. Dies zeigte sich aus der Sondersituation, dass alle befragten Personen durch Kurzzeitpflegeaufenthalte die anstehenden Änderungen gewissermaßen bereits erleben konnten, wobei einige von ihnen erzählten, dadurch neue Kraft schöpfen zu können. Ebenso ist dem barrierefreien Wohnen im Pflegeheim Beachtung zu schenken. Durch Schilderungen einiger InterviewpartnerInnen zeigte sich, dass viele Hochbetagte ihre eigenen Räumlichkeiten oftmals nicht mehr zur Gänze nutzen können. Ihre altersbedingten Beeinträchtigungen stellen Hindernisse in der Alltagsbewältigung dar, wodurch die künftige Wohnumgebung im Pflegeheim und die damit verbundenen, vereinfachten Weggestaltungen als Besserung empfunden werden. Ein weiterer begünstigender Faktor wird durch das künftige *nicht mehr alleine sein* dargestellt. Die meisten hochbetagten GesprächspartnerInnen beschrieben ihr soziales Netzwerk als sehr überschaubar,

wodurch einige von ihnen umso mehr das gesellige Leben im Pflegeheim freudig erwarten.

Im Verlauf der Gespräche konnten einige Faktoren herausgefunden werden, welche die anstehende Institutionalisierung in ein vorteilhaftes Licht rücken können. Der biographische Hintergrund, das soziale Netzwerk, die physische Gesundheit wie auch die psychische Stabilität formen die individuelle Ideologie und tragen wesentlich dazu bei, wie großen Änderungen entgegengetreten wird. Ein wesentliches Charakteristikum der Ergebnisse soll durch die „Entschärfung durch die Annäherung an das Unbekannte“ beschrieben werden. Nachdem maßgebenden Veränderungen, welche einen großen Anteil an Unbekanntem mit sich bringen, oftmals mit Bedenken oder gar Ängsten entgegengesehen wird, können solch negative Gedanken durch ein Kennenlernen vorab reduziert werden. Im Verlauf der Gespräche zeigte sich mehrfach, dass die InterviewpartnerInnen häufig positiv überrascht von ihren Erfahrungen im Pflegeheim berichteten. Durch das Bekanntschaftschließen mit anderen BewohnerInnen, dem Personal und die Annäherung an den Alltag im Pflegeheim berichteten einige GesprächspartnerInnen, dass sie zum Teil bereits ein Zuhause Gefühl entwickeln konnten.

Diesen umfassenden positiven Berichten steht ein ebenso umfassender Bereich durch die entstehenden Belastungen gegenüber. Ein häufig beschriebenes Gedankenkreisen bezieht sich auf das Verlassen des Zuhauses mit dem damit verbundenen Zurücklassen von Eigentum. Nachdem einige der befragten Personen viele Jahre in ihrem Zuhause verbracht haben, fällt es ihnen meist sehr schwer, dieses aufzugeben. Dadurch, dass der/die zukünftige HeimbewohnerIn im Pflegeheim nur ein begrenztes Ausmaß an Räumlichkeiten zur Unterbringung der eigenen Habseligkeiten haben wird, muss der/die betroffene Hochbetagte zwangsweise häufig einen großen Teil seines/ihrer Besitzes zurücklassen. Das Aussortieren der eigenen Gegenstände wird häufig als Abschiednehmen gesehen. Die dadurch entstehenden Belastungen können dazu führen, dass diese negativen Gefühle auf den anstehenden Heimeintritt projiziert werden und diesem folglich missmutig entgegengetreten wird. Manche Hochbetagte setzen sich gedanklich auch damit auseinander, welchen Verlauf ihre Gesundheit nehmen wird oder wie sie mit dem Leid, das sie vermuten im Pflegeheim sehen zu werden, umgehen können. Einige GesprächspartnerInnen zeigten zudem auch Bewusstsein über das mögliche Miterleben gesundheitlicher Einbußen ihrer künftigen MitbewohnerInnen, wodurch sie selbst zum vermehrten Nachdenken über ihre eigene Zukunft angeregt

werden dürften. Als äußerst belastend kann die Gesamtsituation empfunden werden, wenn die hochbetagte Person keine andere Möglichkeit sieht als die in ein Pflegeheim umziehen zu müssen. So ergibt sich ein weiteres wichtiges Charakteristikum der Ergebnisse, welches durch „die gezwungene Freiwilligkeit“ beschrieben werden kann. Mehrfach wurde mitgeteilt, dass die Entscheidung zur Langzeitinstitutionalisierung vom/von der zukünftigen HeimbewohnerIn selbst ausgehen würde, doch gleichzeitig wurde eine gewisse Resignation mittransportiert, indem das Fehlen weiterer Optionen angesprochen wurde. Den/Die Betroffene/n schien das Wissen, sich selbst für den Heimeintritt entschieden zu haben, in dieser Situation bestärkt zu haben. Dies jedoch bei gleichzeitigem Eingestehen, keinen anderen Handlungsspielraum zu haben, aussprechen zu müssen, kann dem/der zukünftigen HeimbewohnerIn das Gefühl der Ausweglosigkeit vor Augen führen, wodurch sich starke psychische Ballaste aufzeigen können.

Im Verlauf der Gespräche konnten zudem Aspekte herausgefunden werden, welche dem anstehenden Heimeintritt zusätzlich einen absprechenden Charakter verleihen. Nachdem sich die Wartezeiten bis zu einer Fixzusage eines Heimplatzes unterschiedlich lange erstrecken können, kommt es vor, dass sich durch eine etwaige längere Dauer der ursprüngliche Wille und die Motivation mindern. Dadurch, dass das Freiwerden eines Platzes auch das Ableben eines Heimbewohners/einer Heimbewohnerin bedeuten kann, wird die Zusage des Pflegeheims mit gemischten Gefühlen erwartet. Eine weitere Problematik kann sich im sozialen Rückzug zeigen. Einige GesprächspartnerInnen berichteten über den laufenden Verlust des sozialen Netzwerkes, sei dies durch die Abnahme der eigenen körperlichen Mobilität, wodurch der Aktionsradius eingeschränkt wird, die Abnahme der körperlichen Mobilität von Freunden und Bekannten, oder aber durch Todesfälle. Das Wegbrechen von Sozialkontakten wurde vorwiegend als schwere Belastung beschrieben, wobei sich manche zukünftige HeimbewohnerInnen folglich entschlossen haben, keine neuen Kontakte mehr knüpfen zu wollen, um der Wehmütigkeit durch Todesfälle zu entgehen. Verstärkt kommt dies zum Vorschein, wenn die hochbetagte Person unter schambehafteten Beeinträchtigungen leidet, wodurch sie sich selbst das Anteilhaben am geselligen Leben abschreibt. Dadurch soll versucht werden, eigene Unzulänglichkeiten vor anderen zu verbergen, was für einige GesprächspartnerInnen einen hohen Kraftaufwand bedeutet und zudem aufzeigt, welche umfassenden Gedanken zum Heimeintritt stattfinden. Werden all diese Belastungen bei gleichzeitigem Auseinandersetzen mit dem eigenen Ableben zu einem zentra-

len Inhalt, kann bei einigen Betroffenen auch der Wunsch nach dem eigenen aufkommen, welcher nahezu als unvereinbar mit einer Annäherung an die Übersiedlung in ein Pflegeheim zu sehen ist.

In Hinblick auf die erste Untergliederung der Forschungsfrage mit der Unterfrage „*Wie wirkt sich ein absehbarer Heimeintritt auf das Alltagsleben eines Menschen aus?*“ sind neben den vielfältigen Gedankengängen bestehende altersbedingte Beeinträchtigungen zu erwähnen, wodurch der anstehende Einzug in ein Pflegeheim und die dazu notwendigen Vorbereitungen erschwert werden können. Nachdem die Alltagsbewältigung unter geistigen und körperlichen Unzulänglichkeiten häufig eine Herausforderung darstellt, bedeuten die diversen Vorarbeiten auf die Institutionalisierung einen zusätzlichen Kraftaufwand. Beispielsweise stellen das Aussortieren und das Packen des Hab und Guts unter Mobilitätseinbußen und Schmerzen teilweise eine große Hürde dar. Auch die Vergesslichkeit spielt im Rahmen organisatorischer Tätigkeiten eine wesentliche Rolle, womit manche zukünftigen HeimbewohnerInnen im Verlauf zwangsweise konfrontiert werden. Bezugnehmend auf die zweite Untergliederung der Forschungsfrage mit der Fragestellung „*Welche Wünsche und Bedürfnisse haben zukünftige HeimbewohnerInnen in der Zeit davor?*“ steht dem jedoch der dringende Wunsch, die Autonomie zu erhalten, gegenüber. Selbstbestimmt handeln zu können und wichtige Entscheidungen für das weitere Leben treffen zu können, steht für die meisten GesprächspartnerInnen neben dem Wunsch nach Gesundheit ganz weit oben. Regelungen selbst treffen zu können, solange dies noch möglich ist, kann als ein absolut zentrales Anliegen gesehen werden.

Betrachtet man die dritte Untergliederung der Forschungsfrage mit der Unterfrage „*Wie wirkt sich ein künftiger Heimeintritt auf das Zusammenleben im sozialen Netzwerk aus?*“ können jene Auswirkungen als sehr unterschiedlich bezeichnet werden. Schon alleine die Unterstützung durch Familie, Freunde oder Bekannte kann einerseits tiefe Verbundenheit und Dankbarkeit entwickeln, andererseits jedoch auch Abhängigkeiten schaffen, in welchen sich die Betroffenen ihre eigenen Wünsche und Anliegen abschreiben. Zudem bestehen bei komplexen Beziehungen Ängste, Streitigkeiten durch das Äußern von Unmut zu schüren und dadurch die Unterstützung und den Bezug zu Angehörigen zu verlieren. Ebenso können sich Bedenken entwickeln, durch den anstehenden Umzug in ein Pflegeheim, örtlich bedingt, regelmäßige Kontakte zu Mitgliedern des sozialen Netzwerkes zu verlieren. Ein gewisser Zwiespalt zeigt sich darin,

dass die GesprächspartnerInnen einerseits berichteten, sich für den Pflegeheimeintritt entschieden zu haben, um ihren Angehörigen nicht länger zur Last zu fallen, sich jedoch andererseits oftmals nach mehr Kontakt zu ihnen sehnen. Meist bleiben jedoch genau diese beschriebenen Bedenken und Ängste unausgesprochen, um unangenehme Konflikte zu vermeiden.

Nachdem einer anstehenden Institutionalisierung mit sehr unterschiedlichen Erwartungen und Gedanken bzw. auch Sorgen und Ängsten entgegengetreten wird, sollen in der nachfolgenden Diskussion zentrale Ansatzpunkte für die professionelle Pflege dargestellt werden, um Möglichkeiten für die Entlastung der Betroffenen aufzuzeigen.

6 Diskussion

Bei der qualitativen Erforschung der zentralen Fragestellung „*Wie gehen Menschen mit dem Gedanken an einen künftigen Heimeintritt um?*“ konnte herausgefunden werden, dass der Umzug ins Pflegeheim gesehen werden kann 1) *...als Entlastung durch...*; 2) *...als Belastung durch...*; dem kommen 3) *Erschwernisse durch Altersbeeinträchtigungen* hinzu mit dem Wunsch 4) *Identität wahren* zu können; darüber hinaus konnten 5) *soziale Auswirkungen* aufgezeigt werden.

Die Wahrnehmung des Umzugs in ein Pflegeheim als Entlastung zeigt den Wert der professionellen Pflege in einer Institution, wodurch hochaltrige Menschen nachhaltig im physischen und psychischen Bereich Erleichterung erfahren können. Demgegenüber steht der Umzug in ein Pflegeheim als vernommene Belastung durch das anstehende Verlassen des Zuhauses, das neben dem Verlust an sich oftmals viele unbekannte Konstellationen mit sich bringt. Die Sondersituation, dass alle GesprächspartnerInnen ihr zukünftiges Zuhause durch Kurzzeitpflegeaufenthalte vorab kennen lernen konnten, verdeutlichte die Bedeutung der *Entschärfung durch die Annäherung an das Unbekannte*. Speziell die oftmals stattfindenden negativen Berichte im Medien- oder auch Bekanntenkreis können durch die erfahrungsbasierte eigene Meinung neutralisiert werden. Eine komplexe Gegebenheit zeigte sich hingegen in der *gezwungenen Freiwilligkeit*. Mehrfach berichteten die InterviewpartnerInnen einerseits, dass sie sich selbst für den Heimeintritt entschieden haben, was ein zentrales Anliegen darstellte, andererseits teilten sie gleichzeitig mit einer gewissen Resignation mit, keine andere Handlungsmöglichkeit zu sehen. Zudem konnte herausgefunden werden, dass eine anstehende Langzeitinstitutionalisierung eine bedeutsame Thematik in der Alltagsführung darstellt. Neben der wiederholt berichteten kontinuierlichen gedanklichen Auseinandersetzung sind diverse Vorbereitungen unter altersbedingten Beeinträchtigungen zu bewerkstelligen, wodurch zusätzliche Erschwernisse entstehen können. Dadurch kann es auch zu einer direkten Konfrontation mit eigenen Unzulänglichkeiten im körperlichen wie auch kognitiven Bereich kommen, wodurch der dringende Wunsch entsteht, die eigene Identität längst möglich wahren zu können und selbstbestimmt zu handeln. Weitere Auswirkungen eines geplanten Einzugs ins Pflegeheim konnten im sozialen Netzwerk festgestellt werden. Nachdem die zukünftigen HeimbewohnerInnen zumeist auf die Unterstützung anderer angewiesen sind, können sich neben dadurch entstehender

tiefer Verbundenheit und Dankbarkeit auch komplexe Abhängigkeiten entwickeln, in welchen sich die Betroffenen ihre eigenen Wünsche und Anliegen abschreiben. Zudem bestehen bei schwierigen Beziehungen Ängste, Streitigkeiten durch das Äußern von Unmut zu schüren und dadurch die Unterstützung und den Bezug zu Angehörigen zu verlieren.

In Bezugnahme auf die Interpretation der Ergebnisse ist anzumerken, dass die im Rahmen der Diplomarbeit geführten 6 Interviews Verallgemeinerungen einschränken und die Resultate folglich als Trends zu betrachten sind. Zudem sollen die Auswirkungen erlebter Kurzzeitpflegeaufenthalte der GesprächspartnerInnen nicht unterschätzt werden, wodurch Ungewissheiten und Ängste vermutlich teilweise reduziert werden konnten. Eine weitere Limitation ist darin zu sehen, dass die vorgestellte Thematik theoretisch schwierig zu erarbeiten war, nachdem die Betrachtung des Wohlbefindens von Betroffenen ab dem Zeitpunkt der Anmeldung in einer Langzeitsituation ein eher rar durchforstetes Forschungsfeld darstellt. So wurde vorwiegend mit Studien gearbeitet, welche diese Materie eher indirekt betrachten. Diesbezüglich sei angemerkt, dass die Literaturrecherche in einem Zeitraum von etwa 3 Monaten stattfand, wobei die Datenbanken Cinahl, Medline und Pubmed, neben regulären Bibliothekskatalogen, verwendet wurden. Die Suche in den genannten Datenbanken wurde im Rahmen der abschließenden Arbeiten neuerlich durchgeführt. Zentrale verwendete Suchbegriffe waren unter anderem: institutionalization, nursing home, institutionalization in Kombination mit: old people/nursing home/anxiety/concern. Relocation in Kombination mit: nursing home/old people/institutionalization – die Eingrenzung des Zeitrahmens der Veröffentlichung wurde dabei mit 1999 bis 2011 gewählt. Dem ist hinzuzufügen, dass zum Forschungsinteresse relevante Publikationen auch dann herangezogen wurden, wenn diese dem gesetzten Zeitrahmen nicht gerecht wurden.

Eine Übersiedlung in eine neue Wohnumgebung kann als große Veränderung im Leben eines Menschen gesehen werden. Beispielsweise bezeichnet Norman (1993) den Umzug als potentiell ebenso traumatisch wie etwa eine Scheidung oder einen Todesfall in der Familie (Norman in Newson 2008, S. 321). Gegensätzlich dazu kann die Übersiedlung auch helfen, das physische und psychische Wohlbefinden zu fördern (Nand [1992] in Newson 2008, S. 322). Dennoch darf die Bedeutung des Verlustes der vertrauten vier Wände nicht unterschätzt werden. So beschrieb schon Jean Améry (1912–1978) in seinem Exil, dass Heimat Sicherheit und Vertrauen vermittelt, während

das Fehlen des Heimatgefühls, etwa auch bei Heimweh, Ordnungslosigkeit, Verstörung und Zerfahrenheit schüren kann (Améry in Nuscheler 2004, S. 45). Die gedankliche Auseinandersetzung und Annäherung einer hochbetagten Person mit einer etwaigen Institutionalisierung wird von Jang et al. (2008) dann als begünstigend beschrieben, wenn einerseits die eigene Gesundheit als mangelhaft wahrgenommen wird bzw. andererseits, wenn eine vertraute Person schon in einem Pflegeheim lebt (vgl. Jang et al. 2008, S. 110–117). So kann die oben aufgestellte Vermutung der *Entschärfung durch die Annäherung an das Unbekannte* vermutlich gewissermaßen auch über eine bereits institutionalisierte angehörige Person erfolgen. Dennoch ist ab dem Zeitpunkt der Anmeldung zu einem Pflegeheimplatz oft noch die Problematik eventuell länger andauernder Wartezeiten zu überwinden. Prock (1969) beschrieb in seiner Studie die Gefühle derer Personen, welche auf einen Heimplatz warten, als allgemein ängstlich und angespannt, emotional reaktiv, hilf- und kraftlos oder auch depressiv (vgl. Prock 1969, S. 1.837–1.844). Auch in vorliegender Arbeit konnten diese Aspekte herausgefunden werden, nachdem das Warten als stark zermürend beschrieben wurde. Die Berichterstattung einer Betroffenen in Newsons Artikel spiegelt ebenso die Gedanken der für diese Arbeit befragten Personen wider, wobei sie von Angst, schlaflosen Nächten und geheimen Tränen während der Wartezeit erzählt (Newson 2008, S. 323). Die Institutionalisierung, besonders wenn diese unfreiwillig geschieht, bringt schließlich als so bezeichnetes „life event“ bedeutende Veränderungen in der bisherigen Lebensführung mit sich (vgl. Kasl 1972, S. 377). Wenn solch ein „life event“, wie bei den hier vorgestellten GesprächspartnerInnen, geplanterweise stattfindet, erscheint die umfassende gedankliche Auseinandersetzung ab dem Zeitpunkt der Entscheidung bzw. der Anmeldung umso nachvollziehbarer. Neben der folglich unumgänglichen kognitiven wie auch emotionalen Vorbereitung der Betroffenen auf das Pflegeheim soll auch das soziale Umfeld nach Möglichkeit miteinbezogen werden (vgl. Kasl 1972, S. 381). Als wichtiger Ansatzpunkt zur Nachvollziehbarkeit erscheint dazu die Betrachtung der Familie als System. Friedemann (1996) sieht die wesentlichen Ziele der Familie darin, Angst zu bekämpfen, um Kongruenz zu erreichen (vgl. Friedemann 1996, S. 33). Speziell im Falle eines erkrankten bzw. geschwächten Familienmitgliedes soll nicht dem Individuum alleine, sondern dem gesamten Familiensystem Hilfe durch die professionelle Pflege zukommen (vgl. Friedemann 1996, S. 53). So kann auch die Wichtigkeit des Eingreifens professioneller Unterstützung bei komplexen Beziehungen innerhalb des sozialen Netzwerkes argumentiert werden.

Aus den erfolgten abschließenden Betrachtungen können nachfolgende Forderungen gestellt werden. Als absolut unumgänglich zu betrachten sind weitere Forschungen, speziell um für den deutschsprachigen Raum und unsere Kultur die Befindlichkeiten künftiger HeimbewohnerInnen zu erheben. Zudem sollten auch Befragungen bei hochbetagten Personen durchgeführt werden, welche noch keine Annäherung durch Kurzzeitpflegeaufenthalte in einem Pflegeheim aufweisen, um eventuell verstärkte Ungewissheiten und Ängste aufzeigen zu können. In jedem Fall aber sollten die künftigen HeimbewohnerInnen umfassend kognitiv und emotional auf den Umzug vorbereitet werden. Das bedeutet, dass sie in die einzelnen Handlungsschritte, soweit ihnen dies möglich ist, miteinbezogen werden und Entscheidungen möglichst selbstständig treffen sollen. Darin sollten sie selbst sowie ihre Familie durch die professionelle Pflege unterstützt und bestärkt werden. Als ebenso erforderlich zeigt sich, die Betroffenen darin zu ermutigen, über ihre Gefühle, Bedenken und Ängste offen zu sprechen. Für den Verlauf der Eingewöhnungsphase erscheint es unerlässlich, innerfamiliäre Spannungen seitens der Pflegeprofession zu erheben, um im Rahmen von entlastenden Gesprächen Erleichterung und Hilfe anzubieten. So entsteht auch die Forderung, dass die Familiensystemtheorie im Rahmen der Institutionalisierung älterer Personen beachtet werden muss. Dadurch wird anerkannt, dass die Familie die wichtigste Vernetzung für die Betroffenen ist und eine wesentliche Ressource zur Systemerhaltung des „erkrankten“ Familienmitgliedes darstellt (Friedemann 1996, S. 53). Weiters soll eine fortlaufende Sensibilisierung des Pflegepersonals zu vorliegender Thematik stattfinden und für mehr Transparenz in Bezug auf Wartezeiten gesorgt werden. Speziell im Falle längerer Wartezeiten sollte ein zentrales Anliegen das Wahren regelmäßiger Kontakte zu zukünftigen HeimbewohnerInnen sein. Dies könnte sich beispielsweise in Einladungen zu diversen Veranstaltungen des jeweiligen Pflegeheims oder auch in eigens gestalteten regelmäßigen Gesprächsrunden für die neuen BewohnerInnen zeigen. Auch wenn einiger dieser Interventionen bereits vereinzelt als implementiert bezeichnet werden können, zeigten die eigenen Praxiserfahrungen doch, dass noch vieles auf diesem Gebiet zu erarbeiten ist.

Literaturverzeichnis

Adler G. (1991): Heimatsuche und Identität. Das Werk der bairischen Schriftstellerin Lena Christ. Verlag Peter Lang GmbH; Frankfurt/Main.

Becker F., Reinhardt-Becker E. (2001): Systemtheorie. Eine Einführung für die Geschichts- und Kulturwissenschaften. Campus Verlag GmbH; Frankfurt/Main, 1. Auflage.

BMG Bundesministerium für Gesundheit, Sektion II (2009): Interdisziplinäres Glossar „Geriatric und Gerontologie in Österreich“. Wien.

BMSK Bundesministerium für Gesundheit, Soziales und Konsumentenschutz (2008): Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme. Wien.

BMSK Bundesministerium für Gesundheit, Soziales und Konsumentenschutz (2010): Österreichischer Pflegebericht 2008. Wien.

Boothe B., Ugolini B. (2005): Lebenshorizont Alter. vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, 2. Auflage.

Büscher A. (2001): Das Family Health Nurse Konzept der Weltgesundheitsorganisation. In: Gehring M.; Kean S.; Hackmann M.; Büscher A. (Hrsg.): Familienbezogene Pflege. Hans Huber; Bern; 1. Auflage; S. 177–205.

Burkart G. (2005): Die Familie in der Systemtheorie. In: Runkel G., Burkart G.: Funktionssysteme der Gesellschaft. Beiträge zur Systemtheorie von Niklas Luhmann. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; 1. Auflage.

Christmann G. (2004): Dresdens Glanz, Stolz der Dresdner. Lokale Kommunikation, Stadtkultur und städtische Identität. Deutscher Universitäts-Verlag; Wiesbaden; 1. Auflage.

Cohen-Mansfield J., Wirtz P. (2007): Characteristics of Adult Day Care Participants who enter a Nursing Home. In: *Psychology and Ageing*. Vol. 22 (2), S. 354–360.

Dannenbeck C. (1995): Im Alter einsam? Zur Strukturveränderung sozialer Beziehungen im Alter. In: Bertram H. (Hrsg.): *Das Individuum und seine Familie. Lebensformen, Familienbeziehungen und Lebensereignisse im Erwachsenenalter*. Leske + Budrich; Opladen.

Das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch (2000): Manz'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH; Wien; 19. Auflage.

Dettenborn H., Walter E. (2002): *Familienrechtspsychologie*. Ernst Reinhardt Verlag, München; 1. Auflage.

Dietzel-Papakyriakou M. (2004): Heimweh bei alten Migranten: Die Sehnsucht nach der Heimat ist auch eine Sehnsucht nach dem Raum. In: Karakasoğlu Y., Lüddecke J.: *Migrationsforschung und interkulturelle Pädagogik. Aktuelle Entwicklungen in Theorie, Empirie und Praxis*. Waxmann Verlag GmbH; Münster; S. 29–44.

Dunkake I. (2010): *Der Einfluss der Familie auf das Schulschwänzen: Theoretische und empirische Analysen unter Anwendung der Theorien abweichenden Verhaltens*. VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien; Wiesbaden; 1. Auflage.

Flick U., von Kardorff E., Steinke I. (2007): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag; Reinbeck bei Hamburg; 5. Auflage.

Forstmeier S., Uhlendorff H., Maercker A. (2005): Diagnostik von Ressourcen im Alter. In: *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie*. Hans Huber; Bern; Band 18 Nr. 4.

Friedemann M.-L. (1996): *Familien- und umweltbezogene Pflege. Die Theorie des systemischen Gleichgewichts*. Hans Huber; Bern.

Gehring M., Kean S., Hackmann M., Büscher A. (2001): *Familienbezogene Pflege*. Hans Huber; Bern; 1. Auflage.

Gestrich A. (1999): Geschichte der Familie im 19. und 20. Jahrhundert. Enzyklopädie deutscher Geschichte. R. Oldenburg Verlag; München; Band 50.

Gestrich A. (1999): Vergesellschaftungen des Menschen. Einführung in die Historische Sozialisationsforschung. Edition Diskord; Tübingen.

Gestrich A., Krause J., Mitterauer M. (2003): Geschichte der Familie. Alfred Kröner Verlag; Stuttgart; 1. Auflage.

Glinka H.-J. (1998): Das narrative Interview. Eine Einführung für Sozialpädagogen. Juventa Verlag; Weinheim und München.

Gloger-Tippelt G. (2007): Eltern- Kind- und Geschwisterbeziehung. In: Ecarius J. (Hrsg.): Handbuch Familie. VS Verlag für Sozialwissenschaften – Springer Fachmedien; Wiesbaden; 1. Auflage.

Greverus I.-M. (1979): Auf der Suche nach Heimat. C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung (Oscar Beck); München.

Hanson S. (2005): Family Health Care Nursing: An Introduction. In: S. Hanson; V. Gedaly-Duff; J. R. Kaakinen: Family Health Care Nursing – Theory, Practice and Research. F. A. Davis Company; Philadelphia; 3. Auflage; S. 3–37.

Hammerstein N., Herrmann U. (2005): Handbuch der deutschen Bildungsgeschichte. Vom späten 17. Jahrhundert bis zur Neuordnung Deutschlands um 1800. Verlag C. H. Beck; München; 1. Auflage.

Hanson S., Kaakinen J. R. (2005): Theoretical Foundations for Nursing of Families. In: S. Hanson; V. Gedaly-Duff; J. R. Kaakinen: Family Health Care Nursing – Theory, Practice and Research. F. A. Davis Company; Philadelphia; 3. Auflage; S. 69–93.

Heller B. (2006): Heimatlieder. Herzenslandschaften, Klischeebilder und geographische Beliebigkeit. In: Heller H. (Hrsg.): Raum – Heimat – fremde und vertraute Welt. Entwicklungstrends der quantitativen und qualitativen Raumansprüche des Menschen und das Problem der Nachhaltigkeit. LIT Verlag GmbH & Co KG; Wien; S. 287–306.

Heller H. (2006): Stratigraphie des Heimatbegriffs. In: Heller H. (Hrsg.): Raum – Heimat – fremde und vertraute Welt. Entwicklungstrends der quantitativen und qualitativen Raumansprüche des Menschen und das Problem der Nachhaltigkeit. LIT Verlag GmbH & Co KG; Wien; S. 260–274.

Heumos P. (2001): Heimat und Exil. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH; München.

Jang Y., Kim G., Chiriboga D., Cho S. (2008): Willingness to Use a Nursing Home: A Study of Korean American Elders. In: Journal of Applied Gerontology. Vol. 27; S. 110–117.

Kasl S. (1972): Physical and Mental Health Effects of Involuntary Relocation and Institutionalization on the Elderly – A Review. In: American Journal of Public Health. Vol. 62 (3); S. 377–384.

Keister K. (2006): Predictors of Self-Assessed Health, Anxiety, and Depressive Symptoms in Nursing Home Residents at Week 1 Postrelocation. In: Journal of Aging and Health. Vol. 18 (5); S. 722–742.

Kemper F.-J. (1997): Wandel und Beharrung von regionalen Haushalts- und Familienstrukturen. Entwicklungsmuster in Deutschland im Zeitraum 1.871–1.978. Ferd. Dümmers Verlag; Bonn.

Kytir J.; Schrittwieser K. (2001): Familienstrukturen und Familienbildung, Ergebnisse des Mikrozensus September. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz; Wien.

Lilly M. L. (2005): Gerontological Family Nursing. In: S. Hanson; V. Gedaly-Duff; J. R. Kaakinen: Family Health Care Nursing – Theory, Practice and Research. F. A. Davis Company; Philadelphia; 3. Auflage; S. 375–392.

Matsumoto M.; Inoue K. (2007): Predictors of Institutionalization in Elderly People Living at Home: The Impact of Incontinence and Commode Use in Rural Japan. In: Journal of Cross Cultural Gerontology. Vol. 22; S. 421–432.

Matteajt F. (1993): Subjektive Familienstrukturen. Untersuchungen zur Wahrnehmung der Familienbeziehungen und zu ihrer Bedeutung für die psychische Gesundheit von Jugendlichen. Hogrefe; Göttingen.

Mayer H. (2007): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG; Wien; 2. Auflage.

Mayer H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG; Wien; 1. Auflage.

Mayring Ph. (2010): Qualitative Inhaltsanalysen. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag; Weinheim und Basel; 11. Auflage.

Mayring Ph. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Verlag; Weinheim und Basel; 5. Auflage.

Nave-Herz R. (1994): Familien Heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung. Wissenschaftliche Buchgesellschaft; Darmstadt.

Newson P. (2008): Relocation to a care home, par tone: exploring reactions. In: Nursing & Residential Care. Vol. 10 (07); S. 321–324.

Nöldgen S. (2006): Familie, Trennung, Scheidung – Möglichkeiten und Grenzen von Unterstützungsangeboten für Familien in Trennungs- und Scheidungsprozessen. Grin Verlag; München; 1. Auflage.

Nuscheler F. (2004): Internationale Migration. Flucht und Asyl. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; 2. Auflage.

Pernthaler P. (2007): Die Identität Tirols in Europa. Springer Verlag; Wien.

Prakke H.; Wurster J. (1999): Gütekriterien für qualitative Forschung. In: Pflege; 12; S. 183–186.

Prock V. (1969): Effects of Institutionalization: A Comparison of Community, Waiting List, and Institutionalized Aged Persons. In: American Journal of Public Health. Vol. 59 (10); S. 1837–1844.

Scocco P.; Rapattoni M.; Fantoni G. (2006): Nursing home institutionalization: a source of eustress or distress for the elderly? In: International Journal of Geriatric Psychiatry. Vol. 21; S. 281–287.

Stefan H., Allmer F., Eberl J. et al. (2003): Praxis der Pflegediagnosen. Springer-Verlag; Wien; 3. Auflage.

Taylor D.; Osterman J.; Acuff S.; Østbye T. (2005): Do Seniors Understand Their Risk of Moving to a Nursing Home? In: Health Service Research. June; Vol. 40(3); S. 811–828.

Tiedemann S. (2008): Eine Betrachtung Luhmanns Systemtheorie unter besonderer Konzentration auf seinen Kommunikationsbegriff. Grin Verlag; Norderstedt Deutschland; 1. Auflage.

Toman W. (1987): Familienkonstellationen. Ihr Einfluss auf den Menschen. Verlag C.H.Beck; München.

Toman W.; Preiser S. (1973): Familienkonstellationen und ihre Störungen. Ihre Wirkung auf die Person, ihre sozialen Beziehungen und die nachfolgende Generation. Ferdinand Enke Verlag; Stuttgart.

Walter U.; Flick U. et al. (2006): Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; 1. Auflage.

Zimmermann P. (2006): Grundwissen Sozialisation. Einführung zur Sozialisation im Kindes- und Jugendalter. VS Verlag für Sozialwissenschaften; Wiesbaden; 3. Auflage.

Internetverweise:

Handel E. (2003): Das Beziehungsgeflecht Patientin/Patient, Angehörige und Betreuungsteam. Eine systemische Betrachtungsweise. Referat: 4. Züricher Gerontologietag, Universität Zürich, Zentrum für Gerontologie.

auf: www.zfg.unizh.ch/static/2003/handel_beziehungsgeflecht.pdf

zuletzt abgerufen 3. Jänner 2011

Lechner C. (2006): CARMA-Studie: Alt und ausgegrenzt. Eine europäische Vergleichsstudie bestätigt den gefährlichen Kreislauf von Einsamkeit und Ausgrenzung. In: Geriatrie Praxis 04/2006 auf: www.geriatrie-online.at

zuletzt abgerufen am 28. Dezember 2010

Rainer F., Reiterer A.: Familienbericht 1999 – 2009; Demographische Entwicklung im 20. Jahrhundert; Münz

www.bmwfj.gv.at/Familie/Familienforschung/Documents/Familienbericht%202009/Band%20I%20-%20Demografische%20Entwicklung%20-%20Sozialer%20Wandel.pdf

zuletzt abgerufen am 29. Oktober 2010

Statistik Austria, www.statistik.at

zuletzt abgerufen am 5. Jänner 2011

verwendete Berichte:

Bevölkerungsstand 1.1.2020

Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2009

BundespflegegeldbezieherInnen sowie Ausgaben 2010

www.demokratiezentrum.org

zuletzt abgerufen am 29. September 2010

www.duden.de

zuletzt abgerufen am 5. Oktober 2010

Anhang

Abkürzungsverzeichnis

bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
etc.	etcetera
S.	Seite
usw.	und so weiter
zB	zum Beispiel
vgl.	vergleiche
Z	Zeile

Interviewleitfaden

Alltag

Wie gestaltet sich Ihr Alltag vor dem Heimeintritt?

- ✓ Ernährung: zB selbst kochen?
- ✓ Körperpflege: zB waschen, anziehen -> alleine oder mit Unterstützung?
- ✓ Haushaltsführung: zB putzen, kehren, abwaschen, ...
- ✓ Körperl. Mobilität: zB Stiegen steigen, vom Bett aufstehen, ...
- ✓ Alltagserledigungen: zB einkaufen, Behördenwege, Finanzen regeln, ...
- ✓ „Hobbys“/Interessen: zB Gartenarbeit, spazieren, stricken, werken, lesen, ...
- ✓ Unterstützung: zB Familienangehörige, Heimhelfer, Nachbarn, ...

Familie/ soziales Netzwerk

Durch welche Personen fühlen Sie sich im Moment unterstützt?

- ✓ Familiengerüst: zB nahe Familie, Freunde, Bekannte – wer ist die Familie?
- ✓ soziale Integration: zB regelm. Besuche, regelm. zwischenmenschlicher Kontakt
- ✓ Kommunikation: zB allg. Gespräche, Gespräche über Heimeinzug, mit jemandem reden können, das Gefühl haben sich aussprechen zu können
- ✓ Unterstützung: bzgl. Heimeinzug – Hilfe bei Entscheidungen/Amtswegen, Verständnis für den/die Betroffene(n)
- ✓ Veränderungen: Inwieweit hat sich das Miteinander in der Familie seit der Entscheidung für den Heimeintritt verändert?

Gefühlswelt + Erwartungen/ Vorstellungen

Wie fühlen Sie sich, wenn Sie an den Heimeintritt an das Heimleben denken?

- ✓ Wartezeit Wie erleben Sie das Warten auf den Heimplatz? zB Vorfreude, Nervosität, Unbehagen, ...
- ✓ Verluste: zB Zuhause aufgeben (zB geliebte Erbstücke zurücklassen, Kleidung/Möbel/ Haustiere ...), Hobbys/Interessen aufgeben (zB Garten, Spazierwege, eigene Küchenutensilien ...); Was werden Sie vermissen?
- ✓ Ängste: zB Autonomieverlust, Einsamkeit, Zukunftsängste, Verluste, ...

- ✓ Erwartungen: Was erwarten Sie vom Heimleben? (zB Wünsche, Vermutungen, Hoffnungen, ...); Vorfreude (zB Erleichterung durch Unterstützung, „Gleichgesinnte“)
- ✓ Vorstellungen: Wie stellen Sie sich persönlich das Heimleben vor?
- ✓ Auswirkungen: Wie wirkt sich der baldige Heimeintritt auf Ihr Alltagsleben aus?

Vorbereitungen

Wie bereiten Sie sich auf das Heim vor?

- ✓ Entscheidungen: Was wird mitgenommen, was muss zu Hause bleiben?
- ✓ Hausstand auflösen: aktuelle/geplante Handlungen/Abwicklungen
- ✓ Umfeld informieren: Familie, Bekannte, Freunde informieren – besuchen, ...
- ✓ Verabschieden: vom Zuhause, vom Umfeld, von bestimmten Menschen, ...
- ✓ Heim vorab kennen lernen: Heim besuchen, Pflegepersonal/Tagesablauf/Räumlichkeiten kennen lernen, BewohnerInnen kennen lernen, ...

Bedürfnisse/Wünsche

- ✓ Was gibt Ihnen Kraft in dieser Zeit? zB Religion, Familie, Freunde, Erinnerungen...
- ✓ Was könnte Ihnen helfen, damit es Ihnen (noch) besser geht?
- ✓ Wodurch könnte der Heimeintritt für Sie positiv(er) werden?
- ✓ Was wäre momentan Ihr größter Wunsch?

Allgemeines (Beschreibung der Person im Verlauf des Interviews)

- ✓ Alter
- ✓ Wohnsituation
- ✓ soziale Integration
- ✓ gesundheitlicher Zustand

- ✓ Wann wurde über den Heimeintritt entschieden?
- ✓ Wann fand die Anmeldung für einen Heimplatz statt – wer hat diese gemacht?
- ✓ Wer hat über den Heimeintritt entschieden (Initiative von wem ausgehend)?
- ✓ Aus welchen Gründen entstand die Überlegung bzgl. eines Heimeintrittes?

Schreiben zur Kontaktherstellung

zum Genesungs-, Wohn- und Pflegeheim; erging an die Pflegeleitung (anonymisiert):

10. Jänner 2010

Betrifft: Diplomarbeit zum Studium der Pflegewissenschaft

Sehr geehrte Frau X!

Nachdem die Pflichtveranstaltungen meines Studiums bald erledigt sind, nähere ich mich langsam meiner Diplomarbeit an. Einen wesentlichen Grundstein für die Entscheidung bei der Themenfindung dazu war mein damaliges Praktikum in Ihrem Pflegeheim, wo mein Interesse am geriatrischen Bereich und seinen BewohnerInnen geweckt wurde. Somit stand schnell fest, dass sich meine Diplomarbeit um ein geriatrisches Phänomen herum ansiedeln wird.

Der vorläufige, grob definierte Rahmen betrifft folgende Thematik:

Von der Entscheidung bis zum Heimeintritt – wie die Zeit davor erlebt wird

Mein Forschungsinteresse liegt darin zu ergründen, ob und auf welche Art das Alltagsleben der Betroffenen durch die Entscheidung zu einem Heimantritt beeinflusst wird. Davon ausgehend, dass Personen, welche sich in einem Pflegeheim anmelden einige Zeit auf ihren Heimplatz warten müssen, möchte ich durch Interviews erkunden, wie die zukünftigen BewohnerInnen jene „Wartezeit“ erleben und wie sie darin unterstützt werden können.

Bezüglich der Interviews mit zukünftigen BewohnerInnen eines Pflegeheims möchte ich mir erlauben, mich an Sie zu wenden. Hätten Sie Interesse daran, mich bei meiner Diplomarbeit in dem Sinne zu unterstützen, als dass Sie mir Informationen über Ablauf und Charakteristika einer Pflegeheimanmeldung in Ihrem Genesungs-, Wohn- und Pflegeheim gewährleisten und mir nach Möglichkeit den Zugang zu künftigen InterviewpartnerInnen erleichtern?

Sollte ich Ihr Interesse geweckt haben, würde ich mich sehr freuen, wenn ich Ihnen bei einem persönlichen Gespräch mehr über meine Ideen und Vorstellungen erzählen dürfte und verbleibe bis dahin mit freundlichen Grüßen

Curriculum Vitae

Angaben zur Person

Name: Andrea Eva Mühl
 Geburtsdatum: 3. April 1986
 Geburtsort: Oberpullendorf, BGLD
 Staatsangehörigkeit: Österreich
 Wohnort: Wien

Schul Ausbildung

1992–1996 Volksschule, NÖ
 1996–2000 Hauptschule, NÖ
 2000–2005 Bundeshandelsakademie, NÖ, Abschluss: Reifeprüfung

 seit 10/2006 Individuelles Studium der Pflegewissenschaft
 09/2008–09/2011 Ausbildung an der Gesundheits- und Krankenpflegeschule
 am Krankenhaus Hietzing mit neurologischem Zentrum Ro-
 senhügel, Abschluss: DGKS

 seit 02/2010 Erarbeitung der Diplomarbeit zum Thema „*Abschied von zu
 Hause nehmen – wie betagte Menschen die Zeit ab der
 Entscheidung bis zum Eintritt in ein Pflegeheim erleben*“

Berufserfahrungen (Auswahl)

08/2004 Ferialpraxis, allgemeinmedizinische Ordination, NÖ
 01/2006–06/2006 Bürokraft, Immobilienbüro, NÖ
 08/2007 Ferialpraxis, Genesungs- Wohn- und Pflegeheim, NÖ