



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

„Selbstbestimmter Übergang ins Pflegeheim“

verfasst von / submitted by

Viola Gabriella Ambrus

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Arts (MA)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

A 992 050

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Gerontologie und soziale Innovation

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	v
Tabellenverzeichnis	v
Abkürzungsverzeichnis	vi
1. Einleitung	1
1.1 Problemdarstellung	1
1.2 Fragestellung	3
2. Definition der Begriffe	4
2.1 Autonomie, Selbstständigkeit, Abhängigkeit	4
2.2 Selbstbestimmung und Teilhabe	7
2.3 Vom Versorgungsheim zum Alten-/Pflegeheim	9
2.4 Wiener bzw. niederösterreichisches Wohn- und Pflegeheimgesetz	13
3. Übersiedlung ins Alten- oder Pflegeheim	15
3.1 Faktoren der Übersiedlung	16
3.2 Phasenmodelle des Übergangs ins Alten-/Pflegeheim	22
3.3 Kritische Lebensereignisse, Entwicklungsmöglichkeiten und Stress	30
3.4 Bewältigungsstrategien und Theorien des Alterns	35
4. Methodisches Vorgehen	39
4.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen und -kriterien	39
4.2 Interviewleitfaden	41
4.3 Auswertung	42
5. Ergebnisse der Interviews	44
5.1 Oberkategorie 1 (Zu Hause)	44
5.2 Oberkategorie 2 (Gründe für den Umzug)	46
5.3 Oberkategorie 3 (Entscheidungsphase)	52
5.4 Oberkategorie 4 (Phase vor dem Umzug)	55
5.5 Oberkategorie 5 (Umzug)	56
5.6 Oberkategorie 6 (Adaption)	63
5.7 Oberkategorie 7 (Weitere Umzüge)	78
6. Zusammenfassung	81
7. Kritik	87
Literaturverzeichnis	88
Internetquellen	93

Anhang A: Abstract (deutsch)	94
Anhang B: Abstract (english)	95
Anhang C: Einverständniserklärung	96
Anhang D: Leitfadenfragenkatalog.....	97
Anhang E: Ober- und Unterkategorien	98
Anhang F: Tabelle mit Codierungen (Auszug)	101

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Pflegegeld – Verteilung der Anspruchsberechtigten in den 7 Pflegegeldstufen.....	2
--	---

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Pflegegeld – Anspruchsberechtigte nach Stufen und Alter (Männer und Frauen)	1
Tab. 2: Interview-Eckdaten	41
Tab. 3: Ober- und Unterkategorien 1	44
Tab. 4: Ober- und Unterkategorien 2	47
Tab. 5: Ober- und Unterkategorien 3	52
Tab. 6: Ober- und Unterkategorien 4	55
Tab. 7: Ober- und Unterkategorien 5	56
Tab. 8: Ober- und Unterkategorien 6	64
Tab. 9: Oberkategorie 7	78

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
ADL	Activities of Daily Living
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATL	Aktivitäten des täglichen Lebens
Bw	Bewohner(in)
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
et al.	et alii, und andere
FSW	Fonds Soziales Wien
Hrsg.	Herausgeber
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
I	Interviewer(in)
Int.	Interview
Jh.	Jahrhundert
LKH	Landeskrankenhaus
n.ö.	niederösterreichisch, -e, -en
NQZ	Nationales Qualitätszertifikat für Alten- und Pflegeheime
o. Ä.	oder Ähnliche(s)
OK	Oberkategorie
QuPuG	Journal für Qualitative Forschung in Pflege- und Gesundheitswissenschaft
RIS	Rechtsinformationssystem
s.	siehe
Tab.	Tabelle
u. a.	und andere, und anderes, unter anderem, unter anderen
vgl.	vergleiche
UK	Unterkategorie
usw.	und so weiter
vs.	versus, gegen(über)
z. B.	zum Beispiel
ZEFAQ	Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen

1. Einleitung

1.1 Problemdarstellung

„Eine besonders hohe Belastung des Alltags stellt sicherlich der Eintritt einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit dar, die auch im Sinne einer massiven Bedrohung von Selbständigkeit, Alltagskompetenz und einer sinnvollen Gestaltung der Alltagszeit verstanden werden kann“ (Wahl & Kruse, 1999: 459).

Das Erfahren eingeschränkter Selbständigkeit und Kompetenz im Alter kann durch wachsende Abhängigkeiten vom Umfeld Unsicherheit und Stress verursachen. Auf der Suche nach Sicherheit wird die Möglichkeit, in ein Alten- oder Pflegeheim zu ziehen, in Erwägung gezogen.

Der Einzug in ein Pflegeheim in Wien und Niederösterreich ist mit einer gewissen Höhe der Pflegebedürftigkeit verbunden.

Der Großteil der PflegegeldbezieherInnen werden von der Familie betreut, wie die Pflegedienstleistungsstatistik zeigt:

„74 % aller PflegegeldbezieherInnen werden von Angehörigen – teils mit Unterstützung von mobilen Diensten – zu Hause betreut, 5,6 % nehmen eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch und 1,7 % besuchen regelmäßig ein Tageszentrum für SeniorInnen. Dem gegenüber stehen 18,7 % der hilfebedürftigen Menschen, die in einer stationären Einrichtung leben. Dies macht die Angehörigenpflege zum größten ‚Pflegedienst der Nation‘, ohne den die Betreuung von hilfebedürftigen Menschen zu Hause nicht möglich wäre (Quelle: BMASGK, Pflegedienstleistungsstatistik Dez. 2017)“ (Internetquelle 1).

Männer und Frauen

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
0 - 20	3.284	2.785	2.988	1.685	1.021	1.422	870	14.055
21 - 40	4.730	4.843	3.406	2.447	1.548	1.934	1.206	20.114
41 - 60	16.356	12.605	7.549	5.758	3.566	2.040	1.298	49.172
61 - 80	51.816	36.773	25.163	17.991	12.528	4.890	2.295	151.456
80 +	47.126	48.185	44.363	38.477	32.504	9.620	3.711	223.986
Gesamt	123.312	105.191	83.469	66.358	51.167	19.906	9.380	458.783

Tab. 1: Pflegegeld – Anspruchsberechtigte nach Stufen und Alter
(Männer und Frauen) (Internetquelle 2: 101)

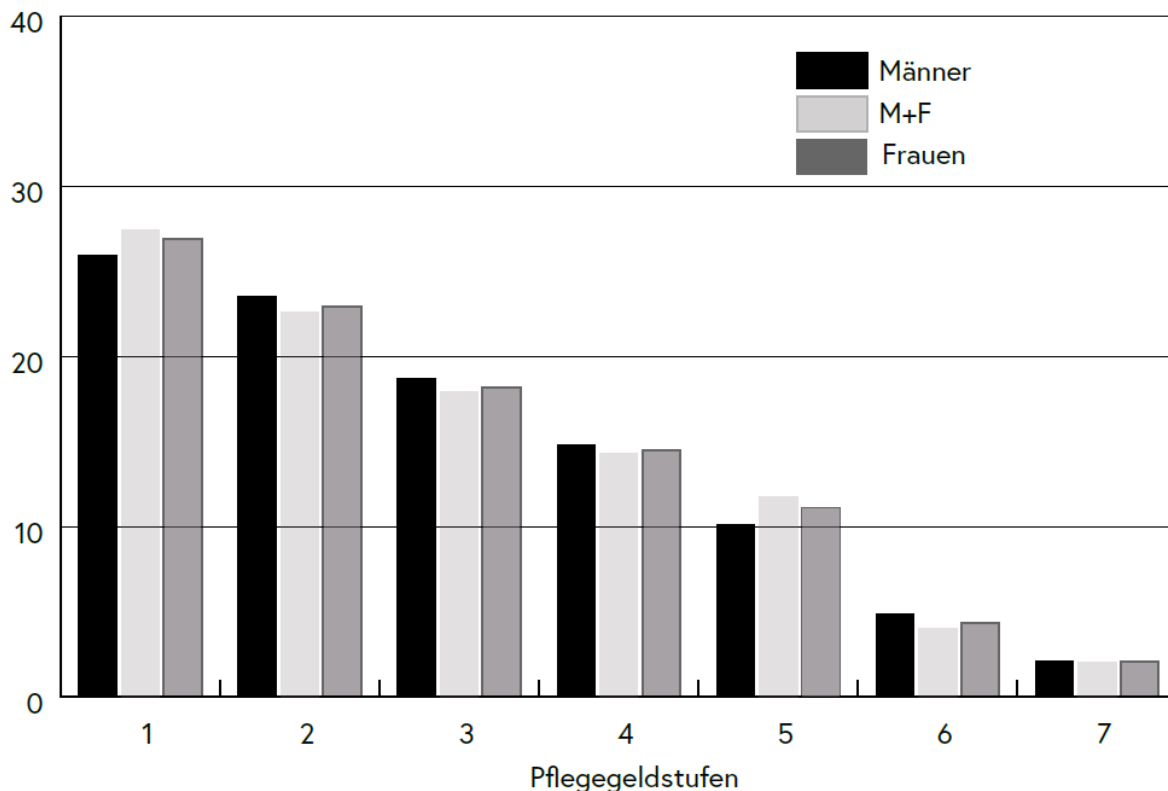


Abb. 1: Pflegegeld – Verteilung der Anspruchsberechtigten in den 7 Pflegegeldstufen (Internetquelle 2: 101)

Der Umzug in ein Pflegeheim wird von vielen alten Menschen als deutlicher Einschnitt in ihrem Leben erlebt. Der Übergang ist auch mit Angst und Hilflosigkeit verbunden. Frühere Studien berichteten über eine Erhöhung der Desorientiertheit, Passivität, Depressivität und Mortalität nach einem Heimeinzug. Aktuelle Studien zeigen, dass insbesondere der unfreiwillige Umzug ins Heim negative Folgen für die Gesundheit haben kann (vgl. Schneekloth & Wahl, 2009).

Der Umzug ins Alten- oder Pflegeheim geschieht zwar meistens an einem Tag, verläuft aber wie ein Prozess. In der Literatur wird das als Relokationsprozess bezeichnet. Das Verlassen der eigenen Wohnung und des vertrauten Umfelds und die Konfrontation mit dem neuen Umfeld in einem Alten- oder Pflegeheim bringt Herausforderungen für die Betroffenen.

Entsprechende Studien, etwa Saup (1993), haben sich mit den unterschiedlichen Phasen des Umzugs auseinandergesetzt.

Saup (1993) hat ein Modell entwickelt, nach dem ältere Menschen bei der Übersiedlung in ein Heim fünf Phasen durchlaufen, beginnend mit der Phase des Erkennens gesundheitlicher Einschränkungen, die zur Anmeldung in einem Heim führen, über das Organisieren des tatsächlichen Umzuges bis zur Phase der langfristigen Adaption.

Eine langfristige Planung des Umzuges in ein Pflegeheim sowie autonomiefördernde Pflege können die Bewahrung der Kontrolle über die eigenen Handlungen unterstützen und dadurch die Bewältigung des Umzuges erleichtern.

Es ist wichtig, Wege zu finden, damit Umzüge ins Pflegeheim im hohen Alter durch entsprechende Information, Vermeidung falscher Erwartungen sowie frühzeitige Diskussion und Mitbestimmung besser bewältigt werden können.

1.2 Fragestellung

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem selbstbestimmten Umzug in ein Pflegeheim.

Die geführten Interviews betreffend den selbstbestimmten Übergang ins Pflegeheim werden nach dem Fünf-Phasen-Modell von Saup analysiert:

- Wie war der Verlauf der Entscheidungsfindung, selbstbestimmt in ein Pflegeheim zu ziehen?
- Welche Rolle spielten Angehörige und professionell Pflegende in den Phasen des Umzugs?
- Wie wurden die Phasen der Adaption im Pflegeheim erlebt?

Bei der Fragestellung wurden die ersten beiden Phasen, nämlich die Wahrnehmung des Unterstützungsbedarfs und die Entscheidungs- und Wartephase, zusammen betrachtet. Der Schwerpunkt wurde auf den Verlauf der Entscheidungsfindung beim selbstbestimmten Umzug gelegt.

Beim dritten Punkt wurden die kurzfristigen und langfristigen Adaptionsphasen gemeinsam betrachtet, weil davon ausgegangen wurde, dass beim selbstbestimmten Umzug diese zwei Phasen zusammen analysiert werden können.

2. Definition der Begriffe

In diesem Kapitel werden Begriffe wie Autonomie, Selbstständigkeit versus Abhängigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe beschrieben, schwerpunktmäßig in Bezug auf ältere, pflegebedürftige Menschen.

Weiteres wird kurz über die Geschichte der Alten-/Pflegeheime in Wien und das Wiener bzw. niederösterreichische Wohn- und Pflegeheimgesetz berichtet.

2.1 Autonomie, Selbstständigkeit, Abhängigkeit

Die Wörter „autonom“ bzw. „Autonomie“ haben ihren Ursprung im Griechischen und bedeuten „sich selbst Gesetze gebend“ bzw. „Eigengesetzlichkeit“. Diese Bedeutung bezieht sich auf ein Gemeinwesen und beschreibt dessen politische Unabhängigkeit (vgl. Von Ungern-Sternberg, 1990: 9, in Güther, 2014: 231).

Erst später in der Zeit der Aufklärung veränderte sich ihre Bedeutung zu einem Merkmal der Freiheit einzelner Personen (vgl. Güther, 2014: 231).

Die Psychologie beschreibt die Heteronomie als Fremdbestimmung, Unselbstständigkeit, Fehlen von Entscheidungsfreiheit bzw. die Autonomie als Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit von anderen und Entscheidungsfähigkeit (vgl. Diehl, 2012: 86).

In der Gerontologie erweitert sich die Bedeutung der Autonomie. Menschen mit Mehrfacherkrankungen, die in ihren Aktivitäten teilweise eingeschränkt sind, aber selbst wählen und über Aktivitäten des Alltags selbst entscheiden können, haben die Möglichkeit, trotz Multimorbidität Autonomie zu erleben. Die Wahlmöglichkeit ermöglicht, Autonomie zu erfahren, ohne selbstständig etwas erledigen zu können (vgl. Schütz et al., 2011: 9–10).

Collopy (1988, in Güther, 2014: 236) beschreibt sechs Polaritäten der Autonomie in der Langzeitpflege:

- „decisional vs. executional“ meint die Entscheidungsautonomie: rationale Entscheidungen treffen zu können trotz körperlicher Beeinträchtigungen und obwohl man bei der Umsetzung auf Unterstützung angewiesen ist.
- „direct vs. delegate“ meint, ähnlich wie oben erwähnt, die/der Unterstützte hat die Kontrolle über die geleistete Hilfe.

- „competent vs. incapacitated“ meint den Unterschied zwischen rationaler Entscheidungsfähigkeit bei vorhandener kognitiver Fähigkeit und Nichtvorhandensein der kognitiven Fähigkeit bei geistig eingeschränkten Menschen.
- „authentic vs. inauthentic“ meint, inwieweit eine Entscheidung stimmig zur Person selbst und ihrer Biographie getroffen wird.
- „immediate vs. long range“ meint die Möglichkeit zur Entscheidung für einen kurzfristigen Autonomieverlust, um langfristigen Autonomieverlust zu vermeiden.
- „negative vs. positive“ meint den Unterschied zwischen Autonomie ohne Einschränkungen und Autonomie mit „Rechte haben“ (vgl. Güther, 2014: 236–237).

Selbstständigkeit wird teilweise als Synonym für Autonomie verwendet. Gemeint ist dabei das Vorhandensein der Fähigkeiten, die notwendig sind, um die alltäglichen Tätigkeiten erledigen zu können (vgl. Diehl, 2012: 84).

Selbstständigkeit im Alter ist unter anderem ein Akt der Selbstsorge und bedeutet, ein weitgehend unabhängiges Leben zu leben.

Die Selbstständigkeit kann mit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit gefährdet werden. Kruse und Schmitt (1995) haben nach einer Studie (mit n=1092 über 60-Jähriger) drei Formen von Selbstständigkeit/Unselbstständigkeit festgelegt (vgl. Wahl & Kruse, 1999: 459):

- relative Selbstständigkeit: die Personen haben nur bei wenigen alltäglichen Tätigkeiten Schwierigkeiten, wie z. B. Heizen der Wohnung im ländlichen Raum.
- Hilfebedarf: die Personen haben Schwierigkeiten z. B. beim Erledigen verschiedener Wege wie Einkaufen oder Besuche zu machen.
- Pflegebedarf: die Personen können ohne Hilfe mehrere Aktivitäten/IADLs nicht mehr durchführen (vgl. Wahl & Kruse, 1999: 459).

ATLs oder ADLs (Activities of Daily Living) sind 12 grundlegende Aktivitäten des täglichen Lebens, die bis heute zur Datenerhebung bei Krankheitsverläufen verwendet werden und zur Selbstsorge gehören.

Sie wurden zum ersten Mal 1963 in der Studie „Independence in Activities of Daily Living“ von Katz, Ford, Moskowitz, Jackson und Jaffe publiziert. Damals wurden Alltagsaktivitäten wie „des Badens, des Anziehens, der Toilettenbenutzung, der Bewegung in der Wohnung, der Blasenkontrolle und der Mahlzeitannahme“ beurteilt. 1965 wurde von Mahoney & Barthel der Barthel-Index veröffentlicht, darin werden zusätzlich Werte zum Gehen und Stufensteigen bewertet, und andere Werte werden differenzierter behandelt, wie etwa Blasen- oder Stuhlin-

kontinenz. Dabei bedeuten insgesamt 100 Punkte totale Selbstständigkeit in allen Alltagsfunktionen (vgl. Engels et al., 2005: 30).

1969 erschien die Arbeit „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL) von Lawton & Brody. Dabei geht es um komplexere Alltagsaktivitäten, die teilweise die Interaktion mit Menschen oder weitergehende Fähigkeiten benötigen, wie etwa Einkaufen, Mahlzeitzubereitung, Haushaltsarbeiten, Wäsche waschen, Telefonieren, Transport, Medikamenteneinnahme und den Umgang mit finanziellen Angelegenheiten.

Beeinträchtigungen in den Alltagsaktivitäten werden im vierten Lebensalter ab 80 Jahren höher. Brandenburg (1996) und Lehr (2000) beschreiben das bei der Alltagsaktivität Baden: Dabei brauchen 7 bis 9 % der Frauen zwischen 65 und 79 Jahren, aber 25 bis 35 % der Frauen ab 80 Jahren Unterstützung. Erkrankungen des Bewegungsapparates kommen bei Frauen öfter vor als bei gleichaltrigen Männern und gehören zu den wichtigen Risikofaktoren, die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit betreffend (vgl. Engels et al., 2005: 30–32).

„Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig auszuführen; diese Fähigkeit beeinflusst in hohem Maße die emotionale Befindlichkeit, das Erleben der aktuellen Lebenssituation sowie die Antizipation und die erlebte Gestaltbarkeit der Zukunft“ (Kruse, 2001: 345).

Wenn aus gesundheitlichen oder sozialen Gründen Hilfe angenommen wird, soll das in einer Form und einem Ausmaß sein, dass in Lebensbereichen, die der Person wichtig sind, weiterhin ein selbstständiges Leben möglich ist.

Aus ethischer Sicht beschreibt Kruse (2005) drei wichtige Aspekte der Selbstständigkeit: der erste Aspekt betrifft die Person selbst, der zweite betrifft das Umfeld der Person und der dritte betrifft die Gesellschaft. Dabei geht es beim ersten Aspekt um das Bemühen der Person, Selbstständigkeit zu erlangen, zu bewahren oder wiederzuerlangen, bei den beiden anderen geht es um die Förderung der Selbstständigkeit der Person vonseiten der Institutionen (vgl. Kruse, 2005: 275–277).

Selbstständigkeit zu erleben kann die Lebensqualität beeinflussen

Negative Stereotype über kranke oder pflegebedürftige Personen können dazu führen, dass das Pflegepersonal eher Abhängigkeit als Selbstverantwortung und Selbstständigkeit unterstützt. Die Untersuchungen von Margaret Baltes ergaben, dass das Pflegepersonal nicht selten ein abhängiges Verhalten unterstützt, somit die Unselbstständigkeit fördert und dadurch die Selbstständigkeit und Lebensqualität gemindert werden (vgl. Kruse, 2005: 276). Im Gegen-

satz dazu beschreibt Karl Jaspers in „Schrift Philosophie“, dass in Grenzsituationen bewusst angenommene Abhängigkeit zum gelingenden Leben beitragen kann (vgl. Kruse, 2005: 280).

Der Mensch steht in Abhängigkeiten zu anderen. Deswegen ist Autonomie weniger ein Fähigkeiten-Konzept als vielmehr ein Verhältnis-Konzept (vgl. Güther, 2014: 241). Das Verhältnis zwischen Autonomie und Abhängigkeit ist das ganze Leben lang dynamisch, und einmal steht eher die Autonomie im Vordergrund, ein anderes Mal die Abhängigkeit (vgl. Baltes & Silverberg, 1994, in Zank, 2002: 321).

In Kindheit, Jugend- und mittlerem Erwachsenenalter nimmt die Autonomie zu und die Abhängigkeit ab. Im hohen Lebensalter kann eine längere Zeit mit Pflegebedarf bedingen, dass Unterstützung bei der Bewältigung des täglichen Lebens notwendig wird. Dadurch verändert sich die Dynamik zwischen Autonomie und Abhängigkeit.

Baltes beschreibt, wo ein Autonomieverlust im hohen Alter auftreten kann, welche Lebensbereiche betroffen sein können, welche Gründe dahinterliegen und dass die Abhängigkeit negative wie positive Auswirkungen haben kann (vgl. Zank, 2002).

Erst die Annahme von Unterstützung bei Pflegebedarf, eine bewusst angenommene Abhängigkeit, ermöglicht die psychische Verarbeitung dieser Situation, und die Hilfe kann wirken.

Kruse nennt zwei Formen der Abhängigkeit (vgl. Kruse, 2005: 276):

- funktionale Abhängigkeit, wenn trotz Pflegebedürftigkeit und Unterstützung eine hohe Selbstständigkeit aufrechterhalten wird.
- dysfunktionale Abhängigkeit, wenn nicht ermöglicht wird, dass die Person Tätigkeiten, die sie noch ausführen kann, auch ausführt.

Abhängigkeitsgefühle können im hohen Alter bewusst angenommen werden als ein Teil dieser Lebensphase (vgl. Kruse, 2005, in Diehl, 2012: 88). Diehl stellt fest, dass gerade durch das Zugeben von Abhängigkeit und Verbundenheit Autonomie und selbstbestimmtes Verhalten ermöglicht werden (vgl. Diehl, 2012: 88).

2.2 Selbstbestimmung und Teilhabe

Selbstbestimmtes Leben kann bedeuten, dass die Person Kontrolle über die eigene Lebenssituation hat (vgl. Diehl, 2012: 84).

So kann die Delegation von Aufgaben und Entscheidungen an fürsorgliche Personen in Krisensituationen bedingt durch Krankheiten und/oder plötzlich eingetretene Pflegebedürftigkeit

ein Akt der Selbstbestimmung sein. Die „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. – ISL“ hat dazu fünf Bereiche definiert:

- Befriedigung der Grundbedürfnisse
- Unabhängigkeit im Fühlen und Denken
- Selbstakzeptanz und -vertretung
- Gleichwertigkeit in sozialen Kontakten
- Kontrolle über das eigene Leben

Das Konzept der Selbstbestimmung laut Behrens (2002): Kompetenz in eigenen Angelegenheiten zu haben sowie Experte für die eigene Lebenssituation zu sein, ohne die eigene Hilflosigkeit, Angst oder Hoffnung auf rettende Strohhalme zu verdrängen (vgl. Behrens & Zimmermann, 2006: 167).

Selbstbestimmung bedeutet, dass subjektive Wahlmöglichkeiten vorhanden sind, Entscheidungen getroffen werden können und diese Entscheidungen respektiert und umgesetzt werden. Das bedeutet, dass pflegebedürftige Personen individuelle Ressourcen brauchen, um diese Entscheidungen umsetzen zu können (soziale Beziehungen sowie materielle und Wissensressourcen) (vgl. Kammerer et al., 2012: 624).

Für Menschen aus einfachen Verhältnissen kann ein niederschwelliger Zugang zu Informationen, betreffend die Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit, die fehlenden individuellen Ressourcen kompensieren. Somit wäre es möglich, die Chancen auf Selbstbestimmung bei dieser Personengruppe zu erhöhen. Ähnlich wie Behrens betonen Kammerer et al.:

„Pflegebedürftige sollten bei der Entwicklung und Gestaltung von Angeboten als Experten ihrer Lebenswelt einbezogen werden, denn sie können sehr gut ihre Bedürfnisse artikulieren“ (Kammerer et al., 2012: 629).

Neben den individuellen Ressourcen werden von Garms-Homlová et al. (2009) die Ebene der Mikroumwelt, der Dienstleistungen und Versorgung sowie die gesellschaftliche als die verschiedenen Ebenen beschrieben, die Einfluss auf das Erfahren eines selbstbestimmten Lebens haben (vgl. Garms-Homlová et al., 2009: 127).

Im Konzept des „Erfolgreichen Alterns“ (Baltes & Baltes, 1990, in Garms-Homlová et al., 2009: 128) haben Selbstbestimmung und Teilhabe eine hohe Bedeutung. Teilhabe kann auch, wie Elias S. Cohen (1992) beschreibt (in Garms-Homlova et al., 2009: 131), in der Kontrolle erlebt werden, wie eine Entscheidung umgesetzt wird, anstatt darin, diese Entscheidung selber in die Tat umzusetzen.

Sozial nicht eingebundene, ohne Verwandte oder soziales Netzwerk lebende Pflegebedürftige können in ambulanter Pflege eher Einsamkeit erleben als in einem Heim, wo sie Teilhabe und Selbstbestimmung erfahren können. Wichtig ist, jeden Fall als Einzelfall zu sehen und den direkt oder indirekt geäußerten Willen zu respektieren (vgl. Garms-Homlová et al., 2009: 280).

Somit scheint für das Erleben der Selbstbestimmung und Teilhabe wichtig zu sein, die Betroffenen genügend über ihre Wahlmöglichkeiten betreffend Alten- und Pflegeheime zu informieren, sie weiterhin in der Phase der Entscheidungsfindung einzubinden, und sie darüber hinaus in der Gestaltung des neuen Wohnraums im Alten- oder Pflegeheim als Experten der eigenen Bedürfnisse und Wünsche wirken zu lassen.

2.3 Vom Versorgungsheim zum Alten-/Pflegeheim

Im Mittelalter gab es in Österreich für alte Menschen kein eigenes Heim. Es wurden Krankenhäuser gegründet, um fremde oder arme Kranke zu unterstützen. 1741 gab es in Wien 11 Grundspitäler, in denen kranke Einheimische und Fremde von unterschiedlichem Armutsgrad aufgenommen und behandelt wurden.

Unter Josef II. wurden die Zuständigkeiten der Häuser in Armenhäuser, Krankenhäuser und Häuser für Waisenkinder aufgeteilt (vgl. Dont, 1904: 7–8).

Erst 1842 wurde die Stadt Wien mit der Leitung der Armenfürsorge beauftragt und erhielt die Verantwortung über Stiftungsvermögen („Allgemeiner Versorgungsfonds“). Gegen Mitte/Ende des 19. Jh. gab es in Wien sechs Versorgungshäuser (Alserbach, Ybbs, Mauerbach, Bürgerversorgungshaus, St. Ändra und Klosterneuburg) mit insgesamt 4.042 Pfründnern (1.579 Männern und 2.463 Frauen) (Administrationsbericht 1874–1876, 1878: 843–869, in Scheutz, 2010: 14–15).

Die Häuser waren oft in schlechtem baulichem und hygienischem Zustand. Auch das Personal der Versorgungshäuser bestand größtenteils aus Pfründnern. Sie mussten arbeiten, solange es ihnen körperlich möglich war. Erst langsam zum Ende des 19. Jh. wurden die Stellen mit Personen von außen besetzt.

Alter und Armut wohnten eng beisammen. So war 1874 die durchschnittliche Pfründnerin eine verwitwete oder ledige katholische Frau mit einem Durchschnittsalter zwischen 60 und 80 Jahren.

Altersschwäche war die häufigste Todesursache gefolgt von Lungenentzündung, Tuberkulose, Gehirnschlag und Mangelkrankheiten wie Skorbut.

1880 wurde versucht, dem vorherrschenden Bettenmangel mit entsprechenden Maßnahmen zu begegnen, wie etwa einer ambulanten Altersversorgung (Geldzahlungen statt eines Betts), Einführung eines ärztlichen Attestes für die Bewerber oder höhere Pfründe, wenn jemand das Versorgungshaus verlies.

Das Verletzen der Hausordnung wurde durch ein mehrstufiges Bestrafungssystem geahndet: Ausgangsverbot, Zimmerarrest, Einsperren in eine Arrestzelle (mit Genehmigung des Hausarztes), Fasten (nur Wasser und Brot, höchstens sechs Tage lang) (vgl. Scheutz, 2010: 17–28).

Bürgermeister Lueger meinte im Gemeinderat am 6. September 1899 zum Thema Neubau der Versorgungshäuser:

„Kasernen [...] Da liegen 50 und oft noch mehr Personen in einem großen Raum, jedem ist eigentlich nur ein Bett und daneben ein kleiner Kasten, oft nur eine Truhe zugewiesen. Die Frauen sind von den Männern getrennt, die Eheleute sind auseinandergerissen. [...] Ich denke, meine Herren, dass es einer Vertretung, wie ja die Gemeinde Wien es ist, würdig ist, die Frage zu studieren, ob nicht auch da an Stelle größerer Gebäude vielleicht – wie soll ich sagen – kleinere Gebäude treten sollen, dass es Eheleuten, wenn sie auch arm sind, möglich gemacht werden soll, wenigstens in einem Zimmer beisammen die letzten Tage zuzubringen“ (Amtsblatt der k.k. Reichshaupt- und Residenzstadt Wien, 1899: 2169, in Scheutz, 2010: 31).

In 1902 wurde vom Gemeinderat beschlossen, in Ober St. Veit ein Versorgungshaus für 2.200 Personen (mit Option auf Ausweitung), bestehend aus mehreren Pavillons, zu bauen (vgl. Dont, 1904: 12).

Es wurden fünf Männerheime und fünf Frauenheime geplant, bei der Eröffnung 1904 wurden vier Frauen- und drei Männerheime übergeben. Es waren dreigeschossige Bauten, die jeweils 280 Pfleglingen Platz boten.

Die Schlafräume lagen gegen Osten, es gab Zimmer mit 8, 6 und 4 Betten und 2 Zimmer mit 1 Bett auf jedem Geschoß. Die Zimmer hatten 4 m Raumhöhe, auf jedes Bett entfiel ein Luftraum von 30 bis 35 m³. Es standen zwei Bäder und zwei Waschräume mit jeweils 20 Waschbecken (Kalt- und Warmwasser) zur Verfügung. Es wurden zwei Ehepaarheime gebaut. Die Zweibettzimmer waren 3,55 m hoch und 19,25 m² groß mit einem Waschtisch. Die Heime boten Platz für je 55 Ehepaare (vgl. Dont, 1904: 57).

„Um die Möglichkeit zu bieten, braven Dienstboten und Dienern eine Altersversorgung zu schaffen, wurde auch die Widmung von Stiftbetten, die auf immerwährende Zeiten den Namen des Stifters zu tragen haben, in den beiden Heimen, gegen Erlag eines bestimmten Kapitals, zugelassen“ (Dont, 1904: 60).

In den Zwanzigerjahren standen ca. 5.500 Plätze zur Verfügung, aber es waren nicht genug.

Ein Wendepunkt kam erst durch die Pensionsversicherungen, das Entstehen des Ruhestandes und die Entwicklung der Wohnmöglichkeiten und Familiennetzwerke.

Im Österreich der Habsburgermonarchie gab es ein Pensionssystem nur für Beamte und Staatsbedienstete. Ab 1906 bekamen die Angestellten, nicht aber die Arbeiter Pension. Erst der Anschluss an Deutschland und das bismarckische Versicherungssystem ermöglichte vielen Österreichern eine Rente, obwohl die Höhe der Renten 1950 weniger als ein Drittel der durchschnittlichen Löhne betrug. Armut und Alter hingen eng zusammen, und Angst vor dem Pensionsalter war weit verbreitet.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) 1955 war ein Erfolg, 1996 sind mehr als 90 % der Erwerbstätigen versichert.

1965 wurde die Dynamisierung der Pensionen eingeführt, dadurch stiegen sie von 1970 bis 1996 um 316 % an. Der Zusammenhang zwischen Alter und Armut wurde gebrochen, allerdings nur bei gewissen Bevölkerungsgruppen. Der Unterschied zwischen Beamten- und Arbeiterpensionen ist groß, Frauen sind zusätzlich durch wenige Versicherungsjahre und geringere Einkommen benachteiligt. Alleinstehende Frauen ohne familiäre Unterstützung sind nach wie vor armutsgefährdet. In den großen Landeshauptstädten wohnen viele alleinstehende Frauen über 75 Jahre.

In Wien wurden die Alten- und Pflegeheime modernisiert, mehr Heimplätze geschaffen und die Qualität der Versorgung verbessert. Die Bezeichnung der Heime wurde von Armenhaus bzw. Versorgungsheim in Seniorenheim oder Pensionistenheim geändert (vgl. Ehmer, 1998: 12–24).

Trotz der neuen Bezeichnung werden die Seniorenheime eher abgelehnt, viele Menschen leben in den Heimen isoliert und müssen sich an teilweise noch archaisch organisierte Heimstrukturen anpassen. „Während unsere Gesellschaft immer stärker Werte des Individualismus, der Freiheit und der Aktivität betont, erscheint das Heim als Ort von Reglementierung, Massenbetrieb und Zwang zur Untätigkeit“ (Ehmer, 1998: 25).

Heute gibt es in Österreich 850 Alten- und Pflegeheime mit über 75.000 Plätzen, davon werden 400 öffentliche Einrichtungen von Ländern, Gemeinden oder Gemeindeverbänden betrieben und 450 haben private Träger (inklusive 75 konfessionelle) (Internetquelle 3).

„Die Zahl der 65- bis 79-jährigen Menschen ist zwischen 1960 und 2018 um zwei Drittel (+65 %) von 0,7 Mio. auf 1,2 Mio. gestiegen, jene der betagten und hochbetagten Menschen über 80 Jahre um mehr als 250 % von 124.000 auf 439.000. Um 2040 wird die Zahl der 65- bis 79-Jährigen gegenüber heute um knapp 40 % auf 1,7 Mio. steigen, jene der 80- und Mehr-jährigen bis 2060 um 150 % auf 1,1 Mio.“ (Internetquelle 4).

Wächst der Anzahl der betagten und hochbetagten Menschen, so wächst auch der Anzahl der Personen über 75 Jahre, die eine stationäre Betreuung und Pflege in Anspruch nehmen.

Einige statistische Daten aus dem Jahr 2017 betreffend die stationären Dienste in Österreich: 2017 wurden in Österreich insgesamt 62.167 Menschen (ohne SelbstzahlerInnen), davon 2.621 unter 60 Jahre, 8.630 von 60 bis 75 Jahre, 17.333 von 75 bis 85 Jahre und 33.573 mit 85 Jahren oder älter im stationären Bereich betreut, d. h. drei Viertel der BewohnerInnen in den Heimen sind 75 Jahre alt oder älter (Internetquelle 5).

82.485 Personen wurden in Pflegeheimen, Pflegewohnhäusern und ähnlichen Einrichtungen betreut. In Wien wurden 20.250 Personen und in Niederösterreich 11.429 Personen stationär betreut/gepflegt (Internetquelle 5).

Die Entwicklung von mobilen und stationären Betreuungsdiensten von 2012 bis 2017 zeigt, dass die Anzahl der durch mobile Dienste betreuten Personen stärker gewachsen ist (+16.700, +13 %) als die Anzahl derer, die im stationären Bereich (inkl. alternativer Wohnformen) betreut wurden (+7.600, +9 %). Die Entwicklung in den beiden Bundesländern, betreffend den stationären Bereich, war unterschiedlich. In Niederösterreich gab es einen Zuwachs von 1,9 % und in Wien einen Rückgang um 6,0 % (Internetquelle 5).

Der Frauenanteil unter den Betreuten war Ende 2017 mehr als zwei Drittel (68 % Gesamtdurchschnitt; stationär inkl. alternative Wohnformen 72 %) (Internetquelle 3).

Um die Lebensqualität in den Alten- und Pflegeheimen transparenter zu machen und die Weiterentwicklung zu unterstützen, wurde 2012 nach einer Empfehlung des Bundesplanes für Seniorinnen und Senioren die Einrichtung eines Nationalen Qualitätszertifikats für Alten- und Pflegeheime in Österreich (NQZ) beschlossen (Internetquelle 3).

2.4 Wiener bzw. niederösterreichisches Wohn- und Pflegeheimgesetz

Das Sozial- bzw. Sozialhilferecht der neun Bundesländer regelt die Rechtsvorschriften über die Errichtung, den Betrieb, die Aufsicht sowie die Finanzierung von Alten- und Pflegeheimen. Somit sind die Wohn- und Pflegeheimgesetze auch unterschiedlich.

In der Folge werden kurz die Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Wiener und niederösterreichischem Wohn- und Pflegeheimgesetz beschrieben.

In der niederösterreichischen Pflegeheimverordnung wird im Abschnitt 1 unter § 2 „Begriffe“ das Pflegeheim definiert: „Pflegeheime: Einrichtungen zur intensiven Betreuung und Pflege von Menschen, die vorwiegend bedingt durch ihr fortgeschrittenes Alter auf Grund ihres körperlichen und/oder geistig-seelischen Zustandes nicht im Stande sind, ein selbstständiges, unabhängiges Leben zu führen und einen ständigen Betreuungs- und Pflegebedarf von mehr als 120 Stunden im Monat aufweisen“ (Internetquelle 6).

Im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz steht im Abschnitt 1 unter § 1 „Begriffsbestimmung“: „Heime sind Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden“ (Internetquelle 7).

Sowohl in Niederösterreich wie in Wien ist klar nach Pflegestunden (Pflegestufe) definiert, wer in einem Pflegeheim aufgenommen werden kann. Ausnahmen davon sind möglich.

Die Voraussetzungen, um in einem Pflegeheim in Niederösterreich aufgenommen zu werden, sind:

- österreichische Staatsbürgerschaft oder gleichgestellte Personen bei Kostenübernahme durch die Sozialhilfe
- Hauptwohnsitz in Niederösterreich
- Vollendung des 60. Lebensjahres
- Bezug der Pflegegeldstufe 4

In bestimmten Fällen können jüngere bzw. Personen mit niedriger Pflegestufe aufgenommen werden (Internetquelle 8).

Die Voraussetzungen, um in einem vom Fonds Soziales Wien (FSW) geförderten Pflegeheim in Wien aufgenommen zu werden, sind:

- Pflegestufe 3 oder höher bzw. entsprechender Pflegebedarf
- Hauptwohnsitz seit mindestens 6 Monaten in Wien

Der Bedarf wird von Mitarbeitern des Beratungszentrums Pflege und Betreuung des FSW festgestellt (Internetquelle 9).

Betreffend die bauliche und technische Gestaltung und die Mindestanforderungen an Aufenthaltsräume, Therapieräume und Räume für Dienstleitungen, sind die Bestimmungen in beiden Bundesländern ähnlich.

Unterschiede gibt es, was die Bewohnerzimmer betrifft:

- In Niederösterreich sind Zimmer mit mehr als zwei Personen nur bei besonderen Formen der Betreuung und Pflege wie Intensivpflege, Tagespflege, Kurzzeitpflege oder Tagesbetreuung zugelassen.
- In Wien sollen grundsätzlich Einbettzimmer errichtet werden, aber wenn Personen soziale Kontakte wünschen, sind bis zu Vierbettzimmer möglich.

In beiden Bundesländern sind die Bestellung von Heim- und PflegedienstleiterInnen sowie die betriebswirtschaftlichen Erfordernisse ähnlich definiert.

Die Rechte der BewohnerInnen werden in beiden Bundesländern ausführlich beschrieben.

In der niederösterreichischen Pflegeheimverordnung steht im Abschnitt 4 unter § 14 (1): „Niemand darf gegen seinen Willen in ein Heim verbracht oder daran gehindert werden, dieses wieder zu verlassen“ (Internetquelle 6).

Die Kontrollfunktion hat die Aufsichtsbehörde. BewohnerInnen können sich mit Beschwerden an die Aufsichtsbehörde bzw. an den n.ö. Patienten- und Pflegeanwalt oder in Wien an die Heimkommission wenden. Die Heimkommission beurteilt regelmäßig die Einhaltung der Betreuungs- und Pflegestandards und meldet dies jährlich dem Magistrat.

3. Übersiedlung ins Alten- oder Pflegeheim

Wohnortwechsel sind im Lauf des Lebens in unserer Gesellschaft normal. Im höheren Alter nimmt aber die Bereitschaft für einen Umzug ab. Oft sind gesundheitliche Probleme der Grund, die Verbundenheit an die alte Wohnung und das vertraute Umfeld aufzugeben. Der Umzug passiert demnach eher unfreiwillig (vgl. Oswald & Rowles, 2007: 127, in Kolland et al., 2018: 133).

Wahl und Reichert schreiben, dass noch immer eine negative Vorstellung zu Alten- und Pflegeheimen verbreitet ist, das sei auch in der Alltagssprache bemerkbar: „Man spricht von einer Heimeinweisung statt von Heimeinzug, von Insassen statt von Bewohnern, von Pflegefällen statt von alten Menschen mit einem mehr oder weniger hohen Hilfe- oder Pflegebedarf“ (Wahl & Reichert, 1994: 15).

Im Laufe der Zeit wurden Maßnahmen zur Sensibilisierung, betreffend die sprachlichen Formulierungen zur Betreuung älterer Menschen, gesetzt.

Schneider beschreibt schon 1998 die Gründe für einen Heimeinzug. An erster Stelle wurde von BewohnerInnen der Gesundheitszustand als Grund für den Umzug angegeben, gefolgt von Isolation, z. B. durch Verlust des Ehepartners, sowie Schwierigkeiten mit der Wohnung (vgl. Schneider, 1998: 113).

Auf ähnliche Ergebnisse sind Schneekloth und von Törne gekommen. Eine Befragung des Pflegepersonals zu den Gründen eines Umzuges von 4.229 Bewohnern aus 609 Altenheimen in Deutschland im Jahr 2005 hat ergeben, dass 66 % wegen des schlechten Gesundheitszustands ins Heim gezogen sind, 58 % hatten nicht die erforderliche Unterstützung bei Alltagsbewältigung und Pflege von Angehörigen, 22 % zogen wegen einer nicht entsprechenden Wohnsituation ins Heim, und 8 % wollten den Angehörigen nicht zur Last fallen (vgl. Schneekloth & von Törne, 2007: 55, 99).

Als Prädiktoren für einen Umzug genannt werden: soziodemografische Faktoren (z. B. alleinlebende Frauen im hohen Alter), Schwierigkeiten beim Erledigen alltäglicher Tätigkeiten, keine oder nicht genügende pflegerische Unterstützung im eigenen Wohnraum (vgl. Gaugler, Duval, Anderson, Kane, 2007, in Mischke, 2015: 73).

Die Herausforderungen für ältere Menschen beim Umzug ins Alten- oder Pflegeheim sind laut Wahl und Reichert (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 16):

- Umgang und Auseinandersetzung mit der neuen Umwelt
- Bewahrung der individuellen Selbstständigkeit und Kontrolle
- die Balance zwischen sozialen und nicht-sozialen Beschäftigungen zu finden
- die Möglichkeit zu finden, das Altern im Heim „erfolgreich und würdig“ zu gestalten

Die Herausforderung liegt auch im sozialen Umfeld wie dem Pflegepersonal und im Gestalten der Räume, wo Begegnung ermöglicht wird.

Die Aufenthaltsdauer im Heim beeinflusst die Zufriedenheit der BewohnerInnen. Am Anfang der Transition erfolgen Umstellung und Loslassen, und mit der Zeit arrangieren sie sich mit dem neuen Leben. „Dieses stützt Meleis Theorie zur Transition (2000), in der eine Transition als eine Zeitspanne verstanden wird, die einen identifizierbaren Startpunkt hat und mit unterschiedlichsten Erwartungen beginnt, dann durch Phasen der Instabilität, Konfusion oder/und Stress läuft und zu einem eventuellen Ende gelangt, an dem ein neuer Abschnitt beginnt oder eine gewisse Stabilität sich einstellt“ (Mischke et al., 2015: 79).

Beim Umzug ins Heim spielen verschiedene subjektive und objektive Faktoren eine Rolle. Subjektive Faktoren können z. B. der subjektiv wahrgenommene sehr schlechte Gesundheitszustand, der Wunsch nach sozialen Kontakten oder das Bedürfnis sein, Angehörige mit der Pflege nicht belasten zu wollen. Objektive Faktoren können z. B. die Wohnsituation betreffen wie fehlende Barrierefreiheit, kleine oder alte Wohnungen ohne Sanitärbereich innerhalb oder neue Wohnungen mit hoher Lärmbelastung (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 18–21).

3.1 Faktoren der Übersiedlung

Faktor Wohnen

Mit dem Umzug ins Altersheim verändert sich die Wohnsituation. Es wird auch enger, z. B. laut Faltermaier (2014) auf durchschnittlich ca. 12 m² im Einbettzimmer bzw. ca. 18 m² im Zweibettzimmer. Durch die BewohnerInnen des Heimes wird das Umfeld altershomogen, die Nachbarn sind hoch- oder höchstbetagt und hilfe- oder pflegebedürftig. BewohnerInnen eines Pflegeheimes werden oft SozialhilfeempfängerInnen (vgl. Faltermaier, 2014: 272).

Betreffend die Wohnverhältnisse (Eigentumswohnung oder -haus, Mietwohnung oder -haus) in Zürich vor einem Heimeintritt ergeben sich bei Seifert und Schelling (2011) folgende Zahlen: 94,8 % der älteren Menschen lebten in einer Mietwohnung, 2,2 % in einem Eigentums- haus, 1,8 % in einer Eigentumswohnung und 1,2% in einem Miethaus (vgl. Seifert & Schelling, 2011: 21).

Im Heim halten sich die BewohnerInnen laut einer Studie des Kuratoriums Deutsche Altershilfe hauptsächlich am eigenen Zimmer auf, ansonsten bewegen sie sich im Garten, wenn einer vorhanden ist, und nur sehr selten außerhalb des Heimes (vgl. Rückert, 1985, in Saup, 1990: 90).

Die Zimmer in Pflegeheimen sind öfter möbliert. Gegenstände können mit Erinnerungen besetzt sein, deswegen ist es wichtig, dass die zukünftigen HeimbewohnerInnen Informationen, Zeit und Unterstützung bekommen, um Gegenstände, welche die eigene Identität stärken, mitnehmen zu können. Gegenstände haben nicht nur Funktionalität. Diejenigen, die rechtzeitig anfangen, ihre Sachen auszusortieren und den Umzug vorzubereiten, können die Transition schneller beenden (vgl. Mischke et al., 2013: 35).

Laut einem theoretischen Modell zum Thema Umzug („Rational Choice“, rationale Entscheidung) werden Entscheidungen für eine Übersiedlung von Push- und Pull-Faktoren begünstigt. Push-Faktoren lassen z. B. den aktuellen Wohnort unangenehm erscheinen, wogegen Pull-Faktoren den zukünftigen Wohnort vorteilhaft zeigen. So kann ein Pflegeheimplatz wegen seiner Barrierefreiheit ein Pull-Faktor in Richtung Heim sein, wenn die Wohnung nicht barrierefrei ist (Push-Faktor) (vgl. Kolland et al., 2018: 134).

Es ist wichtig, dass die Alten- oder Pflegeheime entsprechende Sicherheit bieten, welche sich die BewohnerInnen für sich wünschen, aber genauso wichtig, dass sie die BewohnerInnen stimulieren, damit sie ein autonomes Leben im Heim leben können (vgl. Saup, 1994).

Faktor Alter und Pflegebedürftigkeit

Einen Zusammenhang zwischen Alter und Heimeintritt beschreibt z. B. Klein so, dass „jedes zusätzliche Altersjahr über 60 Jahre die Heimeintrittsrates um etwa 41 % erhöht“ (Klein, 1998: 411).

Hochaltrigkeit ist schwer zu definieren. Es gibt aber Versuche, sie chronologisch zu determinieren. Bei Menschen ab einem gewissen Alter ist eine Steigerung von Multimorbidität, Institutionalisierung und schnellerer Mortalität zu beobachten. Hochaltrigkeit kann als ein Teil der Altersphase betrachtet werden, die in manchen Gesellschaften wegen ungleicher Verteilung nicht erlebbar ist. Sogar in Deutschland zeigt sich eine unterschiedliche Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Pensionierung zwischen oberem und unterem Einkommensquintil von mehr als drei Jahren (vgl. Himmelreicher, 2008: 274–280 in Motel-Klingebiel, 2013: 6).

Der Eintritt in die Pension/Rente wird nicht mit Älterwerden in Verbindung gebracht. Es gibt äußerliche Veränderungen, aber mit Älterwerden werden eher innere Prozesse bei anderen,

nicht bei sich selbst wahrgenommen. Erst der Übergang ins pflegebedürftige Alter wird von den befragten Personen als ein Einbruch, ein Verlust, der nicht mehr kompensiert werden kann, beschrieben, wobei die Personen, die schon in betreuten oder ambulanten Wohnformen leben, diese Phase als „mehr oder weniger gravierende Veränderung, nicht aber als radikalen Bruch im Selbstkonzept und in der eigenen Lebensführung erleben“ (Graefe et al., 2011: 299–305).

„[...] das Leben in seiner sehr späten Phase eine besondere Herausforderung für Individuen und Gesellschaft darstellt. Für die Individuen geht es hierbei um soziale und wirtschaftliche Sicherung, gesellschaftliche Teilhabe, persönliche Weiterentwicklung, Kompensation von Einbußen sowie die Bewältigung von Verlusten. Auf gesellschaftlicher Ebene geht es um ein Mehr an Versorgung und sozialer Verantwortung für die Gestaltung des hohen und sehr hohen Alters“ (Wahl et al., 2012, in Motel-Klingebiel, 2013: 8).

Studien von Graefe et al. (2011) sowie Hochheim und Otto (2011, 306) beschreiben die Tendenz von „jungen Alten“ zu einer fehlenden Bereitschaft oder Abneigung, sich auf „den biografischen Übergang“ in späte Lebensphasen einzulassen (vgl. Mischke et al., 2013: 32).

Der Übergang ins „abhängige, pflegebedürftige Alter“ wird mit Verlust der Lebensqualität verbunden. Der Eintritt in betreute Wohnformen wird als starke Veränderung wahrgenommen, die Endlichkeit der noch zu erwartenden Lebensjahre wird präsenter, aber der Wunsch zur Gestaltung des eigenen Lebens bleibt erhalten (vgl. Graefe et al., 2011: 302–303).

Das Tabuisieren oder Verdrängen einer Lebensphase, in welche die Person schon Unterstützung bräuchte, kann zu unerwarteten Übersiedlungen führen, ergibt eine Studie von Mischke (vgl. Mischke et al., 2013: 32).

Es ist nicht so sehr das kalendarische Alter, sondern es sind eher die Lebenssituationen, welche die Bereitschaft zum Umzug erhöhen.

„Mit zunehmenden Einschränkungen der funktionalen oder kognitiven Fähigkeiten und einer verstärkten Angewiesenheit auf Unterstützung und Pflege wird der Umzug in eine betreute Einrichtung wahrscheinlicher. Dieser meist unfreiwillige Umzug ist vor allem für das sehr hohe Lebensalter (80+) typisch“ (Kolland et al., 2018: 141–142).

Eine Untersuchung im Jahr 1986 in Berlin hat ergeben, dass von 907 AltenheimbewohnerInnen nur die Hälfte direkt von zu Hause einzog, ein Drittel wurde aus dem Krankenhaus überwiesen und zehn Prozent kamen aus einer psychiatrischen Klinik (vgl. Lehmkuhl, Bosch & Steinhart, 1986, in Saup, 1990: 79).

Ähnliches wird von Seifert und Schelling in der Studie „Leben im Altersheim: Erwartungen und Erfahrungen“ beschrieben: Laut Wohnforschungen in der Schweiz bleiben ältere Menschen länger im Privathaushalt und übersiedeln erst, wenn der Pflegebedarf erhöht ist, in eine stationäre Einrichtung, das ist in Zürich dann vorwiegend ein Pflegeheim (vgl. Seifert & Schelling, 2011: 1). In Zukunft werden „Alters- und Pflegeeinrichtungen noch häufiger mit hochaltrigen und multimorbiden Menschen gegen Lebensende konfrontiert sein“ (Höpflinger, 2009: 69, in Seifert & Schelling, 2011: 3).

Einen Grund, warum ältere Menschen mit Pflegebedarf manchmal auch unfreiwillig vom Krankenhaus ins Pflegeheim übersiedelt werden, beschreibt Hirsch (2002):

„Kaum ein alter Mensch geht freiwillig in ein Heim. Er wird auch selten gefragt. Wenn ein alter Mensch ‚unter Betreuung steht‘, ist sein Wille zwar de jure mitentscheidend, de facto aber ‚völlig uninteressant‘. [...] Die heute gängige Praxis nach Kosteneinsparung hat dazu geführt, dass kranke alte Menschen häufig einer ineffizienten (Früh)Diagnostik, einer mangelhaften und im stationären Bereich unter dem Diktat der kurzen Verweildauer liegenden Behandlung ausgesetzt sind mit der Folge, dass sie rascher und häufiger als notwendig in einem Pflegeheim untergebracht werden. Die strikte Trennung zwischen ‚Behandlungs-‘ und ‚Pflegefall‘ der verschiedenen Kostenträger (Krankenkasse vs. Pflegekasse) fördert dieses Vorgehen. Zwischen den gerontopsychiatrischen, geriatrischen und allgemeinmedizinischen/internistischen Kliniken und der stationären Altenhilfe sind Verschiebebahnhöfe entstanden, die zu einer rascheren Verschlechterung führen und zudem kostentreibend sind“ (Hirsch, 2002: 18, in Burkart, 2009: 25).

Auswirkung auf die Adaption hat laut einer Studie von Thiele et al. auch die psychische und physische Gesundheit der MitbewohnerInnen. 31 % der Befragten fanden das belastend (vgl. Thiele et al., 2002: 561).

Wenn der Gesundheitszustand sich im Heim verbessert, hinterfragen die HeimbewohnerInnen und ihre Angehörigen die Entscheidung, ins Heim zu übersiedeln, eher, als wenn sich der Gesundheitszustand verschlechtert oder gleichbleibt. Das Anzweifeln der Entscheidung wird als hemmend bezüglich der Transition bewertet (vgl. Mischke et al., 2013: 37).

Eine Möglichkeit, um den Umzug ins Heim nicht als letzten Übergang zu betrachten, wäre, fließende Übergänge zwischen den Betreuungssystemen zu schaffen, etwa sollte es möglich sein, bei Besserung der Gesundheit das Heim wieder verlassen zu können. Die Betreuung sollte individuell auf die Pflegebedürftigen abgestimmt sein, und es sollte die Unterstützung bei den Wohnungsadaptierungskosten verstärkt werden (vgl. Rupp, 2018: 31–32).

Faktor sozio-ökonomische Situation

Welchen Einfluss soziale Beziehungen auf den Umzug ins Heim haben, hat Klein (1998) untersucht. Am bedeutendsten zur Vermeidung eines Heimeintrittes ist, ob die Person verheiratet ist oder nicht. Verheiratete haben ein 67 % geringeres Eintrittsrisiko als Unverheiratete.

Das Vorhandensein anderer Personen im Haushalt reduziert die Wahrscheinlichkeit eines Umzuges ins Heim eher wegen des vorhandenen Betreuungs- und Pflegepotentials und weniger wegen der sozialen Integration.

Kontakte zur Nachbarschaft sind das Heimeintrittsrisiko betreffend eher unbedeutend (vgl. Klein, 1998: 413).

Klein und Salaske (1994) meinen, es ziehen weniger Pflegebedürftige ins Heim, weil Ehepartner und Kinder (vor allem Töchter) die Betreuung der älteren Verwandten übernehmen. Allerdings ist der Grund, warum eher Ehepartner oder Töchter die Pflegeaufgaben übernehmen und nicht die Nachbarn: „Eventuell spielen in diesem Zusammenhang Normvorstellungen der Gesellschaft und der davon ausgehende Druck auf die Angehörigen und finanzielle Aspekte eine nicht unbedeutende Rolle“ (Klein & Salaske, 1994: 657, in Burkart, 2009: 26).

Ältere Menschen am Land sowie Personen mit geringerer Bildung und Einkommen haben im Vergleich zu jüngeren Alten und Personen mit hohem Einkommen und Bildungsstatus ein positiveres Bild über Alten- und Pflegeheime (vgl. Kolland et al., 2018: 144).

Wolfgang Hahn beschreibt die Situation der Frauen, deren Männer verstorben sind, und die ins Heim ziehen müssten, wohin sie nie wollten: „Wenn mein Mann noch leben würde, würde es mir bessergehen, und wir beide wären zu Hause“ (Hahn, 2011: 181). So ein Umzug liege auch an fehlender oder geringer „materieller Rückversicherung“ (Hahn, 2011: 181).

Ältere Menschen mit wenig Einkommen können sich keine 24-Stunden-Betreuung leisten, damit ergibt sich auf sozio-ökonomischer Ebene ein Push-Faktor. Durch den Umzug ins Heim haben sie sowohl pflegerische Betreuung wie auch Verpflegung (vgl. Kolland et al. 2018: 155).

Faktor Freiwilligkeit beim Umzug ins Heim

Fehlende persönliche Erfahrungen und negative Vorstellungen über Pflegeheime tragen dazu bei, dass ein Leben im Pflegeheim lange Zeit mit Verlust der Selbstständigkeit und Anpassung an einen institutionellen Tagesablauf verbunden wurde.

Neuerungen in den Wohn- und Pflegeheimkonzepten ermöglichen ein Umdenken. Eine Studie von Seifert und Schelling in der Stadt Zürich (2011), wobei mittels postalischer Erhebung in 24 Altersheimen 608 BewohnerInnen zu den Erwartungen an die Wohnform Altersheim vor dem Umzug und heute befragt wurden, zeigt, dass sich das allgemeine Meinungsbild in den letzten Jahren positiv verändert hat.

Der Heimeintritt wird auf der einen Seite von Ängsten wie dem Verlust von Freiheit, auf der anderen Seite vom Gefühl, in Sicherheit zu sein, begleitet (vgl. Mischke et al., 2013: 35).

Die Entscheidung, in ein Altersheim zu übersiedeln, wird manchmal proaktiv getroffen. Manche Menschen ziehen ins Altersheim, so lange sie selber entscheiden können, um später nicht ins Pflegeheim ziehen zu müssen (vgl. Seifert & Schelling, 2011: I). Die Struktur der Altersheime in Zürich ermöglicht den BewohnerInnen, bis zum Tod im Heim betreut zu werden.

Angloamerikanische Untersuchungen belegen, dass ein selbstbestimmter Umzug ins Heim und Wahlmöglichkeiten positive Auswirkungen auf ältere Menschen haben. Auswirkungen des freiwilligen Umzuges sind höhere Lebenszufriedenheit, mehr soziale Kontakte sowie höhere Wohnzufriedenheit im Heim (vgl. Bourestom & Pastalan, 1981, Kasl & Rosenfield, 1980, Schulz & Brenner, 1977, Turner, Tobin & Liebermann, 1972, in Saup, 1990: 80–81).

Personen, denen es gelingt, ihre Selbstbestimmung im Alltag nach dem Umzug ins Heim aufrechtzuerhalten und denen das Personal dieses Vorhaben ermöglicht bzw. sie dabei unterstützt, weisen einen geringeren gesundheitlichen Abbau und eine niedrigere Sterberate auf als BewohnerInnen, die wie üblich betreut werden (vgl. Robin & Langer, 1977, in Diehl, 2012: 86).

Eine taiwanische Studie (Chao et al., 2008, in Mischke et al., 2015: 73) kam zu ähnlichen Ergebnissen, dass bei BewohnerInnen, die vor dem Umzug gut informiert waren und freiwillig ins Heim gezogen sind, die Adaption besser läuft und sich die Anpassung an das neue Umfeld schneller einstellt.

Wahl und Reichert fassen basierend auf den Ergebnissen von Lehr und Saup zusammen: „Die Bedeutung der Kontrolle des alten Menschen über den Umzug, d. h. die Freiwilligkeit seines Umzuges in ein Heim darf gar nicht hoch genug geschätzt werden, wenn man die Wahrscheinlichkeit einer guten Anpassung an die Lebensumwelt Heim maximieren will“ (Wahl & Reichert, 1994: 31–32).

Im Gegenzug brauchen Personen, die wegen einer plötzlichen Veränderung im Leben ins Heim ziehen müssen, längere Zeit zur Eingewöhnung (vgl. Lee et al., 2002, in Mischke et al., 2013: 36).

Laut Saup scheint der Eintritt in ein Altenheim immer seltener Teil einer „vorausschauenden Lebensplanung“ zu sein. Ältere Menschen möchten so lange wie möglich ein Leben in vertrauter Umgebung leben. Wenn aber keine Besserung des Gesundheitszustandes absehbar ist und die vorhandenen Ressourcen nicht ausreichen, damit der ältere Mensch zu Hause bleiben kann, dann bleibt der Weg ins Heim. Dieser Weg wird oft vom sozialen Umfeld wie den behandelnden ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen oder Angehörigen vorgeschlagen und organisiert. Die/der Betroffene darf zustimmen. „Sie willigen ein in das Unabänderliche.“ Der Umzug ins Heim ist eine „Notfallreaktion“ geworden (Saup, 1990: 78–80).

Eine ökopsychologische Grundhypothese besagt: „Je niedriger die Kompetenz des alten Menschen, desto größer der Einfluss der Umwelt auf sein Erleben und Verhalten“ (Lawton & Nahemow, 1973, in Wahl & Reichert, 1994: 28).

Die Vermutung, dass „Alte ins Heim gesteckt“ werden, wird von Galtung (2000) beschrieben: „Meine Liste könnte ganz gut das Recht der Alten auf ein Leben in ihrer Familie enthalten. Es ist klar, dass sich dieses Recht gegen Alten- und Pflegeheime richtet. Dabei ist die Frage nach der Wahrscheinlichkeit, dass ein solches Recht von jenen Ländern, die in großem Stil ihre Alten von den Familien trennen und ins Altersheim stecken, jemals formell angenommen wird, gar nicht einmal das zentrale Problem. Denn in punkto Umsetzung – und darauf käme es an – wären die führenden Länder der Ersten Welt bei einem Menschenrecht wie diesem mit Sicherheit ganz am Ende der Skala. Es würde sich die übliche Rangordnung also glatt umkehren, und das ist für die maßgebenden Länder Grund genug, sich der Umsetzung eines solchen Rechts zu widersetzen“ (Galtung, 2000, in Hirsch, 2002: 16, in Burkart, 2009: 24).

3.2 Phasenmodelle des Übergangs ins Alten-/Pflegeheim

Baumann et al. (2002: 294–304) beschreiben das transtheoretische Modell von Prochaska et al. (1992) betreffend die Übersiedlung ins Seniorenheim:

Erste Phase (Präkontemplationsphase)

In dieser Phase fehlt noch die Auseinandersetzung mit dem Thema Umzug. Laut Studie haben sich fast 80 % der befragten älteren Menschen und 75 % der Angehörigen nur selten oder

noch nie mit dem Thema Seniorenheim auseinandergesetzt (vgl. Baumann et al., 2002: 295–296).

Zweite Phase (Kontemplationsphase)

In dieser Phase werden wegen interner oder äußerer Einflüsse Vor- und Nachteile eines Umzuges abgewogen. Die Gründe gegen einen Umzug ins Seniorenheim können z. B. Verlustangst bzw. Angst vor der Endgültigkeit der Entscheidung, Uninformiertheit über das Leben im Heim oder die Trennung von Verwandten sein (vgl. Baumann et al., 2002: 296–297).

Dritte Phase (Vorbereitungsphase)

Sie beinhaltet die Anmeldung im Heim und die Wartezeit auf den Heimplatz. Die Ergebnisse der umstrittenen Studie von Liebermann et al. (1968) beschreiben bei älteren Menschen während der Wartezeit ähnliche Effekte wie bei Menschen, die schon im Heim leben, wie kognitiven Abbau oder Depressionen.

Saup (1990) hat dagegen festgestellt, dass längere Wartezeiten positivere Auswirkungen auf die Belastung betreffend den Umzug haben als kurze Wartezeiten. Es wären weitere Studien notwendig, um abzuklären, wie lange die Wartezeit am besten sein soll, damit der Umzug gut geplant und vorbereitet werden kann, aber nicht zu lang gewartet werden muss, wodurch vermehrte Unsicherheit und Ängste entstehen können (vgl. Baumann et al., 2002: 297–300).

Vierte Phase (Handlungsphase)

Sie besteht aus dem tatsächlichen Umzug. Oft bedeutet das gleichzeitig die Auflösung der Wohnung. Da die meisten Zimmer im Heim möbliert sind, ist eine Mitnahme der privaten Gegenstände meist nur eingeschränkt möglich. Laut Nay (1995) ist die Belastung durch Trennung von persönlichen Gegenständen bei den HeimbewohnerInnen groß, es können Trauerreaktionen entstehen (vgl. Baumann et al., 2002: 300–302).

Fünfte Phase (Aufrechterhaltungsphase)

Sie beinhaltet die kurz- und langfristige Adaption, wobei diese umfassende, vielschichtige Adaption mit „Aufrechterhaltung“ nicht ganz treffend beschrieben werden kann.

Die kurzfristige Adaption dauert von vier Wochen bis zu sechs Monaten. Während dieser Zeit werden von den BewohnerInnen sowohl Verluste (eigene Wohnung, fehlende soziale Kontakte, Aktivitätsverlust) wie Gewinne (das Gefühl, gut versorgt zu sein, von gewissen Pflichten befreit zu sein) erlebt (vgl. Baumann et al., 2002: 302–304).

Eine ähnliches Fünf-Phasen-Modell ist das folgende, bei dem die kurz- und langfristige Adaption extra behandelt wird.

Der Umzug ins Heim passiert zwar meistens an einem Tag, doch wegen der Veränderungen, die vor und nach dem Umzug passieren, wird die Übersiedlung von Faltermaier et al. ebenfalls als ein Prozess beschrieben, wobei einzelne Phasen unterschiedlich intensiv erlebt werden können (vgl. Faltermaier, 2014: 272–274):

Erste Phase

Information über das Heim wird eingeholt. Es besteht entweder schon Pflegebedarf oder es wird vorsorglich gehandelt.

88 % der AltenheimbewohnerInnen ziehen von einer Privatwohnung ins Altenheim und 80 % der PflegeheimbewohnerInnen kommen aus Versorgungseinrichtungen wie Krankenhäusern (vgl. Faltermaier, 2014: 273).

Zweite Phase (Wartephase)

Es ist oft das Umfeld (Angehörige, ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen), welches keine andere Lösung für Pflegebedürftige sieht, als ins Heim zu ziehen. Dadurch ist oft die Möglichkeit für die Person selbst, in Ruhe zu überlegen und sich auf den Umzug vorzubereiten, nicht gegeben. Die/der Betroffene ist nicht aktiv bei den Vorbereitungen dabei, es wird alles vom Umfeld organisiert, nur seine Zustimmung ist notwendig (vgl. Faltermaier, 2014: 273–274).

Dritte Phase (Umsiedlungsphase)

Die Wohnung wird aufgegeben, Möbel können meistens nicht mitgenommen werden (vgl. Faltermaier, 2014: 274).

Vierte Phase (kurzfristige Adaptionphase)

Anpassung an die neue Lebenssituation: „Die ersten Wochen sind besonders kritisch („first month syndrom““ (Tobin, 1980, in Faltermaier et al., 2014: 274). Reaktionen auf die veränderte Lebenssituation können Hilf- und Hoffnungslosigkeit sein (vgl. Faltermaier, 2014: 274).

Fünfte Phase (langfristige Adaption)

Es gelingt nur einen Teil der PflegeheimbewohnerInnen, das Heim als ihr eigenes Zuhause zu akzeptieren (vgl. Faltermaier, 2014: 274).

*

Saup (1993) beschreibt in seinem Werk „Alter und Umwelt“ die Phasen des Überganges in institutionelle Betreuung. Er weist auf Unterschiede betreffend Motivation, Grund und Umstände bei Hilfebedürftigen, die in ein Altenheim einziehen möchten, oder Pflegebedürftigen, die in ein Altenpflegeheim einziehen möchten, hin.

Erste Phase („Phase eines bestehenden oder antizipierten Unterstützungsbedarfs“)

„Fähigkeitseinbußen“

Von Menschen mit Hilfebedürftigkeit wird aus Vorsorge oder bei Wahrnehmung der sinkenden Fähigkeiten, den Haushalt eigenständig zu führen, eine Anmeldung für einen Platz im Altenheim angestrebt.

Bei den Menschen, die sich für einen Pflegeheimplatz bewerben, ist es dagegen anders: Sie haben meist eine akute oder chronische Erkrankung und längere Krankenhausaufenthalte hinter sich. Sie entscheiden sich für die Anmeldung oft erst dann, wenn die Betreuung zu Hause von Familienangehörigen oder mobilen Diensten nicht mehr gewährleistet ist. Somit wird ein Umzug ins Heim zunehmend eine „Notfallreaktion“ (vgl. Saup, 1993: 142).

Zweite Phase („Entscheidungs- und Wartephase zwischen Bewerbung um einen Heimplatz und Heimaufnahme“)

„Handlungs- und Zeitdruck“

Bei den Pflegeheim-BewerberInnen sind intensiv Angehörige und Gesundheitspersonal, eventuell SozialarbeiterInnen, in der Entscheidungsphase wie bei der Vorbereitung des Umzuges involviert. Es geht oft um eine Lösung der herrschenden pflegerischen Situation, die schnell beschlossen werden muss und nicht von den Betroffenen, sondern vom Umfeld in die Wege geleitet wird.

Den Altenheim-BewerberInnen ist es eher möglich, Informationen einzuholen, Vor- und Nachteile eines Umzuges abzuwägen und eventuelle Alternativen zum Heim zu überlegen.

„Freiwilligkeit“

Studien zeigen, dass Menschen, die freiwillig ins Alten- oder Pflegeheim gezogen sind, „eine höhere Lebenszufriedenheit, ein höheres Aktivitäts- und Kontaktniveau und eine höhere Wohnzufriedenheit hatten als Personen, die unfreiwillig ins Alten- oder Pflegeheim gezogen sind.

„Wahlmöglichkeit“

Wahlmöglichkeiten wie:

- Auswahl des Heimes,
- Bestimmung des Umzugszeitpunktes,
- Auswahl der Möbel und Gegenstände, die mitgenommen werden,

können positive Auswirkungen haben.

„Antizipation und Vorbereitung“

Aktuelle Informationen über Altenheime, eventuell auch Besuche vor dem Umzug, Information über den Tagesablauf und angebotene Dienstleistungen können zur besseren Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes nach dem Umzug beitragen.

„Vermeintliche Wartezeiteffekte“

Der in der Literatur viel diskutierte „Wartezeiteffekt“ (lange Wartezeit auf einen Platz wirkt psychisch belastend) scheint sich eher umzukehren. Die Zeit ab der Anmeldung bis zum Umzug erscheint viel zu kurz, das wird von der Mehrzahl der Menschen als belastend erlebt (vgl. Saup, 1993: 143–145).

Dritte Phase („Umsiedlungsphase“)

„Heimeintrittsalter“

Das Heimeintrittsalter steigt in den letzten Jahren, das soll am Wunsch der älteren Menschen liegen, so lange wie möglich in der vertrauten Wohnung bzw. Wohnumgebung zu bleiben.

„Herkunftsort“

Laut einer Berliner Untersuchung an 907 Altenheim-BewohnerInnen (Lehmkuhl, Bosch & Steinhart, 1986, in Saup, 1993: 146) sind etwa die Hälfte davon direkt von zu Hause ins Heim gezogen, etwa ein Drittel direkt aus dem Krankenhaus und etwa 10 % aus einer psychiatrischen Klinik. Eine andere Studie aus Mannheim (Bickel & Jaeger, 1986, in Saup, 1993: 146) belegt, dass dabei ein deutlicher Unterschied besteht, ob Menschen in ein Alten- oder Pflege-

heim einziehen: 88 % sind direkt von zu Hause ins Altenheim gezogen, aber nur 20 % direkt von zu Hause ins Pflegeheim (vgl. Saup, 1993: 145–146).

„Rückkehrmöglichkeiten in die eigene Wohnung“

Zu einer Umfrage des Deutschen Zentrums für Altersfragen beschreibt Dieck (1990), dass es dabei keine verbindliche Festlegung gibt und die Auflösung der Wohnung in verschiedenen Bundesländern unterschiedlich gelöst wird. Aber es gibt eine eher öfter verwendete Handhabung, „dass Sozialhilfeempfänger mit Heimeintritt die Möglichkeit der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit verlieren. Der Prozess der Wohnungsauflösung beginnt überwiegend sofort und ohne eine Zeitphase der Beobachtung und der Entscheidungsfindung“ (Dieck, 1990: 354, in Saup, 1993: 146).

Vierte Phase („Phase der Eingewöhnung(versuche) in die neue Lebenssituation“)

„First Month Syndrom“

Tobin (1980, in Saup, 1993: 147) beschreibt die ersten Wochen nach dem Umzug im Heim als besonders kritisch. Die BewohnerInnen reagieren auf die Umstellung mit: „Hoffnungslosigkeit, Beschäftigung mit dem eigenen Körper, Verminderung der Lebenszufriedenheit.“ Die geänderten Umstände stärken Hilfs- und Hoffnungslosigkeit, das kann bis zur Selbstaufgabe führen.

Stern, Barrett & Alexander (1985, in Saup, 1993: 147) berichten über hohes Sturzrisiko beim Ein- und Aussteigen aus dem Bett und der Toilettenbenutzung.

„Bedeutung des Coping“

Bewältigungsverhalten wie z. B. Durchsetzungsvermögen (Personen, die als energisch beschrieben wurden), Regulation der räumlichen Distanz zu den anderen, problemveränderndes Bewältigungsverhalten sowie Akzeptanz von Verlusten ermöglichen es, das Leben im Heim als weniger belastend zu erleben (vgl. Saup, 1993: 147–148).

Fünfte Phase („Phase der langfristiger Adaption“)

„Erhöhte Sterblichkeit – ein Relokationseffekt?“

Studien berichten über eine erhöhte Sterblichkeitsrate nach dem Umzug ins Heim, wobei manche dieser Studien methodische Mängel aufweisen. Es ist ein Unterschied, ob der Umzug in ein Alten- oder in ein Pflegeheim stattfindet, und es sollte der gesundheitliche Zustand vor dem Umzug berücksichtigt werden (vgl. Saup, 1993: 148–149).

„Entwicklungsveränderungen“

Die Heime bieten zahlreiche Aktivitäten an, es liegt auch an den BewohnerInnen, das Angebot anzunehmen und an Aktivitäten teilzunehmen, dadurch neue Kontakte zu knüpfen und sich weiterzuentwickeln. Frühere Verpflichtungen wie Einkaufen, den Haushalt zu führen, Putzen usw. fallen weg, die Menschen haben mehr Zeit für sich (vgl. Saup, 1993: 149).

*

Das Projekt ENTRA „Eintritt ins Pflegeheim: Das Erleben der Entscheidung zum Heimeintritt aus der Perspektive der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner“ ist ein Kooperationsprojekt der Berner Fachhochschule, der Hochschule für Angewandte Wissenschaften St. Gallen und der Zürcher Hochschule der Angewandten Wissenschaften von 2013.

Im Projekt wurde eine Sekundäranalyse von 62 Interviewtranskripten der Studie „Die Adaptation nach Eintritt ins Pflegeheim“ von Altherr (2013) und weitere teilstrukturierte Einzelinterviews mit BewohnerInnen in einem deskriptiv-qualitativen Ansatz nach Mayring (2010) ausgewertet.

Die Forschungsfrage dabei war: „Wie stellt sich der Entscheidungsprozess zum Heimeintritt aus der Sicht von Betroffenen 65plus dar?“ (Mischke et al., 2013: 6–8)

Die Analyse hat ergeben, dass der Entscheidungsprozess in drei Phasen erlebt wird:

- **„Planungsphase“**
 - „Der Zeitpunkt der ersten Auseinandersetzung mit dem Thema Heimeintritt: Von ‚bewusst und langfristig‘ bis ‚ungeplant und kurzfristig‘ (ob und seit wann, Zeitpunkt in der Lebensplanung)
 - „Die Auswahlkriterien für den Wohnort Pflegeheim
 - „Von den Planungen zur Umsetzung – Konstellationen verändern sich
- **„Entscheidungsphase“**
 - „Gründe und Einflussfaktoren
 - „Realisieren, dass die Gesundheit nachlässt
 - „Gelingender Alltag ist mühsam, Sozialkontakte fehlen
 - „Familiäre und professionelle Unterstützungsangebote werden geprüft
 - „Externe Faktoren beeinflussen die Entwicklung
 - „Modalitäten des Entscheidungsfindungsprozess (sic)
 - „Die eigene Entscheidung treffen
 - „Die Entscheidung mit anderen treffen

- „Andere treffen die Entscheidung
- **„Transition**
 - „Zeit zwischen der endgültigen Entscheidung und dem Heimeintritt
 - „Begleitende Emotionen der Transition: Von Angst bis Befreiung
 - „Nach der Entscheidung beginnt die Vorbereitung
 - ‚Sich aufs Wesentliche beschränken‘
 - Emotionaler Umgang mit der Reduktion: ‚das Vermissen im Gegensatz zum Loslassen‘
 - Formale Organisation des Umzugs bis zum Umzug selbst
 - Leben mit der Entscheidung: Fördernde und hemmende Faktoren auf die Transition“ (Mischke et al., 2013: 9)

*

Die oben angeführten Phasenmodelle beschreiben den Prozess des Umzuges.

Unterschiede zwischen den Phasenmodellen sind besonders in der ersten und letzten Phase wahrzunehmen. Im Phasenmodell von Prochaska et al. (1992, in Baumann et al., 2002: 294–304) fehlt in der Präkontemplationsphase noch gänzlich die Auseinandersetzung mit dem Thema Umzug. Bei den anderen Modellen beinhaltet die erste Phase die Planung des Umzuges, entweder aus Vorsorge oder weil schon Pflegebedarf besteht. Die letzten zwei Adaptionsphasen werden im Phasenmodell von Prochaska et al. (1992, in Baumann et al., 2002) als Aufrechterhaltungsphase genannt und beinhalten die kurze und langfristige Adaption. Bei Mischke et al. (2013) fehlt die Adaptionsphase, was auch an der Forschungsfrage liegen kann, die auf den Entscheidungsprozess fokussiert war: „Wie stellt sich der Entscheidungsprozess zum Heimeintritt aus der Sicht von Betroffenen 65plus dar?“ (Mischke et al., 2013: 3)

Saup (1993) beschreibt im Gegensatz zu den anderen Modellen neben der positiven Auswirkung der freiwilligen Entscheidung auch die positive Auswirkung der Wahlmöglichkeit (z. B. des Heimes) und der Teilnahme an der Vorbereitung des Umzuges. Ein wichtiges Thema, nämlich die Rückkehrmöglichkeiten in die eigene Wohnung, wird ebenso nur in diesem Phasenmodell in der Umsiedlungsphase behandelt.

Ähnlich sind in allen Phasenmodellen die Entscheidungsphase und die tatsächliche Umzugsphase. Drei Möglichkeiten werden bei der Entscheidungsphase erwähnt: eigene Entscheidung, fremde Entscheidung und gemeinsame Entscheidung. In der Umzugsphase wird die Wohnung aufgelöst oder weitergegeben und, wenn es die Räumlichkeiten des Heimes ermöglichen, die subjektiv wichtigsten Gegenstände mitgenommen.

Für die Praxis wäre wichtig, mit dem Wissen über die verschiedenen Phasenmodelle die Möglichkeit der Vorsorge durch Information und Abbau von Berührungsängsten zu fördern sowie jede einzelne und jeden einzelnen, soweit es möglich ist, zu unterstützen, damit jede und jeder Betroffene eine für sich bestmögliche Entscheidung treffen kann.

Ein vorausschauender und planender Zugang zum Thema Umzug erscheint der Verfasserin für eine positiv erlebte Wohnqualität und Lebenszufriedenheit im Heim wichtig zu sein.

Weiters wirkt sich ein freiwilliger Umzug in ein von den Betroffenen ausgewähltes Haus mit genügend Zeit und passender Unterstützung für das Organisieren des Umzuges positiv auf die Eingewöhnungsphase aus.

Ein Bewältigungsverhalten, wie z. B. Akzeptanz der Verluste, trägt dazu bei, dass das Leben im Heim weniger belastend erlebt wird.

Wichtig erscheint weiterhin zu unterscheiden, ob der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim erfolgt. Die Anzahl derjenigen, die aus Privatwohnungen ins Altenheim gezogen sind, ist größer als die Anzahl derjenigen, die aus Privatwohnungen ins Pflegeheim gezogen sind. Zu beachten ist noch, dass eine gewisse Höhe der Pflegestufe erforderlich ist, um einen Platz in einem Pflegeheim in Wien oder Niederösterreich zu bekommen.

Die Vulnerabilität der Pflegeheim-AnwärterInnen ist bereits vor dem Umzug hoch, was die Eingewöhnungsphase beeinflussen kann.

3.3 Kritische Lebensereignisse, Entwicklungsmöglichkeiten und Stress

„Mit Krise ist eine mögliche psychisch-emotionale Folge der mit einem Lebensereignis verknüpften Veränderung der Lebenssituation gemeint“ (Faltermaier et al., 2014: 97).

Altern wird oft mit Abbauprozessen verbunden. Aber Altern kann trotz bestimmter Kompetenzverluste (Änderung der sozialen Rolle, Veränderungen der Wahrnehmung und motorischen Fertigkeiten), die intraindividuell ablaufen und nicht ans kalendarische Alter gebunden sind, zur Kompensation von Verlusten führen.

Ebenso wie man bei Jugendlichen nicht über eine homogene Gruppe reden kann, ist auch die Gruppe der älteren Menschen heterogen. Das Altern verläuft damit interindividuell (vgl. Faltermaier et al., 2014: 229–230). So erleben Menschen laut Thomae (1983) „je nach biografischen, situativen, gesellschaftlichen oder historischen Bedingungen“ das Älterwerden unterschiedlich (vgl. Faltermaier et al., 2014: 245).

Kritische Lebensereignisse im Alter können etwa sein:

- Eintritt in die Pension
- Verwitung
- Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nach chronische Krankheiten
- Unfälle
- Umzug ins Alten-/Pflegeheim

Die psychische Entwicklung setzt sich nach dem Erreichen des Erwachsenenalters fort. Der gerontologische Zweig der Entwicklungspsychologie beschäftigt sich mit Prozessen des Alterns, um die psychischen Prozesse im Alter beschreiben, aber auch erklären zu können (vgl. Faltermaier et al., 2014: 25).

Entwicklungspsychologen beschreiben, dass drei Ursachen besonderen Einfluss auf die Entwicklung haben können (Wahl & Reichert, 1994: 26):

- „alterskorrelierte Einflüsse“ (auch „normative Einflüsse“ genannt), das sind Einflüsse, die mit dem kalendarischen Alter zusammenhängen, etwa die Pensionierung
- „geschichtlich bedingte Einflüsse“ wie z. B. Erleben des Krieges
- „nicht-normative Einflüsse“, das sind Einflüsse, die Bedeutung und Auswirkung auf das spätere Leben haben, sie betreffen nur manche Menschen

Wenn ältere Menschen ihre Wohnungen aufgeben, tun sie das oft entweder, weil sie für den Fall vorsorgen wollen, dass sie Pflege brauchen, oder es ist schon ein akuter Versorgungsbedarf eingetreten.

„Die Übersiedlung ins Alten- und Altenpflegeheim stellt für die betroffenen hochbetagten Menschen einen wichtigen Einschnitt in ihrem Lebenslauf dar“ (Saup, 1990, in Faltermaier et al., 2014: 272).

Laut der Zürcher Studie von Seifert & Schelling (2011) können akute oder kritische Lebensereignisse ältere Menschen zur Übersiedlung bewegen. Solche Ereignisse wurden in der Studie abgefragt, an erster Stelle steht Tod des Ehe- oder Lebenspartners gefolgt von Sturz (oder mehrere Stürze), Spitalsaufenthalt, Kündigung der Wohnung oder bevorstehende Renovation, eine schwere Krankheit, Schlaganfall, Tod oder Wegzug der Person, die pflegte (vgl. Seifert & Schelling, 2011: 28).

Kritische Ereignisse im Alter wie der Verlust der Ehe- oder Lebenspartnerin bzw. des Ehe- oder Lebenspartners und gewohnten Umfeldes können Ängste auslösen und zu Angststörungen und Depressionen führen (vgl. Kämmerer 2012: 324).

Wichtig bei der Bewältigung dieser kritischen Lebensereignisse ist, dass der Mensch genügend informiert wird und die Änderung mit Beratung und Erfahrungsmöglichkeit begleitet wird (vgl. Saup, 1990: 82). Besonders kritisch sind die Tage vor dem Einzug und die ersten sechs Monate im Heim (vgl. Saup, 1990: 95).

Die neuen BewohnerInnen erleben gleich nach dem Umzug ins Heim neue Herausforderungen durch Begegnung mit drei verschiedenen Gruppen: die anderen HeimbewohnerInnen, die teilweise Einfluss auf den Alltag im Heim haben, das Personal und die Angehörigen (sowohl die eigenen wie die der anderen BewohnerInnen) (vgl. Burkart, 2009: 14).

P. B. Baltes (1990) schlägt betreffend Menschen, die in ein Alten- oder Pflegeheim ziehen, einen Entwicklungsbegriff vor, der neben dem empfundenen Gewinn und Verlust auch die Mehrdimensionalität und Multidirektionalität von Entwicklungsprozessen nach dem Umzug beschreibt.

Ein Gewinn kann das Gefühl der Sicherheit im Heim sein, ein Verlust könnte die Aufgabe der eigenen Wohnung und damit ein Stück der eigenen Identität sein.

Mehrdimensionalität bedeutet, dass Menschen im Heim auf verschiedenen Ebenen gefordert werden, wie z. B. auf gesundheitlicher Ebene wie auch bei der Anpassung an die neue Situation, etwa das Bedürfnis nach Selbstständigkeit auch in der neuen Umgebung zu erleben.

Multidirektionalität bedeutet, dass die Entwicklungen in unterschiedlichen, vielleicht sogar entgegengesetzten Richtungen ablaufen können. Es kann sein, dass der Schmerz stärker wird, sich aber gleichzeitig eine Freundschaft zu einer anderen Bewohnerin entwickelt (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 26–27).

Laut Saup (1993) hängt es von mehreren Faktoren ab, ob eine Übersiedlung ins Heim als krisenhaft oder entwicklungsfördernd erlebt wird (vgl. Saup, 1993: 141):

- den „biographischen und psychischen Charakteristika“ der Person
- den „physischen und sozialen Gegebenheiten des ökologischen Kontextes, in welchem sich die Konfrontation, Auseinandersetzung und Bewältigung des ökologischen Übergangs vollziehen“
- den „objektiven und objektivierten Attributen, die die Altenheimübersiedlung selbst charakterisieren“
- der „Art und Weise, in der die Heimübersiedlung von dem Betroffenen subjektiv perzipiert und evaluiert wird“

- den „instrumentellen, kognitiven und emotionalen Anstrengungen der Heimanwärter und -bewohner zur Bewältigung der Situation“ (Saup, 1993: 141)

Stress und Relokationsstress-Syndrom

Herausforderung gehört neben Verlust und Bedrohung zu den drei stressrelevanten Beziehungen. Wenn einer Anforderung nicht begegnet oder sie nicht neutralisiert wird, ergeben sich für die Betroffenen „schädliche Konsequenzen“ (vgl. Lazarus, 1966, in Lazarus & Launier, 1981: 214).

Relokation wird der Prozess des Umzuges genannt, angefangen von der Phase der Entscheidungsfindung bis zur Adaptionsphase am neuen Wohnort (vgl. Keister, 2006, in Niedermayr, 2013: 11).

In den Sechzigerjahren wurden Menschen, die von einem Umzug ins Alten- oder Pflegeheim besonders belastet wurden, als „besonders fragile Population“ wahrgenommen. So entstand die Idee einer „Umzugsstress-Hypothese“ sowie eines „Relokationstraumas“ (vgl. Lehr, 1991, Schulz & Horowitz, 1983, in Wahl & Reichert, 1994: 31).

Wenn es unerwartet zum Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim kommt und die/der Betroffene krank ist, kann das zu einer Angststörung, der so genannten Transferangst, oder zu Relokationsstress führen (vgl. Robinson, 2002, in Niedermayr, 2013: 67).

Die Reaktionen auf dem Stress sind individuell. Dabei können zwei Phasen genannt werden: In der ersten Phase kommt es zur ersten Bewertung, welche negative Folgen die Situation haben könnte, und in der zweiten Phase wird festgestellt, welche Ressourcen vorhanden sind, um der Situation begegnen zu können. Das bedeutet, „dass das empfundene Ausmaß von Stress nie alleine von den möglichen Ressourcen eines Betroffenen oder den Anforderungen einer Situation abhängt, vielmehr vom wechselseitigen Verhältnis zwischen situationsbedingten Anforderungen und Ressourcen einer Person“ (Stroebe & Stroebe, 1995, in McKinney & Melby, 2002, in Niedermayr, 2013: 68).

Ähnlich beschreibt Lazarus (1966): Die Bedrohung hängt von dem „Gleichgewicht der Kräfte zwischen den Anforderungen und den Fähigkeiten“ ab (vgl. Lazarus, 1966, in Lazarus & Launier, 1981: 214).

In den Neunzigerjahren wurde das Relokationsstress-Syndrom als offizielle Pflegediagnose anerkannt (vgl. Robinson, 2002, in Niedermayr, 2013: 11).

Ein Relokationsstress kann auch in der Folge eines Transfers vom Pflegeheim ins Krankenhaus entstehen. Eine Reduktion von nicht notwendigen Fahrten und Aufenthalten in Krankenhäusern würde sowohl auf die BewohnerInnen wie auch das Pflegepersonal im Heim und die Angehörigen positive Auswirkungen haben und wäre auch gesundheitsökonomisch zu empfehlen (vgl. Ouslander et al., 2010: 58, 627–35, in Kada et al., 2011: 715).

Kada et al. (2011) behandeln in einer Studie Ursachen einer Krankenhauseinweisung aus dem Alten-/Pflegeheim. Laut Befragung von ÄrztInnen im Bundesland Kärnten (LKH Klagenfurt, Rotes Kreuz, Kärntner Gebietskrankenkasse) steht an erster Stelle Verdacht auf Schlaganfall, an zweiter Stelle Verdacht auf Pneumonie und Herzinsuffizienz. Es wurden noch andere Gründe angegeben wie Entlastung des Personals im Heim, Wunsch der Angehörigen oder BewohnerInnen selbst. Als starke Belastung wurde der Ortswechsel eingestuft. 40 % der ambulanten Behandlungen (wie z. B. Katheterwechsel) wurden als nicht indiziert benannt. Eine Optimierung der Versorgung in Heimen durch Schulung des Personals sowie Anstellung von HeimärztInnen bzw. mehr medizinischem Fachpersonal wie Krankenschwestern könnte die Anzahl nicht notwendiger Krankenhauseinweisungen senken und dadurch emotionale und körperliche Belastungen der HeimbewohnerInnen reduzieren (Kada et al., 2011: 718–720).

Um die negative Auswirkung eines Umzugs empirisch zu erforschen, wurde z. B. als Variable die Mortalität untersucht. Entsprechende Ergebnisse werden allerdings kritisch betrachtet, weil manche Studien die „Umzugsstress-Hypothese“ unterstützen, andere ergeben, dass der Umzug keine Auswirkung auf die Mortalität hat, und wieder andere positive Auswirkungen eines Umzugs aufzeigen.

Diese Studien werden auch wegen methodischer Probleme infrage gestellt. Die Stichproben waren schon beim ersten Messzeitpunkt unterschiedlich, dadurch war nach dem Umzug nicht mehr zu belegen, ob der Umzug zur erhöhten Mortalität im Heim beigetragen hat oder der schon vor dem Umzug existierende Unterschied zwischen den Stichproben (vgl. Lehr, 1991, Schulz & Horowitz, 1983, in Wahl & Reichert, 1994: 31).

Walter et al. (2007) üben Kritik an der ihrer Meinung nach voreiligen Diagnostizierung der BewohnerInnen, sie haben bei Befragungen eine depressive Verstimmung bei den Bewohnern wahrgenommen. Sie empfehlen eine gerontopsychologische Untersuchung, bevor nur wegen eines Stressmerkmals ein Relokationssyndrom diagnostiziert wird (vgl. Niedermayr, 2013: 78).

Laut der Studie ENTRA (2013) wird der Heimeintritt von den Befragten mehrheitlich als stressvoll empfunden (vgl. Mischke et al., 2013: 34).

In der Studie von Thiele et al. „Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen“ wurden 45 Senioren, die durchschnittlich seit 6 Monaten im Seniorenheim lebten, mit einem Durchschnittsalter von 82 Jahren und einem Frauenanteil von 73 % und 34 ihrer Angehörigen zum Thema Übergang ins Seniorenheim befragt.

Dabei ergab sich, dass ein Umzug ins Seniorenheim eine genaue Planung und Maßnahmen benötigt, um den Stress zu reduzieren, indem Information rechtzeitig eingeholt werden und sich mit dem Thema Umzug beschäftigt wird. Wichtig erscheint auch, die Angehörigen in den verschiedenen Phasen des Umzugs einzubeziehen, um den Übergang für die Betroffenen stressfreier zu gestalten (vgl. Thiele et al., 2002: 563).

Ob die Relokation nun freiwillig oder unfreiwillig passiert, wichtig ist für die BewohnerInnen, dass sie unterstützt werden und ihnen ermöglicht wird, die Bedeutung der alten Wohnung in die neue Umwelt so gut wie möglich zu integrieren (vgl. Keister, 2007, in Niedermayr, 2013: 14).

Beachtet werden müsste bei den Studien auch die großen Unterschiede in der Qualität der Heime (vgl. Lehr, 1991, Schulz & Horowitz, 1983, in Wahl & Reichert, 1994: 31).

Die beiden Krankenschwestern Manion und Rantz (1995) haben einen „Pflegeplan Relokationssyndrom“ erstellt. Die im Plan beschriebenen Maßnahmen dienen dazu, dass ein Übergang ins Alten-/Pflegeheim erfolgreicher abläuft und dass sowohl die BewohnerInnen wie ihre Angehörigen die notwendige Unterstützung bekommen, um Stress zu vermeiden bzw. damit konstruktiv umgehen zu können (vgl. Niedermayr, 2013: 80).

3.4 Bewältigungsstrategien und Theorien des Alterns

Kahana, Kahana und Young (1987) beschreiben in einer Längsschnittstudie zum Thema Bewältigungsverhalten, bei der 253 alte Menschen vor und nach dem Umzug ins Heim befragt wurden, drei Bewältigungsstrategien:

- „aktive Problemlösungsstrategie“, „instrumentell-orientierte Coping-Strategien“
- „affektive Bewältigungsstrategie“ (Ärger auf andere, ohne aktiv zu werden)
- „aus dem Felde gehen“ (bei einer Beleidigung Rückzug ins Zimmer) (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 33)

Dabei bringt die Strategie, das Problem aktiv zu lösen bzw. zumindest anzusprechen, höhere Lebenszufriedenheit für die BewohnerInnen als die anderen Strategien (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 33).

Saup (1984) beschreibt die Bewältigungsstrategien der BewohnerInnen nach einem Umzug ins Heim detaillierter:

- verhaltensmäßige Anpassung (71 %)
- kognitive Anpassung (51 %)
- Nachteile des früheren Alleinwohnens mit der derzeitigen Situation vergleichen (40%)
- Konflikten aus dem Weg gehen, Verlust akzeptieren (34 %)
- den Umzug mit anderen Belastungen im Leben vergleichen (34 %).

Die Bewältigungsstrategien der älteren Menschen ändern sich nach einem Umzug im Vergleich zu früher nicht wesentlich.

Die aktive Problemlösungsstrategie war öfter in Heimen anzutreffen, wo die Heimumwelt autonomiefördernd war (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 33–34).

Hahn (2011) beschreibt, dass die „Neuankömmlinge“ anfangs in ihren Zimmern blieben und erst, als sie sich da wohl fühlten, bereit waren, langsam das Heim zu entdecken. Eine Teilnahme an Gruppenveranstaltungen mit 10 bis 15 Personen erfolgte erst, als sie ein gewisses Vertrauen entwickeln konnten. Sie hatten die Befürchtung, „etwas Falsches zu sagen, belächelt, nicht ernst genommen zu werden“ (Hahn, 2011: 180–181).

Baltes und Baltes (1989) erstellten ein psychologisches Modell dazu. Der ältere Mensch entwickelt in den Bereichen, die ihm subjektiv wichtig sind, Verhaltensweisen, die ihm eine Kompensation seines eigenen fehlenden Verhaltensvermögens ermöglicht (vgl. Faltermaier et al., 2014: 235–237).

Saup (1991, in Faltermaier et al., 2014: 232) meint, dass die Möglichkeit zum „konstruktiven Altern“ gegeben ist, wenn der Mensch sein Leben mitgestaltet und die Anforderungen, die das Altern bringt, aktiv annimmt.

Die Verluste, die mit dem Alter in unterschiedlichem Ausmaß auf den Menschen zukommen, z. B. im Bereich der Sinnesfunktionen, der Rollen in der Gesellschaft, der körperlichen und kognitiven Fähigkeiten, erfordern im Alltag einen gewissen Umgang mit diesen. Wie das Individuum die Verluste wahrnimmt, ihnen begegnet und darauf reagiert, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Es gibt dazu mehrere Theorien, die in der Folge kurz beschrieben werden, um einen Überblick zu schaffen, ohne Vollständigkeit anzustreben:

Aktivitätstheorie

Nach dieser Theorie (Tartler, 1961) ist es wichtig, um das Altern positiv zu erleben, ein aktives Leben in späteren Jahren, wie nach der Pensionierung, weiterzuführen. Durch soziales Engagement bleibt das Gefühl aufrecht, gebraucht zu werden, und das wirkt gegen das Gefühl der Ausgliederung (vgl. Christov, 2016: 30–32).

Longino et al. (1982) unterscheiden zwischen „informeller Aktivität“ (z. B. Treffen mit Nachbarn oder Verwandten) und „einsamer Aktivität“ (Beschäftigung zu Hause, wie z. B. einem Hobby nachgehen). Laut einer Studie haben Menschen, die informelle Aktivitäten ausüben, eine höhere Lebenszufriedenheit als diejenigen, die einsame Aktivitäten ausüben. Bei den informellen Aktivitäten ist nicht eine Mitgliedschaft in einem Verein wichtig, sondern „die Teilnahme an Gruppentreffen mit festgesetzten Zielen und fester Tagesordnung“ (vgl. Lehr, 2007: 58).

Disengagement-Theorie

Cumming & Henry (1961) vertreten in dieser Theorie die Loslösung von sozialen Verbindungen und den Rückzug, damit der ältere Mensch Zeit und Ruhe hat, sich vor dem Lebensende mit sich selbst zu beschäftigen (vgl. Christov, 2016: 32).

Kontinuität

Atchley (1989: 183) meint, dass Menschen versuchen, durch ihre Handlungen die persönliche Kontinuität trotz Verlusten aufrechtzuerhalten. Es werden zwei Arten der Kontinuität genannt: innere und äußere Kontinuität. Die innere Kontinuität können z. B. persönliche Fähigkeiten sein, die äußere Kontinuität kann z. B. das Aufrechterhalten der Kontakte zu Freunden oder Verwandten sein (vgl. Christov, 2016: 33–34).

Die Bewahrung der inneren Kontinuität nach dem Umzug wie z. B. bei der Einrichtung des Zimmers oder das Behalten und Ausleben von Vorlieben und Fähigkeiten kann sich positiv auf die Adaption auswirken (vgl. Welter, 1986, in Thiele et al., 2002: 558).

Selektive Optimierung mit Kompensation (SOK)

Selektive Optimierung mit Kompensation ist eine Strategie, die auch im Heim eingesetzt werden kann, um das Leben dort angenehmer zu gestalten. Durch die Entlastung von alltäglichen Aufgaben (Einkaufen, Kochen) und durch Unterstützung bei der Pflege entsteht die Möglichkeit, sich auf andere Bereiche des Lebens zu konzentrieren, die den BewohnerInnen wich-

tig sind, und es wäre möglich, sich im ausgewählten Bereich weiterzuentwickeln (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 44–45).

Persönlicher Kontrolle und Selbstständigkeit

Um den Umzug leichter bewältigen zu können, sind Kontrollierbarkeit der Entscheidungen für zukünftige oder bereits bestehende HeimbewohnerInnen eine wichtige Ressource. Personen mit Kontrollmöglichkeiten brauchen weniger Arzneimittel, sind weniger belastet und sind eher zufrieden (vgl. Armer, 1993, Fisch, 1992, Gass, Gaustad & Oberst, 1992, Reinardy, 1995, in Thiele et al., 2002: 557).

Davidson und O'Connor (1990) untersuchten den Zusammenhang zwischen Kontrolle und Akzeptanz betreffend die Entscheidung, ins Altenheim zu übersiedeln.

In der ersten Phase nach dem Umzug blieb die körperliche Gesundheit und Lebenszufriedenheit bei älteren Menschen unverändert, wenn persönliche Kontrolle erlebt wurde. Wurde die persönliche Kontrolle subjektiv nicht empfunden, hatte das negative Auswirkungen auf dem Gesundheitszustand. Wenn aber in einer späteren Phase der Adaption die Akzeptanz für die Entscheidung, ins Heim zu ziehen, entwickelt wurde, hatte das positive Auswirkungen auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit, egal ob die persönliche Kontrolle erlebt wurde oder nicht.

„Die Fähigkeit, die Entscheidung, in ein Altenheim zu übersiedeln, zu akzeptieren, scheint somit eine wichtige Bewältigungsfunktion zu haben und ist kein Nebenprodukt der wahrgenommenen Kontrolle, die nur im ersten Monat positive Veränderung bewirkt“ (Baumann et al., 2002: 292–293).

Laut Rossen (2007) können Menschen besser mit Herausforderungen wie einer Relokation umgehen, wenn sie „ihre Gedanken, ihre Emotionen, ihr Verhalten und ihre Lebenssituation unter Kontrolle haben“ (Niedermayr, 2013: 42).

Der Wunsch nach persönlicher Kontrolle und Selbstständigkeit kann je nach Vorleben, gesundheitlicher Situation und Vorstellung über die Zukunft bei den BewohnerInnen unterschiedlich sein. Was für eine Bewohnerin Zugewinn an Autonomie bedeutet, kann von dem anderen als Überforderung wahrgenommen werden (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 34–36).

Schneekloth erwähnt als Merkmale der Handlungsspielräume der älteren Menschen im Heim: Kontrolle über ihr nahes Umfeld (Zimmergestaltung), Befugnis über Bargeld und Schlüssel (Zimmer und Haus) sowie „individuelle Essenszeiten und die Möglichkeit, Besucher auch in der Nacht zu beherbergen“ (vgl. Burkart, 2009: 28).

4. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird die angewandte Forschungsmethodik beschrieben, wie es zu den Interviews kam sowie nach welchen Kriterien die InterviewpartnerInnen ausgewählt und die Leitfadenfragen formuliert wurden.

In der Auswertung wird über die gewählte Auswertungsmethode berichtet.

4.1 Auswahl der InterviewpartnerInnen und -kriterien

Der Feldzugang hat anfänglich Schwierigkeiten bereitet: Es konnten keine Befragungen in bestimmten Alten- und Pflegeheimen wegen beruflicher Unvereinbarkeit der Verfasserin mit diesen durchgeführt werden.

Es blieb die Möglichkeit, über persönliche Kontakte InterviewpartnerInnen zu suchen.

Kriterien für die InterviewpartnerInnen waren:

- selbstbestimmter Einzug in ein Pflegeheim
- Bereitschaft, über den Umzug zu erzählen
- Einwilligung zur Verwendung der erhobenen Daten
- kognitive Fähigkeiten, um über das Thema Umzug erzählen zu können

Es wurden insgesamt zwölf Interviews geführt, davon, wie unten beschrieben, sieben in Niederösterreich und fünf in Wien.

Es wurden sieben Interviews in einem Pflegeheim in Niederösterreich geführt. Die InterviewpartnerInnen wurden nach einem Gespräch der Verfasserin mit der Pflegedienstleiterin über das Thema der Arbeit von der Pflegedienstleiterin angesprochen. Der Zeitpunkt der Interviewführung wurde von der Pflegedienstleiterin angekündigt.

Die Pflegedienstleiterin hat eine Vorauswahl mit elf BewohnerInnen erstellt, die im Vorfeld der Zielgruppe entsprachen und Bereitschaft für ein Interview zeigten. Die Interviews wurden vormittags nach der Pflege und vor dem Mittagessen geführt. In diesen Zeitraum finden Aktivitäten in den Häusern statt, somit kam es auch zu einer Absage, weil die Bewohnerin an einer Aktivität teilnehmen wollte. Ein Ehepaar und eine Bewohnerin des Hauses waren nach der kurzen persönlichen Vorstellung und nochmaligen Schilderung des Interviewthemas nicht bereit, über den Umzug zu reden.

Schließlich wurden am ersten Tag sechs Interviews und ein Monat später noch ein Interview geführt. Bei diesem letzten Interview hat sich im Laufe des Gesprächs herausgestellt, dass die Interviewpartnerin nicht freiwillig ins Heim gezogen ist. Das Interview wurde trotzdem geführt und ausgewertet, um eventuelle Unterschiede oder Ähnlichkeiten zu den anderen Interviewinhalten herstellen zu können.

Die Länge der Interviews variierte zwischen 11 und 22 Minuten. Ort der Aufnahme war immer das Zimmer der Interviewpartnerin, bei Zweitbettzimmern war die zweite Bewohnerin nicht im Zimmer. Die insgesamt sieben Befragten waren ausschließlich Frauen und zwischen 67 und 86 Jahre alt, wobei fünf der Befragten 80 Jahre oder älter waren.

In Wien wurden in einem Pflegeheim drei Interviews geführt. Der Zugang zu den Interviewpartnerinnen wurde wie in Niederösterreich über die Pflegedienstleiterin des Hauses hergestellt, dabei wurde eine Liste mit Namen von BewohnerInnen zusammengestellt, die den vorher festgelegten Kriterien entsprachen. Von fünf Bewohnerinnen auf der Liste waren vier bereit, über den Umzug zu erzählen. Bei einer Bewohnerin war wegen ihres Kehlkopfkrebs und den daraus entstandenen Sprechschwierigkeiten das Transkribieren und Auswerten des Interviews nicht möglich.

Die Länge der Interviews betrug zwischen 15 und 28 Minuten. Die Gespräche wurden im Speisesaal sowie am Gang in einer Sitzinsel aufgenommen. Sie fanden vor und gleich nach dem Mittagessen statt. Alle Befragten waren Frauen und zwischen 83 und 93 Jahre alt.

Weitere zwei Interviews wurden in Wien in zwei Seniorenwohnhäusern geführt. Der Zugang zu den Interviewpartnerinnen wurde über private Bekanntschaften hergestellt. Ein Vorgespräch und die Terminvereinbarung erfolgte zwischen der Verfasserin der Arbeit und den Interviewpartnerinnen telefonisch.

Der Termin wurde in beiden Fällen auf Nachmittag gelegt. Die Länge der Interviews betrug 30 und 35 Minuten. Die Interviews wurden jeweils in den Zimmern der Interviewpartnerinnen aufgenommen. Beide Befragten waren Frauen und 74 sowie 88 Jahre alt.

Vor allen Interviews wurde eine schriftliche Einverständniserklärung (siehe Anhang C) unterschrieben.

Person	Geschlecht	Alter	(ehemaliger) Beruf	Familienstand	Ort
Int. 1	Weiblich	88	nicht bekannt	verwitwet	Wien
Int. 2	weiblich	83	nicht bekannt	verwitwet	NÖ
Int. 3	weiblich	67	nicht bekannt	verwitwet	NÖ
Int. 4	weiblich	80	nicht bekannt	verwitwet	NÖ
Int. 5	weiblich	83	nicht bekannt	verwitwet	NÖ
Int. 6	weiblich	86	nicht bekannt	verwitwet	NÖ
Int. 7	weiblich	86	nicht bekannt	verheiratet	NÖ
Int. 8	weiblich	93	nicht bekannt	verwitwet	Wien
Int. 9	weiblich	79	Hausfrau	verwitwet	NÖ
Int. 10	weiblich	74	selbstständig im Mo- deverkauf	verwitwet	Wien
Int. 11	weiblich	83	nicht bekannt	verwitwet	Wien
Int. 12	weiblich	84	nicht bekannt	verwitwet	Wien

Tab. 2: Interview-Eckdaten

4.2 Interviewleitfaden

Für die Datenerhebung wurde ein halbstrukturierter Interviewleitfaden (siehe Anhang D) zusammengestellt (nach Witzel, 1982, 1985, in Mayring, 2016: 97). Die Problemstellung wurde vorher analysiert, und danach wurden die Fragen festgelegt.

Wichtig dabei ist die Offenheit bei der Interviewdurchführung: Der/die Interviewte hat die Möglichkeit, ohne festgelegte Antwortalternativen frei zu antworten. Das Gespräch spielt in der qualitativen Forschung eine wichtige Rolle, ebenso wie die Vertrauenssituation zwischen Fragenden und Interviewten. Die Fragen dienen nur als Leitfaden zur Lenkung, um die subjektiven Bedeutungen, die Problemstellung betreffend, zu eruieren (vgl. Mayring, 2016: 67–69).

Es wurde diese Methode gewählt, weil die teilweise Standardisierung durch den Leitfaden das Vergleichen der Interviews erleichtert. Die Leitfragen umfassen den gesamten Umzugsprozess, angefangen von der Kontemplationsphase und der ersten Auseinandersetzung mit dem

Thema Umzug ins Heim über die Vorbereitungsphase und die tatsächliche Umzugsphase bis zur die Adaptionphase.

Angestrebt wurde die subjektive Darstellung des Umzugsprozesses durch BewohnerInnen, die selbstbestimmt ins Heim gezogen sind.

Der Ablauf kurz dargestellt:

- Problemanalyse zum Thema „Selbstbestimmter Übergang ins Pflegeheim“
- Formulieren der Leitfragen basierend auf Theorien der Phasenmodelle, die den Umzugsprozess beschreiben
- Probeinterview im Bekanntenkreis
- Durchführen der Interviews mit MP3-Aufnahmegerät

Die Bewohnerinnen der Alten- und Pflegeheime wurden gebeten, über die verschiedenen Phasen des Umzuges zu erzählen, wie sie zur Entscheidung gekommen sind, in ein Alten- oder Pflegeheim zu ziehen und wie sie den Umzug und die darauffolgende Zeit im Heim erlebt haben.

4.3 Auswertung

Die Interviews wurden mit einem MP3-Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend nach den Regeln von Kuckartz (2014) transkribiert (vgl. Fuß & Karbach, 2014: 27–29):

- Es wurde wörtlich transkribiert und die Sprache leicht geglättet.
- Die Satzformen wurden beibehalten, auch wenn sie Fehler enthielten.
- Die interviewende Person wurde mit „I“, die befragten Personen z. B. mit „Bw3“ (dritte befragte Bewohnerin) gekennzeichnet.
- Besonders betonte Begriffe wurden unterstrichen gekennzeichnet, z. B. „Nein“.
- Lautes Sprechen wurde mit Fettschrift gekennzeichnet, z. B. „**Ja**“.
- Leises Sprechen wurde kursiv geschrieben, z. B. „*es tut weh*“.
- Störungen, Lautäußerungen sowie Gesprächspausen wurden in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt), (lacht), (...)
- Unverständliche Teile wurden mit (...?) gekennzeichnet.
- Angaben, die Rückschlüsse auf eine Bewohnerin erlauben, wurden anonymisiert.

Als Auswertungsmethode wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) gewählt.

Die qualitative Inhaltsanalyse ermöglicht es, die erhobenen Daten aus den Interviews der BewohnerInnen theoriegeleitet zu analysieren. Wie Hopf (1979: 18, in Mayring, 2015: 33) for-

muliert: Eine typische qualitative Vorgehensweise umfasst u. a. qualitative Interviews, wobei es um „die Erfassung von Deutungen, Sichtweisen und Einstellungen der Befragten selbst geht“ (Mayring, 2015: 33).

Mayring beschreibt in sechs Punkten, was das Besondere an der qualitativen Inhaltsanalyse ist und wodurch sie sich von anderen Methoden unterscheidet (vgl. Mayring, 2015: 12–13):

- Sie hat Kommunikation zum Gegenstand.
- Sie arbeitet mit Texten, Bildern und Noten.
- Sie geht systematisch vor.
- Sie läuft nach Regeln ab.
- Sie ist theoriegeleitet und möchte Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation ermöglichen.

Die Auswertung der Leitfadeninterviews mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) hat den Vorteil, dass sie zugleich offen ist, um eventuelle neue Erkenntnisse zu ermöglichen, und auf der anderen Seite schematisch und regelgeleitet.

Für die Auswertung der Daten wurde eine Mischform der Kategorienbildung gewählt. Aus der Theorie bzw. Forschungsfrage werden zuerst Kategorien formuliert. „Diese Kategorien werden direkt am Material präzisiert, modifiziert und differenziert. Gleichzeitig werden auch unerwartete Gegebenheiten im Datenmaterial [...] zum Anlass für die Bildung von neuen Kategorien genommen“ (Schmidt, 2010, in Kuckartz, 2016: 95). „Es wird mit A-priori-Kategorien begonnen, und im zweiten Schritt folgt die Bildung von Kategorien bzw. Subkategorien am Material, weshalb man auch von deduktiv-induktiver Kategorienbildung sprechen kann“ (Kuckartz, 2016: 95).

Dieses Verfahren eignet sich für Studierende mit wenig Forschungserfahrung und wenn die zeitlichen Ressourcen beschränkt sind. Es bewegt sich eher an der Oberfläche eines Forschungsproblems. Tiefergehende Forschungsfragen, wie z. B. Fragen nach Motiven für bestimmte Verhaltensweisen, können mit diesem Verfahren nicht beantwortet werden (Internetquelle 10).

5. Ergebnisse der Interviews

Die Auswertung der Interviews mit den Bewohnerinnen erfolgte anhand von sieben Oberkategorien und zu den Oberkategorien gehörenden Unterkategorien. Die Kategorien wurden wie oben beschrieben gebildet, wobei sechs Oberkategorien deduktiv und Kategorie 7 induktiv aus dem Gesprächsmaterial entstanden.

5.1 Oberkategorie 1 (Zu Hause)

Diese Kategorie betrifft die Phase vor der Entscheidung, ins Heim zu ziehen.

Die Befragten erzählten, wie sie ihre Selbstständigkeit zu Hause in ihren eigenen vier Wänden erlebt haben und ob sie sich vorsorglich in einem Heim angemeldet haben oder nicht.

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 1	Zu Hause	Wie wurde der Alltag zu Hause vor dem Umzug bewältigt? Wie wurde Selbstständigkeit erlebt? Wurde Vorsorge getroffen durch Voranmeldung in ein Alten- oder Pflegeheim?
UK 1.1	Selbstständigkeit vor dem Umzug	Wie wurde die Alltagsbewältigung vor dem Umzug nach eigenen Angaben erlebt?
UK 1.2	Voranmeldung	Vorsorgeverhalten der Befragten

Tab. 3: Kategorien 1

UK 1.1 Selbstständigkeit vor dem Umzug

Betreffend die Selbstständigkeit zu Hause zeigt sich ein einheitliches Bild bei den Befragten. Aus den Erzählungen lässt sich schließen, dass die erlebte Selbstständigkeit als wichtig und teilweise als selbstverständlich erlebt wurde:

„Ich habe mich so stark immer gefühlt, und ich dachte, ich brauche nie ein Heim“ (Int. 8: 90–91).

„Jaa, also ich war vorher ganz selbstständig, hab keine Gehhilfe gebraucht, gar nichts“ (Int. 1: 5).

Die Anbindung an die Familie und eine Aufgabe zu haben waren Teil des Lebens und Lebensweisen, die jetzt vermisst werden:

„Ich habe auf meine Enkel aufgepasst, ich habe sie in die Schule gebracht, die sind nach der Schule nach Hause gekommen, bei mir gegessen, und die Mama hat sie dann am Nachmittag abgeholt. Und jetzt geht gar nichts mehr. Ich habe meine Schwiegermutter zu Hause gepflegt“ (Int. 11: 60–62).

Die Mehrheit der Interviewpartnerinnen war vor dem Umzug unter 80 Jahre alt und sehr selbstständig. Studien zeigen, dass das dritte Lebensalter, chronologisch gesehen zwischen 65 und 80 Jahren, mehrheitlich noch durch hohe Selbstständigkeit und gute Gesundheit, somit einen aktiven Lebensstil gekennzeichnet ist (vgl. Engels et al., 2005: 15–16).

UK 1.2 Voranmeldung

Eine Vorsorge zu treffen und sich in einem Altenheim anzumelden war für manche Bewohnerinnen nicht wichtig, weil die eigene Selbstständigkeit so präsent war:

„Nein. Ich habe mich noch nirgends angemeldet, obwohl ma immer wieder schon Bekannte gesagt haben, die auch schon auch 97 Jahre sind (lacht). Ja, wir haben immer wieder gehabt, hörst, melde dich einmal an, du kriegst keinen Platz. Habe ich gesagt, ich kann eh noch alles machen, ich war so selbstständig noch. Also, ich habe wirklich niemanden gebraucht“ (Int. 1: 233–236).

Eine Pilotstudie aus den Jahren 2013 und 2014 mit Daten von 410 WienerInnen und SteierInnen im Alter zwischen 80 und 85 Jahren hat ergeben, dass die Befragten über Pflege und Betreuung bei nicht vorhandenem Pflegebedarf nur wenig sprechen oder nachdenken (Internetquelle 11).

Umzugsbereitschaft zeigen eher Menschen, die schon mit Pflegebedürftigkeit konfrontiert worden sind, auch wenn sie noch nicht selbst, sondern nur Angehörige betroffen sind:

„Meinen Mann habe ich dann überreden können, dass er sich mit mir gleichzeitig angemeldet hat, weil er war doch etwas älter als ich, also einiges älter, und was ist, wenn er pflegebedürftig wird, und ich kann ihm nicht mehr helfen? Da wollte ich vorsorgen, einfach nur sicher sein, ich habe ihm versprochen, so lange ich kann, gehen wir sowieso nicht, aber wenn ich nicht mehr kann und er pflegebedürftig wäre, dann sind wir da angemeldet“ (Int. 10: 10–14).

In einer Studie zur Umzugswahrscheinlichkeit wird beschrieben, dass Personen, die im Zuge des Älterwerdens negative Erwartungen betreffend physische Einschränkungen haben, eine höhere Bereitschaft zum Umzug angeben (vgl. Kolland et al., 2018: 142).

Seit 2012 gelten in Wien für städtische Alten- und Pflegeheime die früheren Anmeldungen für einen Platz nicht mehr. Um einen Platz in einem Haus zu bekommen, müssen die BewerberInnen mindestens Pflegestufe 1 haben oder in einer Substandardwohnung wohnen (z. B. in einem Haus ohne Lift bei Schwierigkeiten, die Stufen zu bewältigen) oder ihnen die Gefahr der Vereinsamung drohen. So hat eine Befragte erzählt, dass sie zwar seit Jahren angemeldet war, sich ihre Anmeldung aber als ungültig herausgestellt hat:

„Wann geht man, ich meine normal, ich habe mich nie gekümmert um Pensionistenheime. Wir waren angemeldet, wie noch mein Mann gelebt hat, und das Haus, oh ja, das steht schon noch, aber ist die Verwaltung nicht mehr dort. Wir haben uns da angemeldet, wie mein Mann 60 war, haben wir gesagt: sicher ist sicher. Beide waren da angemeldet, und haben wir dann vergessen, und irgendwann sind wir aufgefordert worden, dass wir angemeldet sind, und wir müssen uns dann selber melden, wenn wir etwas brauchen oder nicht. Dann ist mein Mann gestorben, dann habe ich ihn abgemeldet dort, und dann ist das Haus, dann ist die Verwaltung in ein anderes Haus gekommen, die haben gebaut, und dort war, bin ich mal hingekommen. (...) Ich bin dann mal hingegangen und hab gefragt, ob die Kataloge für (...) Sie schaut nach, es war weder Anmeldung noch Abmeldung. Dann hat sie gesagt, sie brauchen sich nicht aufregen, denn wenn es wirklich so weit ist, kam man irgendwie was machen, dass sie auf jedenfalls etwas kriegen, wenn wirklich mal die Zeit ist“ (Int. 8: 77–89).

Die Fragen über Selbstständigkeit zu Hause und Voranmeldung in einem Alten- oder Pflegeheim haben ergeben, dass das Leben der Interviewpartnerinnen so selbstständig geführt und mit Aufgaben erfüllt war, dass die Voranmeldung und das Kümmern um einen Platz nur bei denjenigen im Vordergrund stand, die schon mit Pflege (z. B. des Ehemannes) konfrontiert wurden. Oft gab es noch keine Gründe, um sich mit dem Thema Umzug auseinandersetzen zu müssen.

5.2 Oberkategorie 2 (Gründe für den Umzug)

Es wurden in den Interviews mehrere Gründe für den Umzug ins Alten- oder Pflegeheim aufgezählt. Diese Gründe traten oft nicht allein auf, sondern es wirkten mehrere Faktoren zu-

sammen. Die Unterkategorien ergaben sich aus den von den Befragten genannten Gründen, die zu ihrem Umzug ins Alten- oder Pflegeheim geführt haben.

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 2	Gründe für den Umzug	Gründe, ins Alten-oder Pflegeheim zu ziehen, wie gesundheitliche Beschwerden, die das Bleiben in der eigenen Wohnung nicht ermöglichen, Pflegesituation zu Hause, bauliche Hindernisse (Barrierefreiheit), Ängste (Angst vor Stürzen, Angst allein zu sein)
UK 2.1	Gesundheitliche Beschwerden	Gesundheitliche Beschwerden
UK 2.2	Pflegesituation zu Hause	Wie wurde die Pflege zu Hause organisiert? Wurden Familienangehörige als Pflegende in Anspruch genommen? Erfolgte Unterstützung durch mobile Dienste oder 24-Stunden-Pflege?
UK 2.3	Wohnungssituation	Wohnungssituation betreffend Barrierefreiheit und Raumgröße bzw. durch Tod oder Auszug des Ehepartners oder Lebensgefährten
UK 2.4	Ängste	Angst vor Stürzen, Angst allein zu sein

Tab. 4: Ober- und Unterkategorien 2

UK 2.1 Gesundheitliche Beschwerden

Krankheiten und allgemein gesundheitliche Beschwerden spielten eine große Rolle in der Vorphase des Umzuges. Die Analyse der Erzählungen ergab, dass z. B. ein Sturz mit Folgen, wie Oberschenkelhalsbruch, und weitere zusätzlich akut aufgetretene gesundheitliche Beschwerden zu einer Multimorbidität führen und die Rückkehr in die eigene Wohnung erschweren bzw. zur Entscheidung, in ein Heim zu ziehen, führen können.

„War ich erst im Allgemeinen Krankenhaus, und da bin ich operiert worden. Habe eine neue Hüfte bekommen, durch den, war ich, habe einen Oberschenkelhalsbruch gehabt“ (Int. 1: 13–15).

„Da ist mein Blutdruck nicht mehr in der Höhe gegangen (...) Jetzt hat die Ärztin mir gesagt, ich soll einen Herzschrittmacher mir geben lassen, und ich habe es mir gedacht, ich habe noch nie was mit dem Herz gehabt. Und sie hat gesagt, es ist sehr gefährlich der Zustand“ (Int. 1: 21–25).

„Habe ich den Herzschrittmacher eingepflanzt bekommen und bin dann nach, dann ein paar Tage, weiß jetzt, habe ich noch mal zur Untersuchung gehen, bin aber nach dem, also gleich am Montag, also am Sonntag operiert worden, und am Montag bin ich auf die Reha-Station gekommen“ (Int. 1: 32–35).

Die Befragten berichteten über ein plötzlich auftretendes Geschehnis („aus heiterem Himmel“):

„Da war ich noch in keinem Heim, also daheim in der Wohnung, und aus heiterem Himmel auf einmal schwarz geworden, und *ich bin schon gelegen*. Und das erste Mal, wie ich zu mir gekommen bin, hab mir denkt, was tue ich da am Fußboden, bin aufgestanden, und dann habe ich nichts gehabt. eigentlich gar nichts. Na, es ist mir schwindlig geworden. Und dann habe ich in ein paar Wochen wieder einmal, und dann ist mir (...?) die Enkelin gekommen, die Schlüssel zu der Wohnung gehabt hat, und auf einmal geht sie rein, und ich bin auf dem Boden gelegen. Und wenn sie, also wenn sie vorher schon da gewesen wär, und da wäre stundenlang niemand gekommen oder was, wenn ich beim Telefon nicht gemeldet hätte“ (Int. 7: 19–27).

„Ich habe gesehen, ich kann nicht mehr, es muss was geschehen“ (Int. 7: 63–64).

Die Beobachtung einer Steigerung von Multimorbidität und Institutionalisierung bei Menschen ab einem gewissen Alter ist unter anderem ein Thema bei Motel-Klingebiel et al. (2013) in „Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens“.

Eine ähnliche Aussage ist bei Oswald & Rowles (2007: 127, in Kolland et. al, 2018: 133) zu finden, nachdem die Umzugsbereitschaft im höheren Lebensalter abnimmt, und wenn trotzdem ein Umzug stattfindet, dann als Folge von „gesundheitsbezogenen Krisen“ und eher unfreiwillig.

„Ich hatte im August voriges Jahr einen Schlaganfall, da konnte ich zu Hause natürlich nichts mehr machen. Die linke Seite ist ganz gelähmt“ (Int. 11: 4–5).

„Na ja, das ist furchtbar, kannst nicht mehr allein aufs Klo gehen können. Immer Hilfe brauchen. Es ist nicht so schön“ (Int. 11: 30–31).

Der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim kann aber auch eine bewusste Entscheidung sein, etwa um nach dem Tod des Ehepartners aus einer persönlichen Krise zu kommen und neue soziale Kontakte zu knüpfen:

„Es ist zeitweise besser gewesen, ich habe Seminare besucht, um mich da ein bisschen rauszureißen, dann ging es eine Weile, und dann war es die gleiche Übel wieder. Und ja, vor Weihnachten war es, da habe ich nicht mehr daheim sein wollen. Da saß ich nur mehr depressiv, nur mehr in der Küche. Die Wohnung ist verludert, ich habe nichts mehr gekocht, ich habe nichts mehr essen wollen, ich habe gar nichts mehr wollen. Wenn ich mich in der Früh gezwungen habe aufzustehen, das eine Bein war noch draußen, das zweite lag noch oben im Bett, und so bin ich gesessen, von Gefühl nach fünf Minuten, dann habe ich auf die Uhr geschaut, es war eine halbe Stunde. Es kann nicht sein“ (Int. 10: 16–23).

Ähnliches hat eine Langzeitstudie in Zürich von Seifert und Schelling ergeben, nämlich dass ein Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim u. a. mit neuen Sozialkontakten und der Nutzung von verschiedenen Aktivierungsangeboten im Heim verbunden wird (vgl. Kolland et al., 2018: 153).

Die Befragten erwähnten ihren gesundheitlichen Zustand als belastend, die Pflegebedürftigkeit und nicht mehr vorhandene frühere Selbstständigkeit, womit sie teilweise noch Monate nach dem Umzug kämpften, weil eine Perspektive auf deutliche Besserung fehlte. Sowohl körperliche wie auch seelische Beschwerden spielten bei der Entscheidung, ins Heim zu ziehen, eine Rolle.

UK 2.2 Pflegesituation zu Hause

Aus den Interviews ist abzuleiten, dass die Pflege zu Hause oft nicht funktioniert hat, was mit ein Grund war, um sich für einen Platz in einem Alten- oder Pflegeheim anzumelden.

Manchmal war die familiäre Situation nicht mehr tragbar, wie z. B. wegen Erkrankung der pflegenden Person:

„Weil meine Schwiegertochter ist krank geworden, und sie hat es nicht mehr machen können“ (Int. 6: 25).

oder wegen Berufstätigkeit der pflegenden Person:

„Und nachdem der Sohn geheiratet hat, Familie und alles Mögliche, und in die Arbeit gehen alle, also kann ich auf das nicht rechnen“ (Int. 7: 64–65).

Mobile Dienste sowie 24-Stunden-Betreuung wurden teilweise in Anspruch genommen. Sie waren aber entweder für die vorhandene Pflegesituation nicht mehr ausreichend:

„Ich hätte jemanden wen gebraucht, der nachschauen kommt“ (Int. 7: 115).

oder es gab Unzufriedenheit mit der geleisteten pflegerischen Tätigkeit:

„Erstens einmal, in der Nacht schon einmal, weil die Dame ist nicht aufgestanden. (...) Ich habe auch rufen können, sie ist nicht aufgestanden. Ob ich ganz nass war in der Früh, das war denen **wurscht**“ (Int. 9: 175–180).

Die soziökonomische Situation der Befragten spielte auch eine Rolle, wodurch die Wahl für die Betreuung auf eine institutionalisierte Form fiel:

„Und ehrlich gesagt, eine Tagesbetreuung oder so, wie die 24 Stunden oder so was haben, das hätte ich mir nicht leisten können“ (Int. 7: 65–66).

So wird auch in Kolland et al. (2018) erwähnt, dass Pflegeheime, was die Kosten betrifft, eine günstigere Lösung als 24-Stunden-Betreuung darstellen. Somit ist bei Personen mit niedrigerem Einkommen das Pflegeheim eine bessere Variante (vgl. OECD, 2017: 243, in Kolland et al., 2018: 152).

UK 2.3 Wohnungssituation

Ein Grund, in ein Alten- oder Pflegeheim einzuziehen, war laut den Erzählungen auch die fehlende Barrierefreiheit der Wohnungen:

„Nein, es war halt nicht, überall waren die Türschwellen oder wie man dann sagt. Und da hätte ich müssen mit Rollator, hätte ich in der Wohnung fahren können, aber es war immer ein Hindernis“ (Int. 5: 17–19).

Neben der fehlenden Barrierefreiheit wurde noch das Alleinsein in der Wohnung nach einem Krankenhausaufenthalt:

„Ich war vier, fünf Wochen in (Name des Krankenhauses) in Behandlung, und dann bin ich heimgekommen, und dann war ich aber allein im Haus, habe ich nicht mehr können, mir, ich habe wen gebraucht, war auf Hilfe angewiesen, und ja, ich habe mich gleich entschlossen, ins Heim zu gehen“ (Int. 5: 4–7).

oder nach dem Tod des Ehemanns/Lebensgefährten genannt:

„Am 13. März ist er dann an Herzinfarkt verstorben, plötzlicher Herztod, und dann bin ich mit seiner Freundin alleine gewesen, und die hat mir wieder die Hölle auf Erden gemacht“ (Int. 3: 13–15).

Als problematisch für die Zukunft wird auch in Kolland et al. (2018) die Problematik der wachsenden Anzahl alleinlebender hochaltriger Menschen erwähnt, vor allem verwitwete Frauen, und die geringe Anzahl privater barrierefreier Wohnungen (vgl. Kolland et al., 2018: 102).

In Wien leben 73 % der Menschen in einem Mietverhältnis. Im Gegensatz dazu ist in kleineren Gemeinden die Anzahl der Haus- oder WohnungseigentümerInnen viel höher als derjenigen, die ihre Wohnung mieten, wobei Eigentum nicht unbedingt weniger Ausgaben bedeutet (Kolland et al., 2018: 107).

Die Möglichkeit der Pflege zu Hause kann für pflegebedürftige Menschen in einer Mietwohnung bei niedrigem Einkommen und geringerer Wohnfläche erschwert sein:

„Dieses Alleinsein wäre nicht gegangen. (...) Und dann musst du für 24 Stunden, musst du einen Raum haben, den du zur Verfügung stellen kannst. Und wir haben nur eine Wohnküche gehabt, eine größere halt, so abgeteilt, der Wohnteil und Küche, Kredenz drinnen und so, was halt reingehört, und ein Schlafzimmer und Bad und Klo, wie es gehört“ (Int. 7: 117–122).

UK 2.4 Ängste

Als weiterer Grund für den Umzug ins Alten- oder Pflegeheim wurde von den Befragten die Angst zu stürzen genannt:

„Ich habe Angst vor Hinfallen“ (Int. 1: 261).

Stürze sind bei älteren Menschen die häufigsten Unfälle. Solche Ereignisse können u. a. zum sozialen Rückzug und zu Krankenhausaufenthalten und Heimeinweisungen führen, und als Reaktion auf das Erlebte kann bei den Menschen Angst vor weiteren Stürzen entstehen (vgl. Becker & Nicolai, 2012: 405).

Die Verarbeitung krisenhafter Situationen, wie der Verlust der Ehepartnerin/des Ehepartners oder der Lebensgefährtin/des Lebensgefährten kann bei älteren Menschen zu Angststörungen mit depressiven Episoden führen. Um sich aus einer solchen Phase hinauszubewegen, kann – neben einem im Interview erwähnten „starken Glauben“ – ein Umfeldwechsel, in diesem Fall eine bewusste Entscheidung, in ein Altenheim einzuziehen, zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen:

„Ich habe Angst gehabt, zur U-Bahn zu gehen, weil ich dort ja runterhupfen kann. Und da bin ich nur immer, nur so ganz so schnell hinein, und weil, da widerspricht ja mein Glaube.

Ich bin sehr gläubig, und das kommt für mich nicht in Frage. Aber die Anziehung von diesem Dings war da“ (Int. 10: 45–48).

Kämmerer (2012) beschreibt, wie im Alter Verlusterfahrungen, wie z. B. der Verlust geliebter Menschen, fehlende soziale Unterstützung und Einsamkeit zu Angststörungen beitragen können (vgl. Kämmerer, 2012: 325).

Auf Fragen nach den Gründen für den Umzug ins Alten- oder Pflegeheim kamen Antworten, die den vier Unterkategorien (gesundheitliche Beschwerden, Pflege zu Hause, Wohnsituation und Ängste) zugeordnet werden konnten. Diese Gründe traten aber selten alleine auf. Sprach eine Bewohnerin von gesundheitlichen Beschwerden, wurde das Verlassen der Wohnung oder des Hauses notwendig, weil keine Ressourcen für die Pflege zu Hause da waren und die notwendige Barrierefreiheit fehlte. In einer solchen Situation allein zu Hause zu leben führt zu Unsicherheit und Ängsten.

Somit war vorauszusehen, dass es anders nicht geht und ein selbstgewollter Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim die Lösung ist bzw. hat die Entscheidung für den Umzug das Krankenhaus, eine Angehörige/ein Angehöriger oder eine betreuende Person übernommen.

5.3 Oberkategorie 3 (Entscheidungsphase)

Die InterviewpartnerInnen wurden befragt, wie die Entscheidungsphase betreffend den Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim erlebt wurde. Diese Kategorie beinhaltet die Fälle, wo die Entscheidung allein getroffen wurde, bzw. auch, welche Rolle die Familie und die in der Betreuung involvierten Institutionen wie z. B. ein Krankenhaus in der Entscheidungsphase gespielt haben.

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 3	Entscheidungsphase	Wie haben die Befragten die Entscheidungsphase betreffend den Umzug ins Alten- oder Pflegeheim erlebt?
UK 3.1	Freiwilliger Übergang	Entscheidung wurde alleine getroffen
UK 3.2	Rolle von Familie und Krankenhaus	Rolle von Familie und Krankenhaus in der Entscheidungsphase

Tab. 5: Ober- und Unterkategorien 3

UK 3.1 Freiwilliger Übergang

Ein freiwilliger Übergang bedeutete bei den Befragten entweder, dass sie sich schon früher entschieden hatten, ins Heim zu gehen, wenn zu Hause die Pflege nicht mehr möglich wäre:

„Und in meinem Kopf war immer schon, wenn ich daheim nicht mehr kann oder will, will ich ins Heim“ (Int. 10: 9–10).

„Es war immer bei mir, dass ich ins Heim gehe“ (Int. 4: 3).

oder es war eine wahrgenommene Wahlmöglichkeit:

„Und ich war es anschauen (...) und das hat mir sofort gefallen. Und ich habe gleich gesagt: Jaa, jaa, jaa, jaa, das möchte ich (lacht), das Zimmer möchte ich. Und dann haben sie's mir gegeben (...), und dann bin ich dann zwei oder drei Tag, Tage später bin ich hergekommen“ (Int. 1: 64–71).

In der Literatur wird die positive Auswirkung der Freiwilligkeit und Wahlmöglichkeit auf die Lebensqualität im Heim und auf die erfolgreiche Anpassung an die neue Wohnumgebung betont (vgl. Saup, 1993: 143–144).

UK 3.2 Rolle von Familie und Krankenhaus in der Entscheidungsphase

Die Anzahl der alleinlebenden hochaltrigen Menschen ist hoch. Davon betroffen sind vor allem Frauen deren Ehe- oder Lebensgefährte verstorben ist.

Für diese Befragte war klar, dass die Familie als Pflegende nicht in Frage gekommen wäre:

„Aber zu den Kindern wollte ich auch nicht kommen, der eine lebt in der Schweiz und der andere in Salzburg“ (Int. 8: 125–126).

In einem Fall haben die Kinder die Entscheidung getroffen, wie es mit der Pflege der Mutter bzw. Schwiegermutter weitergehen soll:

„Ja, die Kinder. Die haben gesagt, es wird besser gehen wie daheim. Ja. Und dann bin ich, es ist so schnell gegangen, ich bin hergekommen. Ich bin nicht mehr nach heimgekommen“ (Int. 9: 27–30).

Wird eine so wichtige Entscheidung im Leben des älteren Menschen ohne seine Zustimmung getroffen, hat das eine bedeutende Auswirkung auf sein Wohlbefinden.

So eine schnelle Lösung, schreibt Saup (1993), wird oft von den Angehörigen als einzige Möglichkeit gesehen. Von den Betroffenen wird erwartet, dass sie ins „Unabänderliche“ einwilligen (vgl. Saup, 1993: 143).

Wenn die Betroffenen keine Angehörigen haben, wird diese Entscheidung von SozialarbeiterInnen oder Krankenhauspersonal getroffen.

Eine Interviewpartnerin hat erzählt, dass sie gar nicht dazu gekommen ist, in der Situation in der sich befand, eine Entscheidung zu treffen:

„Also so war es nämlich, also da war ich im Spital, und ich stehe auf, und ich kann nicht gehen. Jetzt sagen die Ärzte, oder ich weiß nicht, wer was gesagt hat: Na, was machen wir jetzt, weil so können wir sie nicht heimschicken. Weil ich bin allein daheim, so können wir sie nicht heimschicken. [...] Ich habe mich erschrocken, wie heißt jetzt da oben (Name des Krankenhauses), dann war ich im Rollstuhl, und ich habe das überhaupt nicht fassen können. Weil ich war im Spital, war öfter im Spital, und da kommt man dann heim, und das Leben geht weiter“ (Int. 8: 32–41).

„Also direkt vom Spital hergekommen, ich habe das nicht momentan so entschieden, aber es wurde entschieden“ (Int. 8: 192–193).

Auf ähnliche Ergebnisse kommen andere Studien wie z. B. Saup (1993). Er beschreibt, dass Heimübersiedlungen in den letzten Jahren zu einer Notfallreaktion wurden. Eine Entscheidung für ein Heim wird unumgänglich, wenn medizinische und rehabilitative Maßnahmen keine Besserung bringen und die pflegerischen Ressourcen zu Hause nicht ausreichend sind (vgl. Saup, 1993: 142–143).

Wie auch eine andere Bewohnerin schilderte:

„Nach der Reha bin ich da hergekommen“ (Int. 11: 19).

Auch wenn die Interviewpartnerinnen u. a. nach dem Kriterium ausgesucht wurden, dass sie selbstbestimmt ins Alten- oder Pflegeheim eingezogen sind, hat sich bei genauer Nachfrage zur Entscheidungsphase ergeben, dass manche Umzüge direkt vom Krankenhaus oder Reha-Zentrum oder durch die Entscheidung der Angehörigen erfolgten.

Somit ist es schwierig, nachträglich nachvollzuziehen, inwieweit der Umzug selbstbestimmt entschieden wurde. Für eine Befragte erschien der direkte Umzug vom Krankenhaus sogar leichter, als wenn sie vor dem Umzug noch nach Hause hätte müssen:

„Aber wenn ich richtig nachdenke, ich glaube, es wäre mir noch schwerer gefallen, wenn ich noch einmal in die Wohnung hätte können, und dann kurze Zeit oder wie dort verbringen, und dann wieder weg, und **dann wissen, jetzt ist der Punkt da, jetzt geht es nicht mehr**“ (Int. 12: 43–46).

Wichtig ist, jeden Fall als Einzelfall zu sehen und den direkt oder indirekt geäußerten Willen zu respektieren (vgl. Garms-Homlová et al., 2009: 280).

Teilhabe an der Entscheidung kann dazu beitragen, dass die oft schwierige Situation mit der neuen Umgebung und die plötzlich aufgetretene Hilfsbedürftigkeit von den Betroffenen leichter überwunden werden.

5.4 Oberkategorie 4 (Phase vor dem Umzug)

Diese Kategorie beschreibt die Phase vor dem Umzug, das Abschiednehmen von der Familie und die Zeitspanne bis zum Einzug ins Alten- oder Pflegeheim.

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 4	Phase vor dem Umzug	Abschiednehmen von der Familie, Wartezeit auf das Wunschhaus/Wunschzimmer
UK 4.1	Reaktion der Familie	Wie haben die Befragten die Reaktion der Familie auf die Entscheidung erlebt, ins Heim zu ziehen?
UK 4.2	Wartezeit	Wartezeit auf den Umzug

Tab. 6: Ober- und Unterkategorien 4

UK 4.1 Reaktion der Familie

Die Interviewpartnerinnen, die eher intensiven Kontakt zu den Kindern hatten, erzählten, dass ihre Entscheidung, ins Altenheim zu ziehen, mit Erleichterung aufgenommen wurde:

„Meine Kinder waren schon ein bisschen erleichtert, weil ich habe in der letzten Zeit unglaublich viel abgenommen, weil ich halt nichts mehr essen wollte, konnte, geschmeckt hat mir nichts“ (Int. 10: 28–30).

Es wurden aber auch Traurigkeit und emotionales Abschiednehmen erwähnt:

„Na ja, der erste Tag, alle haben mal geheult, es ist mal selbstverständlich“ (Int. 4: 16–17).

UK 4.2 Wartezeit

Die Länge der Wartezeit war bei den Befragten unterschiedlich:

„Das war vielleicht so fünf Wochen, sechs Wochen, dass ich gewartet habe, dass ein Bett frei geworden ist“ (Int. 5: 33–34).

„Und zuerst hat es geheißen, es wird längere Zeit dauern, und dann ist es auf einmal, es ist da wahrscheinlich ein Platz frei geworden, oder ich weiß es nicht genau. Auf einmal ist, **ruck, zuck**, und ich habe schon hierher können“ (Int. 12: 28–30).

Manche haben die Wartezeit im Krankenhaus oder auf Reha verbracht, oder sie wurden vorübergehend in einem anderen Pflegeheim untergebracht:

„Jetzt war dauernd in (Name des Heimes, wo sie jetzt wohnt) war kein Platz. Jetzt bin ich in, war ich in, war ich vier Monate, war ich in, *jetzt weiß ich nicht mehr, wie es des heißt*. Im Jänner ist es mir passiert, und Ende Mai bin ich dann daher gekommen wieder. Vier Monate war ich woanders“ (Int. 2: 7–11).

In der Literatur wird die Studie von Lieberman und MitarbeiterInnen erwähnt, die den allgemeinen psychischen Zustand von Menschen, die auf einer Warteliste stehen, mit dem derer, die schon im Altenheim wohnen, verglichen hat. Festgestellt wurde eine Ähnlichkeit zwischen den beiden Gruppen. Laut Saup (1993) wurde die Studie noch nicht bestätigt, und es gibt empirische Hinweise, dass eine kurze Wartezeit mehr Belastungen bei AltenheimanwärtterInnen verursacht als längere Wartezeiten (vgl. Saup, 1993: 144–145).

In den durchgeführten Interviews wurden von den Befragten keine Aussagen zur Wartezeit getroffen. Es wurde nur festgestellt, dass die Wartezeit an unterschiedlichen Orten verbracht wurde wie Krankenhaus, Reha oder andere Pflegeheime.

5.5 Oberkategorie 5 (Umzug)

Die Oberkategorie 5 beinhaltet die Erzählungen über den tatsächlichen Umzug ins Alten- oder Pflegeheim, über Unterstützung beim Umzug bis zur Ankunft im neuen Wohnraum.

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 5	Umzug	Wer hat beim Umzug unterstützend gewirkt? Was wurde mitgenommen? Was passierte mit der bisherigen Wohnung oder dem Haus?
UK 5.1	Unterstützung	Wer hat beim Umzug unterstützend gewirkt?

	beim Umzug	
UK 5.2	Unvollendeter Umzug	Fälle, wo der Umzug nicht vollständig stattgefunden hat, d. h. Gegenstände oder persönliche Dinge sind noch in Haus oder Wohnung geblieben
UK 5.3	Abschied von Wohnung oder Haus	Wie stehen die Befragten zur alten Wohnung/zum Haus? Besuchen sie noch manchmal die Wohnung/das Haus? Was ist mit der Wohnung/dem Haus passiert?
UK 5.4	Persönlicher Wohnraum im Heim	Einrichten des Zimmers im Heim. Was ist schon da, was fehlt noch, was wurde von der alten Wohnung/dem Haus mitgenommen?
UK 5.5	Gedanken und Gefühle zum Umzug	Gedanken und Gefühle zur Umzugssituation

Tab. 7: Ober- und Unterkategorien 5

UK 5.1 Unterstützung beim Umzug

Laut Erzählungen waren die Familie und vor allem die Kinder aktiv beim Umzug:

„Das haben dann die Kinder alles hergerichtet, so bin ich bald drei Jahre da“ (Int. 4: 24–25).

Auch Umzugsfirmen oder soziale Einrichtungen waren zur Unterstützung involviert:

„Mein Sohn und die Caritas hat geschaut“ (Int. 6: 31).

„Und das Umzugsunternehmen hat mir die Dame aus der Hausverwaltung gesagt, die waren sehr angenehm und zuverlässig“ (Int. 10: 64–65).

„Haben mir eine Sozialarbeiterin an die Seite gestellt, und die hat mir dann zwei Ansuchen geschrieben, das eine für vorübergehend und das andere für Dauer. Und so kam ich vorübergehend hier in (Name des Heimes, wo sie jetzt lebt) an“ (Int. 3: 20–22).

In dieser Phase waren die Interviewpartnerinnen laut Erzählungen eher passiv, was vermutlich am physischen Allgemeinzustand der Befragten lag.

UK 5.2 Unvollendeter Umzug

In den Erzählungen kam auch vor, dass der Umzug noch gar nicht beendet wurde, weil die Trennung von der alten Wohnung bzw. den in der Wohnung Zurückgebliebenen nicht harmo-

nisch verlaufen und durch die Pflegebedürftigkeit eine Rückkehr in die Wohnung im Ausland nicht möglich war.

„Dann nie wieder rausgefahren nach Deutschland, mir etwas zu holen“ (Int. 3: 50).

„Mir haben am Anfang einige **Bilder** gefehlt, ich hatte ein paar Bilder mit, (...) aber der Großteil ist draußen geblieben“ (Int. 3: 55–57).

Oder es fehlte noch etwas, wie eine Dame sagte:

„Ja, mein eigener Fernseher“ (Int. 6: 80).

Eine Befragte wurde durch die Entscheidung der Kinder ins Heim übersiedelt. Sie hatte nach sechs Monaten, als das Interview stattfand, noch immer Sehnsucht nach dem Haus. Sie ist dort aufgewachsen, hat sie erzählt. Es tat ihr weh, sie weinte während des Interviews.

„Ich bin dort aufgewachsen (weint)“ (Int. 9: 38).

UK 5.3 Abschied von Wohnung oder Haus

Unter den Befragten waren Menschen, die aus Eigentum- oder Mietwohnung (gemeinde) sowie aus dem Haus ins Alten- oder Pflegeheim gezogen sind. Gemeindewohnungen wurden zurückgegeben:

„Wir haben von der Gemeinde eine Wohnung gehabt. (...) Wir haben sie gekündigt dann“ (Int. 7: 79–81).

Eigentumswohnungen und -häuser wurden an Kinder oder Enkelkinder weitergegeben:

„Es ist eine Eigentumswohnung, da kommt meine Enkelin, die Ältere zieht jetzt dort ein“ (Int. 1: 189–190).

„Das Haus hat der Sohn geerbt“ (Int. 5: 23).

Ein großer Unterschied war bemerkbar im Erinnerungsausdruck von zwei Befragten, wobei die eine unfreiwillig ins Heim gekommen ist und das eigene Haus sehr vermisst.

Es war eine sehr starke Bindung zum Haus wahrzunehmen. Die Befragte wurde nach der Entscheidung der Angehörigen ins Pflegeheim übersiedelt. Sie hatte ein Foto ihres Hauses während des Interviews bei sich, zusammengefoldet in der Tasche. Die Trennung von dem Haus, in dem sie aufgewachsen war und gelebt hatte, tat ihr weh:

„Zum Geburtstag holen sie mich eh. Aber die Tochter oder der Sohn, Schwiegersohn. Aber ich weiß nicht wie (...?) Ja, werden wir sehen. Und (...?) (weint wieder stärker) *es tut weh* (putzt ihre Nase)“ (Int. 9: 140–143).

Die andere Interviewpartnerin hat sich selbstbestimmt für den Heimeinzug entschieden:

„Es war immer bei mir, dass ich ins Heim gehe“ (Int. 4: 3).

Sie besucht regelmäßig das Haus und die Familie und freut sich über Änderungen und Neuerungen, die am Haus und im Garten getätigt werden:

„Ich sage, ich war gestern zu Hause (seufzt), da hinten habe ich mir gedacht, nein, das gibt es nicht, wo ich mich ausgerastet habe, und des und jenes gemacht, aber es ist alles wirklich, wirklich sehr schön“ (Int. 4: 58–70).

Ähnlich wie Saup (1990) beschreibt, ist für einen wenig belastenden Umzug neben der Freiwilligkeit eine Teilhabe rund um den Umzug wichtig. „Für einen psychisch wenig belastenden Altenheim Eintritt sind neben der subjektiven Freiwilligkeit der Heimaufnahme weitere Aspekte des Ereignisses ‚Altenheimübersiedlung‘ wie Wahlmöglichkeiten, Antizipation und Vorbereitung auf den Umzug wichtig“ (Saup, 1990: 81).

UK 5.4 Persönlicher Wohnraum im Heim

Die Interviewpartnerinnen und ihre Angehörigen sind auf unterschiedliche Art und Weise mit den Gegenständen oder persönlichen Sachen aus der Wohnung umgegangen.

Es wurde erzählt:

„Also sie haben natürlich alle meine Sachen weggeschmissen. Weil ich kann’s da hier halt nicht brauchen, ich brauch’s auch nie mehr“ (Int. 1: 200–201).

„Na ja, manchmal tut’s mir schon leid, da überkommt mich, da denk ich, mein Gott, das habe ich nie mehr, und das habe ich nie mehr“ (Int. 1: 203–204).

Die emotionale Bindung zu einem bestimmten Gegenstand wurde auch erwähnt:

„Die Kredenz“ (Int. 2: 26) „weil sie war von meiner Mutter, es ist ein Andenken“ (Int. 2: 103).

„Nein, Möbel nichts mehr“ (Int. 2: 31).

„Naja, Fotos halt und (...) so ein kleines Souvenir“ (Int. 2: 35).

Anamaria Depner beschreibt in „Dinge in Bewegung. Zum Rollenwandel materieller Objekte. Eine ethnographische Studie über den Umzug ins Altenheim“ wie überraschend es sein kann, was ältere Menschen bei ihrem letzten Umzug mitnehmen. Es können biografische Objekte sein, und die Angehörigen stehen den Auswahlkriterien manchmal verständnislos gegenüber (vgl. Depner, 2015: 213–214).

Ein Unterschied zwischen den Alten- und Pflegeheimen, in denen die Interviews geführt wurden, besteht u. a. auch darin, dass im Altenheim in Wien eigene Möbel aus der alten Wohnung mitgenommen werden können, wogegen in den Pflegeheimen in Wien und Niederösterreich diese Möglichkeit nur begrenzt vorhanden ist.

Altenheim:

„Mir gefällt es, mir gefällt das Weiße, es ist so hell. Die Wohnung ist eh ein bisschen finster, weil dadurch, dass der Balkon da oben überdacht ist, ist es ziemlich finster. Und da bin ich froh über die weißen Möbel meiner Tochter, meine Vögel habe ich auch mitgenommen. Die sind von meiner Enkelin theoretisch gewesen (lacht). Die habe ich auch mitgenommen, weil die Kinder sind den ganzen Tag in der Schule, meine Tochter den ganzen Tag in der Arbeit, da wären die arm“ (Int. 10: 68–73).

Pflegeheim:

„Nein, so kleine Andenken von den Kindern, sonst nichts, weil das Zimmer ist ja möbliert“ (Int. 11: 21).

„Da kann man nichts dazustellen“ (Int. 11: 23).

„Möbelstücke nicht, Kleinigkeiten halt“ (Int. 12: 35–37).

Saup (1990) erwähnt auch diese Problematik: Ausstattung der privaten Zimmer mit standardisierten Heimmöbeln, keine Möglichkeit, eigene Möbel mitzunehmen. Wichtige Erinnerungen wie „ein Schrank oder ein Tisch können ans Herz gewachsen sein“ (Saup, 1990: 92).

Manche Befragten, die in einem Zweibettzimmer im Wiener Pflegeheim wohnen, wo die Möglichkeiten sehr begrenzt sind, persönliche Gegenstände aufzustellen, empfanden das nicht als einschränkend:

„Na ja, mitnehmen, gewisse Sachen, aber so groß ist da alles nicht, also gerade, wenn du im Zweibettzimmer bist, muss du auf die Nachbarin auch schauen, weil sie hat auch genau so viel Sachen wie du (lächelt), aber nein, so Kleinigkeiten sein so, was man so braucht so. Radio oder so was, Fernseher steht eh da drinnen. Ja, das hat dort mein Urenkel gemacht,

und so zum Geburtstag haben die gemacht, und Foto halt. Nein, mehr braucht man nicht“ (Int. 7: 89–93).

Wo es möglich war, wurde nur das Notwendigste ins Heim mitgenommen:

„Ich habe noch alles daheim, weil da habe ich zu wenig Platz. Ich habe nur das Notwendigste da“ (Int. 5: 44).

Fotos waren in jedem Zimmer zu sehen:

„Meine Lieben habe ich alle mitgenommen. Hängen alle da, meine Eltern, meine Geschwister, mein Mann, Schwägerinnen und Schwager. Ich glaube, es sind alle, alle sicher, müssen alle sein“ (Int. 10: 86–88).

„Meine Fotos von meinen Kindern und von meinem Enkerl. (...) Ich mein, wenn ich ehrlich bin, ich bin, meine Kinder habe ich dort. (...) Das ist mir sehr lieb“ (Int. 1: 404–415).

Der Einzug ins Pflegeheim wurde auch als neuer Anfang wahrgenommen:

„Das war ein vollkommen neuer Anfang“ (Int. 3: 74).

Die Interviews haben gezeigt, dass es in Wiener städtischen Altenheimen möglich ist, den Wohnraum mit eigenen Möbeln zu gestalten, weil die Zimmer nicht standardisiert sind, allerdings reduziert auf die funktional wichtigsten Gegenstände, weil die Zimmer gleichzeitig als Wohn- und Schlafräume dienen.

Die Zimmer in Pflegeheimen sind möbliert und ermöglichen wenig Gestaltungsspielraum für die BewohnerInnen, wobei diesbezüglich keine Wünsche ausgesprochen wurden. Die Zimmer wurden angenommen, wie sie sind. Das könnte an der Vorbereitungsphase liegen, wobei die Informationen über Gestaltungsmöglichkeiten eingeholt wurden und somit die Einstellung auf die zu erwartende Situation schon vor dem Umzug möglich war.

Raum für selbstständige Gestaltung ist in Pflegeheimen kaum vorhanden. Es bleiben kleine Gegenstände wie Fotos von den Familienmitgliedern, die entweder aus der alten Wohnung mitgenommen oder den BewohnerInnen von den Kindern oder Enkelkindern geschenkt wurden.

UK 5.5 Gedanken und Gefühle zum Umzug

Der Umzug wurde u. a. als einzige Möglichkeit in der Situation gesehen:

„Keine andere Möglichkeit“ (Int. 11: 75).

Es wurde die Schwere angesprochen, weil der Umzug mit dem Sterben in Verbindung gebracht wurde:

„Na ja, der Umzug war schon schwer, weil man gewusst hat, das wird das letzte, die Wohnung wird aufgelöst werden, weil es eine Gemeindewohnung war“ (Int. 11: 110–111).

„Ja, nein, der vorletzte. Der letzte ist dann am Friedhof“ (Int. 11: 113).

Und auch Stimmungsschwankungen wurden erwähnt:

„Nur eines ist, wenn ich halt so darüber nachdenke, nicht, dass hier schlecht ist oder wie, aber manchmal denke ich mir: das ist jetzt dein Ende. Nach dem habe ich auch zu meiner Tochter gesagt: Nach da bleibt nur das Loch. Na Mama, rede nicht so blöd (lacht). Ich habe gemeint das Sterben. Ja, es ist aber so. Weil ich kann weder in eine Wohnung noch irgendwohin. (...) Es gibt Tage, wie soll ich sagen, die verlaufen ganz normal ohne viele Sorgen oder wie, dann stricke ich oder irgendwie, andere Tage, die sind dann wieder schwieriger. Wenn ich so nachdenke, so viele Jahre bist du arbeiten gegangen und alles, und jetzt sitzt da und kannst nicht weiter“ (Int. 12: 133–142).

Mit dem Bewusstsein, dass der Weg in eine Wohnung nicht mehr da ist, wurde die Hoffnung darauf aufgegeben:

„Ja, so lange ich in (Name des Ortes, wo sie früher war) war und nicht gewusst habe, war halt meine Hoffnung, ich kann noch in die Wohnung. Die Kinder kaufen ein, und kochen oder **Essen auf Rädern** oder irgendwie. (...) **Wäre** schon mein Wunsch gewesen. Aber wenn ich richtig nachdenke, ich glaube, wäre mir noch schwerer gefallen, wenn ich noch einmal in die Wohnung hätte können, und dann kurze Zeit oder wie dort verbringen und dann wieder weg und dann wissen, jetzt ist der Punkt da, jetzt geht es nicht mehr. Weil wir sind doch in 69 in die Wohnung. (...) Natürlich, persönliche Sachen kann man mitnehmen, es ist klar, aber man war seine Umgebung gewohnt, man war die Möbel gewohnt. Ich habe gewusst, wenn ich hier reingehe, bin ich im Kabinett oder was. Und wie wir da hergekommen sind, obwohl man liebevoll aufgenommen ist, aber man ist nicht selbstständig mehr oder alleine“ (Int. 12: 41–58).

So ähnlich sagen die Befragten in der Studie von Kolland et al. (2018), dass im Heimaltag die Selbstbestimmung und die Privatsphäre nicht gut umgesetzt wird (vgl. Kolland et al., 2018: 168).

Über den überraschenden Umzug aus dem Krankenhaus ins Pflegeheim, die Dankbarkeit für den Platz, den Schock, immer im Heim zu bleiben, den Umgang damit und die Suche nach einer klugen Entscheidung erzählte eine Bewohnerin:

„Es ist über Nacht gekommen, und man wacht auf, und man ist im Pensionistenheim. Also so ist es gekommen. (...?) Ich kann noch immer nicht gehen, also ich könnte heute noch nicht heimgehen, und jetzt bin ich so weit, ich bin gut aufgehoben, und früher oder später, wenn ich nur ausrutscht irgendwie, bin ich im Spital, aber dann komme ich wahrscheinlich nicht mehr heim. Und sicher auch nicht daher. Aber gut, darum will ich eigentlich dableiben für immer. Das ist auch wieder eigentlich ein Schock, wenn ich sage, dableiben, bis ich stirb. Ja, aber da sind viele, ich habe die kennengelernt da, die sind jünger und sind für ständig da, *für immer*. Und ich werde es auch so machen. Also ich habe auch gemeldet irgendwie, dass ich dableibe. Was sagen Sie in meinem Alter, was wäre klug an Ihrer Stelle?“ (Int. 8: 111–120)

Es sind wahrscheinlich sowohl die hohe Pflegebedürftigkeit, die keine Alternative zum Umzug ermöglicht, wie auch die Wahrnehmung, dass Selbstständigkeit und Alleinsein im Pflegeheim nicht mehr möglich sind, die über das Ende des Lebens nachdenken lassen.

2018 sind 68,5 % der insgesamt Verstorbenen in Österreich im Krankenhaus oder Pflegeheim gestorben (Internetquelle 12).

Die allermeisten Menschen wollen zu Hause und, wenn möglich, schnell sterben. „In den vergangenen Jahrzehnten wurde er jedoch zunehmend institutionalisiert, medikalisiert, ökonomisiert und verrechtlicht“ (Internetquelle 13).

Es war unter den Befragten auch ein Annehmen der Situation zu hören, im Heim zu leben und zu sterben, weil keine andere Möglichkeit gesehen wurde. Es kann auch selbstbestimmter Umzug gewesen sein, aber wegen ihrer sozio-ökonomischen Situation standen den Betroffenen z. B. nicht alle Wahlmöglichkeiten zur Verfügung.

5.6 Oberkategorie 6 (Adaption)

Diese Kategorie beschreibt die verschiedenen Aspekte innerhalb der Adaptionsphase wie Kontakte zu MitbewohnerInnen, Pflegepersonal und Familienmitgliedern nach dem Umzug sowie die wahrgenommene und angenommene Unterstützung durch diese Personen. Weitere Unterkategorien betreffen, wie die Selbstständigkeit im Heim nach dem Umzug erlebt wird,

an welchen Aktivitäten die Bewohner teilnehmen, welchen Beschäftigungen außer den im Heim angebotenen sie nachgehen und ob Rückzug/Abgrenzung ein Thema ist.

Die BewohnerInnen erzählten weiters über Vorurteile, Vorerfahrungen und aktuelle Sichtweisen, das Alten- oder Pflegeheim betreffend, sowie über ihre aktuellen Befindlichkeiten.

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 6	Adaption	Phase nach dem Umzug ins Alten- und Pflegeheim
UK 6.1	Kontakte zu MitbewohnerInnen und Pflegepersonal	Kontakte zu Mitbewohnern und Pflegepersonal
UK 6.2	Kontakte zur Familie	Kontakte zur Familie
UK 6.3	Unterstützung vom Heimpersonal	Unterstützung vom Heimpersonal
UK 6.4	Unterstützung von der Familie	Ausmaß und Bereiche, wo die BewohnerInnen im Heim Unterstützung von der Familie bekommen
UK 6.5	Selbstständigkeit im Heim	Alle Alltagstätigkeiten, die von BewohnerInnen im Heim durchgeführt werden, und Aussagen betreffend Selbstständigkeit und Ängste
UK 6.6	Teilnahme an Aktivitäten und sonstige Beschäftigungen, Rückzug, Abgrenzung	An welchen vom Heim organisierten Aktivitäten nehmen die Befragten teil? Welche nicht vom Heim organisierten Beschäftigungen? Wahrgenommene Möglichkeiten des Rückzuges und der Abgrenzung
UK 6.7	Vorurteile, Vorerfahrungen und aktuelle Sichtweisen zum Heim	Vorurteile, Vorerfahrungen und aktuelle Sichtweisen zum Heim
UK 6.8	Aktuelle Befindlichkeiten	Äußerungen über aktuelle Befindlichkeiten zum Zeitpunkt des Interviews

Tab. 8: Ober- und Unterkategorien 6

UK 6.1 Kontakte zu MitbewohnerInnen und Pflegepersonal

Es wurde bei den Interviews über viele Kontakte zu den BewohnerInnen sowie dem Pflege- und Betreuungspersonal erzählt.

Es war wichtig, in den ersten Tagen und Wochen jemanden zu haben, der die neue Bewohnerin in das Leben im Altenheim eingeführt hat:

„Da war immer die Frau (Name der Nachbarin), (...) die mich übernommen hat, die mich überall hingeführt hat, mir alles gezeigt hat, alles erklärt hat. Also die ist sehr lieb gewesen“ (Int. 1: 300–303).

Aktive Unterstützung und gegenseitige Aufmunterung war auch Thema der Erzählungen:

„Ich werde immer wieder geholt, kannst du mir helfen, kannst du mir helfen, kannst du mir das sagen, oder wir haben jeden Abend, nach dem Abendessen setzen sich zwei zu mir noch an meinem Tisch. Eine Frau, die begleite ich seit drei Jahren“ (Int. 3: 157–159).

„Und die zweite Frau, die jetzt reingekommen ist, und sie setzt sich auch zu mir und spre-, die hat einen Schlaganfall und muss wieder sprechen lernen, und jetzt sprechen wir sehr viel, und es wird immer besser“ (Int. 3: 163–165).

Die Befragten im Pflegeheim lebten oft in einem Zweibettzimmer. Der Kontakt zu den Zimmernachbarinnen wurde eher als gut bezeichnet, auch wenn wenig oder gar keine Kommunikation möglich war. Es wurde über gegenseitigen Respekt und Bemühungen, das Zusammenleben zu meistern, erzählt:

„Aber mit einer Dame, die hat nicht sprechen können, ist nicht mehr aufgestanden, gar nichts. Aber ich war für sie da, ich habe mit ihr gebetet, und ich habe mich gern unterhalten mit ihr, und ja, wie ich sage, ich war gern in meinem Zimmer. Und die Schwestern haben gesagt, na, Frau (ihr Name), sie haben eine Geduld. Naja, warum nicht? Du weiß nicht, wie du selber wirst“ (Int. 4: 20–23).

„Ja. Eine sehr gute Nachbarin habe ich. Ich höre es manches Mal, dass nicht alle zufrieden sind mit der Nachbarschaft“ (Int. 8: 159–160).

„Meine Nachbarin schläft fast den ganzen Tag. Die kann gar nicht aufstehen, die ist arm. Und sie kann nicht aus dem Rollstuhl raus. Ich habe zwar einmal gesehen, zum 97. Geburtstag haben sie ihr den Rollstuhl gebracht, sie war nur Haut und Knochen“ (Int. 11: 133–135).

Schwierig gestaltet sich das Zusammenleben, wenn scheinbar unterschiedliche Persönlichkeiten im Zimmer wohnen, wie eine Befragte erzählte:

„Es ist schwierig. Also sie spricht sehr wenig, sie (...?) beim Mittagessen, sie legt den Löffel weg, und die Schwester ist schon da und führt sie ins Zimmer. Sie hat den Fernseher da, sie tut fernsehen und vormittags tut sie rätseln. Wenn sie wach wird, tut's rätseln, sie hat Hefte, stoßweise. Sie tut manchmal auch nachmittags rätseln, das tut's immer. Zum Mit-

tagstisch, wenn Besuche, wenn es gleich kommt, dann gelingt es mir, ein bisschen mit ihr zu reden. Aber sie nimmt gleich wieder das Rätselheft und rätselt da gleich beim Tisch. Aber sie ist sehr lieb und angenehm und so im Allgemeinen, sie sagt auch, sie braucht die Ruhe, und sie spricht nicht gern. Sie hat ihre Rätsel, und ich störe sie weiter nicht, sie hat ihre Kopfhörer auf. Daher traue ich mich auch tagsüber sie gar nicht ansprechen, weil wenn ich sie anspreche, dann störe ich sie. Und wir haben das kleinste Zimmer, glaube ich, was es da gibt, aber ich sage eigentlich, wir schlafen drinnen, ich habe einen Kasten und habe genau, was ich im größeren Zimmer habe. Aber einen Besuch kann man auch in dem größeren Zimmer, glaube ich, nicht einladen. Wenn eine zweite da ist, die wird auf jedenfalls gestört, ob die schläft oder liest oder träumt, ist egal. Wenn da zwei, drei Besuche hineinkommen, ist sie gestört. Also darum gehe ich mit Besuchern, wir haben so einen schönen Garten, da oben. Kennen Sie den?“ (Int. 8: 162–176)

Über die Problematik von zu wenig Privatsphäre wird auch in der Literatur berichtet:

„Die Privatsphäre der BewohnerInnen ist eingeschränkt [...] Wach-, Schlaf- und Essenszeiten, Behandlungen und Freizeitaktivitäten sind vom Personal geplant und zeitlich geregelt“ (Burkart, 2009: 48).

So wurde auch über Verzicht auf eigenen Bedürfnissen wegen der Zimmernachbarin erzählt:

„Ja, schon, aber die Frau, die wollte nicht fernsehen, jetzt habe ich auch nicht ferngesehen“ (Int. 6: 75).

„Wissen sie, ich bin nicht so, dass ich was behaupte und sage, so und so will ich es. Das habe ich, ich verzichte wegen ihr“ (Int. 6: 77–78).

In der Literatur wird auch über vermeintliche territoriale Ansprüche geschrieben:

„Als unbefriedigend wird es beispielweise erlebt, als neu eingezogener Heimbewohner bei den Mahlzeiten im Speisesaal bei unsympathischen Mitbewohnern platziert zu werden. In diesem Zusammenhang wird beklagt, dass territoriale Ansprüche von anderen Bewohnern einen Wechsel des Sitzplatzes in der Folgezeit erschweren oder verhindern“ (Saup, 1990: 91).

Eine Befragte hat erzählt:

„Ich habe da ein Pech gehabt mit meinen beiden ersten Tischgenossen, die waren sehr spaßbefreit. Und die hätten mich nur wieder eingetaucht. Aber dann hat mir die Servicechefin, sie ist ganz eine Liebe, ich habe sie gebeten, dass ich mich versetzen kann, dass ich mich zu einem einzelnen Herren setze, und der war meine Rettung. Also der war wirklich

buchstäblich meine Rettung. Ich weiß nicht, wenn ich nicht hergezogen wäre, ich weiß nicht, ob ich noch da wäre, ob ich (...?) ich weiß es nicht. Das war schrecklich, und jetzt geht es mir gut“ (Int. 10: 36–42).

„Und da habe ich das Glück, dass mein Nachbar und Tischnachbar auch gleichzeitig, und Sie werden ihn dann kennenlernen, wirklich ein sehr humorvoller Mensch ist, und er hat mir aus diesem Tief rausgeholfen. Vielleicht kommt es dann wieder, ein Rückfall, ich weiß es nicht, ich hoffe nicht, aber wenn es passiert, ich brauche nur an ihn denken (lacht)“ (Int. 10: 73–77).

Gelebte Flexibilität seitens des Heimpersonals kann die Lebensqualität und das psychische Wohlbefinden der Bewohner positiv beeinflussen.

Das Thema Demenz wurde auch angesprochen, der eigene Umgang mit demenziell erkrankten BewohnerInnen sowie die Beobachtung, wie diese BewohnerInnen von anderen angenommen werden:

„Also gut, es gibt ein paar Damen, die mir sehr giftige Blicke immer schenken und ein paar Messer schmeißen, ich habe ein paar im Rücken stecken, kribbelt so schön. Aber ja, das ist einfach, weil viele kein Verständnis für diese Demenzkranken haben. Und das ist für mich ein rotes Tuch, wenn sie über diese, die nichts dafür können, und die als deppert und Idioten und bezeichnen, dann kriege ich so einen Hals. Und da habe ich mir schon einige Feinde gemacht. Die werden froh sein, wenn ich weg bin (lacht). Aber wie ich vom Urlaub zurückgekommen bin, habe ich gesehen, es lohnt sich, wenn man immer höflich ist und immer freundlich ist, da haben wirklich viele zu mir gesagt: Ja, endlich sind Sie wieder da, Sie sind mir schon abgegangen“ (Int. 10: 235–242).

„Also zum Beispiel, da haben wir jetzt eine Dame, die da und da (zeigt auf den Kopf) komplett. Und jeden Tag auf der Nacht kommt sie zu mir ins Zimmer. Sie findet ihr Zimmer nicht. Dann stehe ich auf und sage ihr, komm, gehen wir in dein Zimmer. Ja. *Und hinterher kommt schon wieder raus.* Dann ist aber die Nachtschwester gekommen und hat gesagt (...?) Sie ist dann reingegangen, hat sie ausgezogen, *sie kann sich nicht mehr allein ausziehen.* Und heute in der Früh (lacht), denke ich mir, na, wer kommt denn da, bin noch im Bett gelegen (lacht). Ich glaube, es war halb acht, und sie ist auch schon wieder da gewesen. Ja, ich habe nichts gesagt. Sie hat wieder umgekehrt und ist wieder rausgegangen“ (Int. 4: 105–113).

Es wurde auch über berührende Situationen erzählt, wo Trost gespendet wurde:

"Also da war eine Frau drinnen, die ist schon gestorben, und am Sessel gesessen und hat geweint: Ich möchte heim, ich möchte heim (weinerliche Stimme). Geh, habe ich neben ihr am Sessel gesessen und habe gesagt: Schau her, ich bin auch da drinnen, das ist so schön da. Da hat sie mich angeschaut. Wirklich? Sage ich: Schau, ich bin auch da. Tun wir miteinander plaudern, und habe ich (...?) erzählt. Ja, mit der Zeit war sie happy auch. Die Schwester hat mir gesagt, du bist, dass du so eine Geduld hast. Du schau, sage ich, vielleicht brauche ich auch mal jemanden, der sich zu mir sitzt und erzählt und dies und jenes. Man weiß eh nie, nie, was kommen kann“ (Int. 4: 99–105).

Es wurde über einen intensiven und vielseitigen Austausch zwischen den HeimbewohnerInnen berichtet. Die Befragten haben viel Unterstützung erfahren, und sie waren selber aktiv, um Trost zu spenden. Sie zeigten Verständnis gegenüber BewohnerInnen mit demenziellen Erkrankungen, auch mit dem Gedanken, man kann nie wissen, vielleicht werden sie in der Zukunft auch jemanden brauchen.

Cooper, Mahnkopf und Bickel (1984) sind nach einer Befragung zu sozialen Kontakten von HeimbewohnerInnen zum Ergebnis gekommen, dass 65 % aller Sozialkontakte mit anderen BewohnerInnen stattfinden (vgl. Wahl & Reichert, 1994, 36–37).

Es wurde auch über Kontakte zum Betreuungspersonal berichtet:

„Aber ich beschäftige mich so, dass ich mit der Seniorenbetreuerin sehr viel beisammen bin. Wir haben sehr viel Gespräche, und das tut immer sehr gut“ (Int. 3: 138–139).

Es kann sich positiv auswirken, wenn das Pflegepersonal schon vor dem Umzug bekannt ist:

„Naja, wenn man von (Name des Ortes) stammt, dann hat man Bekannte, und man kennt die Leute, die Schwestern. Dann tut man sich leichter“ (Int. 2: 50–51).

Insgesamt wurde über regen Kontakt zwischen anderen BewohnerInnen und teilweise auch zum Betreuungspersonal berichtet. Es wird manchmal sogar auf eigene Bedürfnisse verzichtet, um das harmonische Zusammenleben in einem Zweibettzimmer zu bewahren.

Saup schreibt, dass 82 % der interviewten Doppelzimmerbewohner spontan von starken Beeinträchtigungen ihres psychischen Wohlbefindens durch das Wohnen in einem Zweibettzimmer berichten (vgl. Saup, 1990: 93).

In den Interviews wurde nicht nach Spannungen gefragt, und es wurde auch nichts in der Richtung erzählt, was natürlich nicht bedeutet, dass keine Spannungen vorhanden sind. Es betrifft nur, wie oft im Leben, die anderen:

„Ich höre es manches Mal, dass nicht alle zufrieden sind mit der Nachbarschaft“ (Int. 8: 159–160).

Die schwächeren BewohnerInnen werden von manchen BewohnerInnen gegenüber anderen beschützt, die weniger Verständnis gegenüber z. B. demenziell Erkrankten zeigen.

UK 6.2 Kontakte zur Familie

Wichtig war für die Befragten der Kontakt zu den Kindern. Es wurde über täglichen telefonischen Kontakt berichtet:

„Die Kinder habe ich da, aber alle zwei gehen arbeiten. Also wir tun jeden Tag telefonieren, und mir ist es leichter, wenn ich deren Stimme höre und aus“ (Int. 4: 65–66).

Das Wissen, dass die Mutter gut aufgehoben ist, scheint für nahe Angehörige eine Erleichterung zu sein:

„Sie hat dann hinterher nach dem Umzug gesagt: Mama, weißt, ich bin jetzt schon erleichtert. Und mein Sohn hat das auch, er ruft jetzt auch jede Woche einmal über Whatsapp, das kostet nichts, ruft an. Aber auch er ist beruhigter jetzt“ (Int. 10: 220–222).

Tägliche persönliche Besuche von Familienmitgliedern können Freude bereiten, auch wenn manchmal gesagt wird, dass tägliche Besuche nicht notwendig sind. Im Geheimen wird gehofft, dass doch jemand kommt:

„Ich habe zwei Töchter, und die jüngere ist verheiratet, der Schwiegersohn kommt auch jedes Mal mit, und dann tun sie sich abwechseln. Also ich bin praktisch keinen Nachmittag, sagen wir, ein, zwei Stunden nicht alleine. Obwohl ich oft zur Tochter sage, wenn's heiß war oder wie, du brauchst nicht kommen. *Hoffentlich kommt's* (lächelt)“ (Int. 12, 83–87).

Cooper, Mahnkopf und Bickel (1984) sind nach einer Befragung zu sozialen Kontakten von HeimbewohnerInnen zum Ergebnis gekommen, dass 15 % der sozialen Kontakte mit nicht im Heim lebenden Angehörigen oder Freunden stattfinden (vgl. Wahl & Reichert, 1994, 37–39).

UK 6.3 Unterstützung vom Heimpersonal

In Altenheim wurde eher die Reinigungsarbeit und die Unterstützung bei der Körperpflege erwähnt.

„Einmal in der Woche habe ich eine Putzfrau, die ist da inbegriffen im Preis. Aber sie macht eh nur eigentlich hauptsächlich Fußboden und das Bad. Muss sie auch nicht bei mir, weil ich kann noch alles selber“ (Int. 10: 108–110).

„Jeden Mittwoch kommt eine Bedienerin, die zusammenräumt. Also die alles, die auf-, Boden macht und in Bad. (...) Also, die, die macht alles sauber, staubt ab, macht's sehr, sehr nett. Immer am Mittwoch um 7 Uhr in der Früh kommt sie und räumt mir zusammen, und jeden Tag kommt aber eine Pflegerin und hilft mir anziehen. (...) Weil ich mit den Socken und mit den Schuhen noch nicht so richtig kann. (...) Also ich brauch's zum Ausziehen nicht mehr, nur mehr zum Anziehen“ (Int. 1: 98–111).

Im Pflegeheim ist die pflegerische Betreuung wichtig, und es wird auch von manchen, ohne wählerisch zu sein, gut angenommen:

„Mir ist ganz gleich, wer kommt, ob das ein Pfleger ist oder eine Schwester, ich bin über jeden froh, der mir hilft. Ich bin nicht so, dass ich sage, nein, Pfleger darf keiner kommen. Nein, ich bin froh, dass ich wen hab, der mir hilft“ (Int. 5: 78–80).

Laut Erzählungen einer Bewohnerin:

„Da sind alle sehr nett und hilfsbereit, kann man nichts sagen“ (Int. 11: 83).

Die BewohnerInnen waren zufrieden im Kontakt mit dem Pflegepersonal. Da zehn der Befragten von der Pflegedienstleiterin des jeweiligen Heimes ausgewählt wurden, kann vermutet werden, dass Kritik am Pflegepersonal auch aus diesem Grund nicht angesprochen wurde.

UK 6.4 Unterstützung von der Familie

Die Befragten nehmen neben der pflegerischen Unterstützung im Heim auch die Unterstützung der Familie in Anspruch.

Aufgaben, die von den Angehörigen erledigt werden, sind z. B. Wäsche für die Bewohner zu waschen:

„Meine Tochter wäscht mir die Wäsche. Die bringt's mir immer dann schon fertig, zusammengelegt, sehr schön. Das macht sie mir alles“ (Int. 1: 123–124).

oder einkaufen zu gehen:

„Und wenn ich etwas brauche, bitte kauft ihr mir das und das, o.k., aus“ (Int. 4: 66).

oder Schönheitspflege wie Pediküre:

„Meine Tochter hat meine Füße gemacht“ (Int. 4: 79).

Die Erzählungen haben gezeigt, dass die Angehörigen trotz der stationären Betreuung aktiv an der Betreuung der BewohnerInnen teilnehmen.

UK 6.5 Selbstständigkeit im Heim

Es ist ein deutlicher Unterschied betreffend Selbstständigkeit zwischen Befragten mit körperlichen oder psychischen Beschwerden wahrzunehmen.

Diese Interviewpartnerin hat über ihre Selbstständigkeit und ihre Möglichkeiten im Altenheim erzählt:

„Es sind meine Depressionen gewesen, weil sonst bin ich ja mobil, ich mache mir ja alles. Diese zwei (zeigt auf die Vögel) machen irrsinnigen Dreck, ich muss jeden Tag saugen (lacht). Also das ist ein bisschen mühsam, Staub wischen tue ich auch nicht gern, aber man muss es hin und wieder machen, muss es sein (Int. 10: 104–108).

Und so, was ich machen kann, mach ich auch. Und weil Sie sagen Zeiteinteilung, ich kann hingehen, wohin ich will, ich brauch mich vom Essen nur abmelden. Ich war jetzt eben 10 Tage in Deutschland bei meinen Freunden. Zuerst in Hamburg und dann noch in der Gegend von Bremen und so. (...) Ja, und da kann ich tun und lassen, was ich will“ (Int. 10: 117).

Sie hatte damals bei ihrer Mutter einen Abbau nach dem Heimeinzug bemerkt, sie schilderte es so:

„Aber man wird faul, ich habe es ja auch bei meiner Mutter damals festgestellt, wie sie ins Heim gegangen ist und diese ganzen Belastungen weggefallen sind. Was koche ich, was muss ich dafür haben, habe ich alles, muss ich was einkaufen gehen? Das fällt alles weg, man muss nicht mehr nachdenken, wann kommt der Rauchfangkehrer oder sonstige Sachen. Das wirkt sich schon aus, ich habe schon manchmal das Gefühl, dass da schon eine Faulheit, eine gewisse, ein Wurm eingetreten ist“ (Int. 10: 146–151).

Es gab aber auch eine andere Meinung betreffend Selbstständigkeit in einem gewissen Alter:

„Ich bin 88 Jahre, also da muss man nicht mehr so auf Selbstständigkeit trainieren“ (Int. 1: 263).

Im Pflegeheim wurde die Barrierefreiheit geschätzt, weil sie die Selbstständigkeit bei der Mobilität mit Rollator ermöglicht:

„Und da ist es alles so, da komme ich noch bis nach vorne zum Essen und auf das Klo und ins Bad und ins Bett, und da ist es wirklich gut“ (Int. 5: 19–20).

Es gab den Willen bei den BewohnerInnen, mehr tun zu können, und dafür wird Therapie in Anspruch genommen:

„Allerdings habe ich schon Fortschritte gemacht, ich kann schon stehen, und ich kann schon (...?) und ich kann schon ein bisschen stehen, und wenn ich mich gut anhalte, kann ich auch gut aufstehen, und ein bisschen stehen bleiben, nicht stundenlang, aber ein bisschen“ (Int. 8: 13–16).

Es gab aber auch bewusste Reduktion, weil was früher war, ist heute schon zu viel:

„Ja, vor zwei, drei Jahren bin ich noch mit dem Rollator nach (Name eines Platzes in der Ortschaft) gefahren, aber das ist mir jetzt schon zu stark. Das lasse ich lieber“ (Int. 2: 142–143).

Den eigenen Willen auszudrücken und auch danach zu leben wurde im Interview formuliert:

„Ich will oben in der Sonne sitzen, und da gibt es, es ist so schön da oben. Ja“ (Int. 8: 185).

Über die Selbstständigkeit im Pflegeheim wurde nicht viel berichtet, was vielleicht mit der Pflegebedürftigkeit zu begründen ist, die nicht viel Spielraum für die Betroffenen bietet.

„Selbstständigkeit bedeutet die Unabhängigkeit des Menschen von Hilfe und Unterstützung durch andere, was bei den Menschen im Pflegeheim durch deren Pflegebedürftigkeit regelmäßig nur eingeschränkt festgestellt werden kann“ (Burkart, 2009: 33).

UK 6.5 Teilnahme an Aktivitäten und sonstige Beschäftigungen, Rückzug, Abgrenzung

Die Befragten erzählten über die zahlreichen Angebote im Heim. Es gab neben körperlichen Beschäftigungen wie Turnen auch Konzerte, sowohl klassisch wie auch Wiener Lieder im Angebot, sowie Kino-Nachmittage.

„Am Montag haben wir, haben wir zum Beispiel eine Plauderstunde, (...) am Dienstag haben wir immer eine Musikstunde. (...) Am Mittwoch habe ich frei, also da habe ich nichts,

da habe ich immer, wenn ich gehen muss zum Arzt. (...) Am Donnerstag ist Turnen. (...) Und also Freitag, da habe ich auch nichts, da haben wir immer jetzt einen Eiskaffee. (...) Und sonst die anderen Tage, am Samstag, Sonntag und Feiertage ist nichts“ (Int. 1: 138–171).

„Ein Konzert ist, es ist immer am Montag, der erste Montag im Monat ist immer ein Heurigen-Nachmittag. Und am Dienstag ist meistens ein Konzert, also irgendwie ganz verschiedenen“ (Int. 1: 306–308).

Es wurden kreative Tätigkeiten wie Töpfern erwähnt:

„Töpfern. Ich **kreiere diese Katze**, habe ich gemacht“ (Int. 3: 118).

Die Befragten erzählten, dass sie aus dem Angebot auswählen, was ihnen gefällt und nur diese Angebote annehmen:

„Ich bin nicht beim Singen dabei, ich bin nicht beim Gedächtnistraining dabei, töpfern auf alle Fälle“ (Int. 3: 137–138).

Außerhalb des Hauses gibt es auch immer wieder Aktivitäten:

„Dabei machen wir sehr viele Ausflüge und (...?) überall bin ich halt dabei. Und ich mache eine Gaudi, und das passt. Der Chef hat gesagt: Frau (ihr Name), solche Leute haben wir gebraucht, wie sie sind. Sage ich: Danke, es freut mich“ (Int. 4: 94–97).

Wie Wahl und Reichert (1994) erwähnen, bedarf es in einem Heim eines großen Angebots, damit die BewohnerInnen ihnen entsprechende Aktivitäten auswählen können. Die BewohnerInnen sind keine homogene Gruppe. Heime müssen allen BewohnerInnen ermöglichen, ihren Bedürfnissen und Wünschen entsprechend, an Aktivitäten teilzunehmen und soziale Kontakte zu gestalten (vgl. Wahl & Reichert, 1994: 41).

Es bedarf aber auch der Eigeninitiative und des Willens, sich zu erkundigen, was alles angeboten wird, und dann auch teilzunehmen:

„Ich habe dann, nach zwei Wochen konnte ich mich aufraffen, weil ich mir gedacht habe, dafür bin ich nicht hergezogen. Dann hätte ich auch daheim bleiben können, wenn ich da wieder hinter meinen vier Wänden sitz. Und bin dann, habe mich schon überwunden, runter und hab ich mir eine Liste geholt, was alles an Angebot ist, und Gymnastik. Jetzt zum Beispiel, vorhin waren alte Filme, ganz alte, so Sketches mit Böhm und Schenk, also solche Sachen werden geboten oder Diskussionsrunden, was haben wir neulich diskutiert, wie es

früher war im Vergleich zu heute, und dann, man kann eines sagen, wir haben ein paar Damen, Herren auch dabei, die wirklich also hochintelligent sind und noch sehr viel wissen, wo ich heute immer noch was lernen kann. Ich bin sehr neugierig, wieder, Gott sei Dank, und das ist für mich auch wirklich gut, ganz positiv“ (Int. 10: 93–101).

Saup (1993) erwähnt in dem Zusammenhang, damit aktivierende Prozesse wirken, müssen nicht nur seitens des Heims Angebote an die BewohnerInnen gemacht werden, sondern diese Angebote müssen auch wahrgenommen werden. Etwas Neues auszuprobieren kann sogar ein Anreiz für persönliche Entwicklung und Veränderung sein (vgl. Saup, 1993: 149).

In Niederösterreich wurde zusätzlich zu den vorher angesprochenen Aktivitäten die Hilfe bei Tätigkeiten wie Kochen, Gemüseeinlegen oder Nussaufschlagen erwähnt.

„Ich gehe einmal in der Woche zum Kochen, da wird gemeinsam mit Patienten und Damen von hier natürlich, da wird gekocht, und das wird anschließend auch verzehrt. Dann kann ich in Garten runtergehen, wenn das Wetter, aber immer in Begleitung und mehrere Personen. Im Garten haben wir zuerst die Pflanzen eingesetzt, jetzt haben wir schon Tomaten geerntet. Damit ein bisschen eine Abwechslung da ist“ (Int. 12: 92–96).

„Ich tue Nuss aufschlagen (lacht). Eine Schwester hat mich gebeten, sage ich, ja bitte. Und ich habe das Tischerl da drinnen, und ich tue da drinnen, das ist meine Arbeit. Und so vergeht die Zeit“ (Int. 4: 43–44).

Für die ganze Familie gestrickt (z. B. Socken und Schals) wird auch, und neben Rätsel- und Sudoku-Lösen wird ferngesehen.

Insgesamt wurden von den Befragten viele Aktivitäten erwähnt, an denen sie teilnehmen. Die Befragten haben die Möglichkeit, die Beschäftigungen, die ihnen am besten liegen und die ihrer Persönlichkeit entsprechen, für sich auszusuchen, und dadurch eine gewisse innere Kontinuität zu bewahren. Manche bevorzugen eher einen Rückzug ins eigene Zimmer, wo sie viel lesen:

„So Bauernromane und so was (lächelt) lese ich gern. Oder ich hole mir von unten, von vorne Zeitung, so Bildzeitung. Und wann mein älterer Sohn kommt, der bringt mir zwei Bildzeitungen (lächelt)“ (Int. 6: 108–110).

Laut einen Bericht, betreffend die Aktivitäten in vollstationären Altersheimen in Deutschland, von 2005 sehen 87 % der BewohnerInnen fern und hören Radio, 65 % beschäftigen sich gemeinsam mit anderen BewohnerInnen, 56 % haben Besuch, 54 % lesen Zeitschriften und Bü-

cher, 54 % nehmen an Aktivitäten im Heim teil und 50 % gehen spazieren. 1994 hatten 21 % außerhalb des Heims ein Kino oder eine Veranstaltung besucht, 2005 waren es nur 8 % (vgl. Schneekloth & von Törne, 2007: 146).

Aktivitäten, die außerhalb des Alten- oder Pflegeheims stattfinden, wurden auch bei dieser Befragung selten erwähnt, und wenn, dann ging es um Ausflüge. Kino, Theater oder andere Veranstaltungen zu besuchen stand nicht auf dem Programm. Es wurde aber auch nicht der Wunsch geäußert, an solchen Veranstaltungen teilnehmen zu wollen.

Im Altenheim, wo Einbettzimmer Standard sind, und in Pflegeheimen, wo die BewohnerInnen in einem Einbettzimmer wohnen, wurde das Zimmer als Rückzugsort wahrgenommen.

„Wenn man Ruhe haben will, dann geht man heim“ (Int. 1: 377).

„Mir ist lieber da. Lesen tue ich gern“ (Int. 6: 103–105).

„Ich bin allein, ganz gerne“ (Int. 6: 114).

Die ersten zwei Wochen, die auch in der Literatur als eher schwierige Zeit erwähnt werden, beschrieb eine Bewohnerin so:

„Und der Umzug war am 31. Jänner, und so die ersten 14 Tage, muss ich zugeben, muss ich gestehen, bin ich eigentlich auch nur hier im Zimmer gesessen, also essen, Frühstück und essen, bin, war ich natürlich unten, das muss man ja, aber es hat mir nicht wirklich eine Freude gemacht“ (Int. 10: 34–36).

Nach Tobin (1980) sind die ersten Wochen nach dem Umzug besonders kritisch. Auf die Umstellungen reagieren viele mit Hoffnungslosigkeit und Verminderung der Lebenszufriedenheit (vgl. Saup, 1993: 147).

Insgesamt berichteten die Interviewpartnerinnen über eine hohe Teilnahmebereitschaft an den Aktivitäten des Heims. Für BewohnerInnen, die sich lieber allein mit Lesen, Stricken oder Fernschauen beschäftigen wollten, war auch ein Rückzug ins Zimmer möglich.

Aktivitäten außerhalb des Heimes wurden selten erwähnt, auch der Wunsch danach wurde nicht kommuniziert. Die Teilnahme an Aktivitäten war unabhängig vom Einzugsgrund.

Für die Befragten war es möglich, ihnen bereits bekannte und gern ausgeübte Tätigkeiten weiterzuverfolgen und somit innere Kontinuität zu erfahren, aber auch optional etwas Neues kennenzulernen und auszuprobieren.

UK 6.7 Vorurteile, Vorerfahrungen und aktuelle Sichtweisen zum Heim

Die Befragten erzählten über Vorurteile und Vorerfahrungen, die sie selber vor dem Umzug gegenüber Altenheimen gehabt hatten:

„Nämlich, ich kenne das nicht, den Namen, aber vor 100 Jahren, vor 100 Jahren denke ich noch nicht, vor 50 Jahren, es war da drüben, in Währing, nicht in Währing, da drüben war das Haus, das hat damals einen sehr schlechten Ruf gehabt. Das habe ich noch in Erinnerung. Als Kind hat man gehört über das Haus der Samariter, nicht der Samariter, sondern Haus der (...)“ (Int. 8: 193–197).

oder über Vorurteile, denen sie jetzt seitens der Angehörigen oder Menschen außerhalb des Heims begegnen:

„Ja, wenn Sie heute sagen: Du musst dort oder des ist derjenige oder dies und jenes, momentan dann schaust du. Aber dann, wenn du mal drinnen bist, ist alles anders, die glauben immer, ich bin eingesperrt. Na, weil gestern hat, meine Tochter war da, und sie hat gesagt: Nächste Woche fahren wir, da hole ich dich auf der Nacht, bleibst über Nacht bei mir, und er sagt: Du kannst nicht die Oma holen. (Name des Enkels), hat sie gesagt, ich habe dir schon immer gesagt, die Omi ist nicht eingesperrt. Der war ganz baff. Aber das haben viele Leute, wenn ich rausgekommen bin, bin in die Kirche gegangen. Was, du darfst in die Kirche gehen? Und sage ich: Ja, warum nicht? Die glauben immer, du bist da eingesperrt“ (Int. 4: 86–94).

Wahl und Reichert (1994) über Alten- und Pflegeheime: „So werden Pflegeeinrichtungen häufig mit persönlicher Abhängigkeit und sozialer Isoliertheit assoziiert“ (Wahl & Reichert, 1994, in Kolland et al., 2018: 144).

Eine positive Erfahrung mit Heimen hatte Auswirkungen auf die Entscheidung, freiwillig ins Altenheim zu ziehen, erzählte eine Interviewpartnerin:

„Das ist ganz einfach, schon mein Mutter ging freiwillig (lacht) ins Heim und hat sich dort sehr wohl gefühlt. Meine Schwägerin, von meinem ältesten Bruder die Frau, dann, die gleich, ging auch freiwillig ins Heim und hat sich auch wohl gefühlt, und das war schon immer für mich ein sehr positives Vorbild. Ja, und ich, dieses Haus kenne ich, seit es gebaut ist, weil ich da sehr viele Kundinnen hatte. Ich habe ein Geschäft gehabt, und da waren viele Damen, die modisch ein bisschen schick sein wollten (lacht). Ja, also das Haus habe ich gekannt, ich habe es also von Besuchen her gekannt. Ich habe da eine alte Dame öfter

besucht, so alle 14 Tage so ungefähr einmal zum Plaudern, war auch sehr angenehm“ (Int. 10: 2–9).

Personen, die ein positives Bild vom Pflegeheim haben, halten einen Umzug deutlich häufiger (27 %) für wahrscheinlich als Befragte mit einer negativen Einstellung (15 %) (vgl. Kolland et al., 2018: 143–144).

Die Interviews ergaben, dass Vorurteile über Alten- und Pflegeheime noch immer aktuell sind. Die BewohnerInnen selber sind überrascht, wenn sie dann in ein Heim einziehen, wie eine Befragte erzählte. Die Wahrnehmung des Zimmers und des Hauses außerhalb der Alltäglichkeit und des Schönen, Neuen und Praktischen wurde auch in Worte gefasst:

„Das Riesenhaus, das ist erst jetzt gebaut worden mit der schönen Fassade, und überall große Fenster, hell alles, breite Gänge. Es können da unten, wir haben da unten die Ärzte alle, und es werden viele mit Betten hinuntergeführt, da können zwei Betten nebeneinander fahren (lacht). Und noch immer kann jemand gehen. Also ich mein, lauter, früher war in den Spitälern durchwegs schmale Gänge überall, und da sind breite Gänge, überall hell. Also das hat man gar nicht gewusst, und der jetzt nicht sieht, wissen es viele noch immer nicht. Was da gebaut worden ist, und die schöne Fassade und überhaupt, ich mein, manche Zimmer sind größer, weil jetzt haben alle die Türen offen, wo so heiß war, kann man hineinschauen. Und manche sind sehr schön drinnen, manche haben auch nur zwei Betten drinnen, nicht viel mehr. Aber man braucht auch nicht mehr“ (Int. 8: 199–208).

Sogar eine Einladung wurde ausgesprochen, um den Garten auf der Terrasse zu bewundern:

„Ein Garten am Dach oben, aber so was Brillantes habe ich noch nicht gesehen. Wenn Sie noch Zeit haben, fahren Sie mit mir hinauf“ (Int. 8: 180–181).

UK 6.8 Aktuelle Befindlichkeiten

Die Befragten lebten im Zeitpunkt der Befragung seit mindestens sechs Monaten im Alten- oder Pflegeheim.

Am meisten wurde erzählt, dass sich das Heim schon wie zu Hause anfühlt:

„Und dann bin ich dort herumgegangen, und um sechs bin ich nach Hause gefahren (lacht). Ich sage schon da zu Hause. Nein, ich fühle mich wie zu Hause“ (Int. 4: 81–82).

Als Gründe für das Wohlfühlen wurden die gute Pflege, das gute Essen und die Freundlichkeit des Personals erwähnt.

„Und ich will nicht mehr weg. Es ist hier so schön, ich werde so gut umhegt und umpflegt, dass ich gar nicht mehr wegwill. (...) Eine schönere Heimat kann ich nicht mehr haben“ (Int. 3: 29–31).

Aber es wurde auch über den schweren Weg bis zu dieser Akzeptanz berichtet:

„Na ja, hart. Die erste Zeit habe ich meiner Tochter gesagt, warum habe ich nicht gleich weg sein können nach dem Schlaganfall? Weil, was passiert da? Ich warte da, bis es aus ist. Habe ich keine Chance. Ich habe Therapien, sie helfen mir, aber was nicht geht, geht nicht. Ich werde nicht munter, und der Fuß geht auch nicht. Das, ein paar Schritte, ein paar Schritte kann ich machen“ (Int. 11: 52–55).

„Muss man sich selber damit abfinden, das ist die Schwere“ (Int. 11: 83–84).

Laut Baumann (2002) kann die Belastung eines Umzuges ins Altenheim durch die Akzeptanz dieser Entscheidung gemildert werden (vgl. Baumann et al., 2002: 293).

Zur Adaptionsphase hat sich bei den Befragten ergeben, dass die Kontakte zu den Angehörigen sehr wichtig waren. Die zahlreichen Aktivitäten und Beschäftigungen wurden gut angenommen, es blieb jeder offen, woran sie teilnehmen wollte.

Das eigene Bild über das Heim wurde nach dem Umzug teilweise ins Positive verändert. Die Annahme der Situation und damit eine erfolgreiche Adaption waren dort schwierig, wo der Umzug von den Kindern gewünscht wurde oder durch die fortgeschrittene Pflegebedürftigkeit eine starke Angewiesenheit auf das Pflegepersonal gegeben war. Das Wissen, dass die Situation trotz Therapien und Bemühungen nicht mehr viel besser wird, trübte auch das Allgemeinbefinden.

5.7 Oberkategorie 7 (Weitere Umzüge)

Diese Kategorie ist induktiv aus den Interviews entstanden. Im Laufe der Erzählungen ergab sich, dass Umzüge auch innerhalb des Heims stattgefunden haben, und eine Bewohnerin eines Altenheims plante zum Zeitpunkt des Interviews einen Umzug nach Deutschland zu ihren Kindern.

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 7	Weitere Umzüge	Umzug innerhalb des Heims oder woanders hin

Tab. 9: Oberkategorie 7

Befragte im Pflegeheim in Niederösterreich erzählten, dass sie zuerst in einem Zweibettzimmer gewohnt und erst später, nach einem halben oder einem Jahr, ein Einbettzimmer bekommen hatten.

„Zwar, ich habe erst ein halbes Jahr da drinnen, sonst bin ich zu zweit gelegen“ (Int. 4: 19–20).

„Auf einmal hat es geheißen, ich kriege ein Einzelzimmer. Na ja, bitte“ (Int. 4: 23–24).

Teilweise war unklar, warum plötzlich ein Umzug in ein Einbettzimmer stattfand:

„Dienstag oder Mittwoch bin ich da im Einzelzimmer, und ich frage: Wieso? Ja, weil, da ist jetzt jemand gestorben oder so. Es ist ein Einzelzimmer, weil jetzt habe ich, muss ich mit meinem Sohn zuerst reden, weil der kommt erst heim. Der ist viel auswärts (seufzt), und ob er mich angemeldet hat für das Einzelzimmer oder (...?) was (lächelt)“ (Int. 7: 49–52).

Eine Bewohnerin hat über einen seltenen Fall erzählt: Sie möchte aus dem Heim aus- und nach Deutschland zu ihren Kindern ziehen. Vorher muss sie sparen, damit sie dort neu starten kann:

„Leider muss ich mich da wieder verabschieden, weil meine Tochter nach Deutschland heiratet, wo schon mein Sohn ist, und (spricht mit dem Vogel) Ja, du kriegst gleich was, und naja, jetzt habe ich mir überlegt, bleib ich da, gehe ich mit. Aber da haben meine Kinder schon gesagt, nein Mama, du gehst mit. Weil sie zieht in dieselbe Gegend, wo er ist. Sie heiratet den Bruder meiner Schwägerin, also meine Schwiegertochter (lacht) und diese Familie ist ganz reizend, also wirklich“ (Int. 10: 48–53).

„Ja, ich ziehe jetzt Ende Oktober hier wieder aus, weil ich ein bisschen Geld brauche. (...) Wir wollen im Februar, wenn die Semesterferien sind, übersiedeln, aber bis dahin meine Pension voll zur Verfügung haben, damit ich was zurücklegen kann. Ich werde eine Wohnung brauchen, obwohl ich habe die nächste schon, betreutes Wohnen“ (Int. 10: 126–135).

Die Rückkehr in die eigene Wohnung gestaltet sich oft schwierig. Die Wohnung nach dem Umzug aus den verbleibenden 20 Prozent der Pension aufrechtzuerhalten ist oft nicht möglich. Deswegen werden Mietwohnungen unmittelbar nach dem Umzug ins Alten- oder Pflegeheim aufgekündigt.

In Deutschland stellt Dieck (1990) als Praxis fest, dass „Sozialhilfeempfänger mit Heimeintritt die Möglichkeit der Rückkehr in die eigene Häuslichkeit verlieren. Der Prozess der Woh-

nungsauflösung beginnt überwiegend sofort und ohne eine Zeitphase der Beobachtung und der Entscheidungsfindung“ (Dieck, 1990: 354, in Saup, 1993: 146).

Schneider erwähnt die Beachtung der Remigration und Unterstützung der HeimbewohnerInnen beim Wunsch, wieder in eine Privatwohnung zu ziehen, sowie bei der barrierefreien und altengerechten Umgestaltung der Wohnungen (vgl. Schneider, 1998: 115).

6. Zusammenfassung

Das Thema „Umzug ins Alten- oder Pflegeheim“ wird in der Gerontologie oft behandelt. Es betrifft natürlich in erster Linie diejenigen, die umziehen, aber es ist gleichzeitig ein Thema, das die Gesellschaft als Ganzes betreffen sollte. Die Menschen werden immer älter, und obwohl Älterwerden nicht gleichzeitig Pflegebedürftigkeit bedeutet, steigt doch mit zunehmendem Alter auch die Pflegebedürftigkeit. 4,2 % der unter 60-Jährigen, aber 54 % der über 85-Jährigen werden stationär in Österreich betreut (Internetquelle 1).

2017 wurden 74 % der Pflegebedürftigen zu Hause mit Unterstützung durch mobile Dienste gepflegt, stationär wurden 18,7 % betreut (Internetquelle 1).

Ein selbstbestimmter Umzug sollte die Eingewöhnung erleichtern und dadurch den Betroffenen ermöglichen, diese eventuell schwierige und kritische Phase im Leben leichter zu bewältigen. Obwohl der tatsächliche Umzug vielleicht nur an einem Tag passiert, sprechen verschiedene Studien, wie z. B. von Saup (1993), über mehrere Phasen, die durchlebt werden.

Aufgabe dieser Arbeit war es, diese Phasen bei älteren Menschen, die selbstbestimmt in ein Alten- oder Pflegeheim gezogen sind, mit Hilfe von leitfadenunderstützten Interviews und qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring zu analysieren.

Es wurden insgesamt zwölf Interviews in niederösterreichischen und Wiener Alten- und Pflegeheimen geführt, aufgenommen, transkribiert und analysiert.

Zehn Interviewpartnerinnen wurden von den Pflegedienstleiterinnen der Häuser ausgewählt und zwei über persönliche Kontakte vermittelt.

Die Auswertung der Daten erfolgte über deduktiv und induktiv gebildete Ober- und Unterkategorien. Die Bildung von sechs Oberkategorien folgte den Leitfragen der Interviews, eine Oberkategorie wurde induktiv gebildet.

Die Forschungsfragen wurden nach dem Fünf-Phasen-Modell von Saup (1993) entwickelt:

- Die Frage, wie die Entscheidungsfindung, selbstbestimmt in ein Pflegeheim zu ziehen, bei den Befragten abgelaufen ist, kann in die ersten zwei Phasen von Saup (1993) eingeordnet werden.
- Die Forschungsfrage, welche Rolle Angehörige und professionell Pflegenden in den Phasen des Umzuges spielen, kann der dritten Phase nach Saup (1993) zugeordnet werden.

- Wie die Adaptionsphasen von den Befragten erlebt wurden, wird in der vierten und fünften Phase laut Saup (1993) beschrieben.

Erste Phase: „Phase eines bestehenden oder antizipierten Unterstützungsbedarfs“ (Saup, 1993: 142)

Die Analyse der Interviews hat betreffend die erste Phase ergeben, dass die meisten Befragten kurz vor dem Umzug ein selbstständiges Leben zu Hause geführt haben. Es wurden nur einzelne Unterstützungen von mobilen Diensten oder Angehörigen in Anspruch genommen.

Es gab mehrere Gründe, oft gleichzeitig auftretend, für den Umzug. Neben plötzlich auftretenden gesundheitlichen Beschwerden waren oft die zu Hause unlösbaren pflegerischen Ressourcen, die begrenzte sozio-ökonomische Situation, die fehlende Barrierefreiheit sowie die nicht adäquate Größe der Wohnung Auslöser für die Entscheidung, in ein Heim zu ziehen.

Ähnlich werden die Gründe für einen Heimeintritt von Klein formuliert: „Eine angegriffene Gesundheit, ein defizitäres soziales Netzwerk und eine der Pflegebedürftigkeit unangemessene Wohnungssituation kristallisieren sich als subjektive Motive des Heimeintritts heraus“ (Klein et al., 1997: 66, in Burkart, 2009: 27).

Zweite Phase: „Entscheidungs- und Wartephase zwischen Bewerbung um einen Heimplatz und Heimaufnahme“ (Saup, 1993: 143)

Im Laufe der Interviews hat sich herausgestellt, dass die Befragten den Umzug nicht immer selbstbestimmt entschieden haben. Voranmeldungen gab es kaum, wenn doch, dann wurde sich nicht darum gekümmert. Es gab aber sehr wohl innere Entscheidungen, wie etwa: „Es war immer bei mir, dass ich ins Heim gehe“ (Int.4: 3).

Einmal wurde die Entscheidung vom Krankenhaus getroffen, und einmal haben die Angehörigen alleine die Entscheidung getroffen. Situationen, wo Not herrscht und unter Zeitdruck eine Entscheidung getroffen werden muss, wurden auch von Saup (1993) erwähnt. Wenn keine wesentliche Besserung der Gesundheit zu erwarten ist und die Pflege zu Hause nicht möglich erscheint, dann wird eine Entscheidung über einen Umzug ins Heim unumgänglich (vgl. Saup, 1993: 142).

Positive Vorerfahrungen zum Altenheim zeigten positive Auswirkungen auf die Entscheidungsfindung, ins Heim zu ziehen. Die Befragten erzählten über Vorurteile, die sie teilweise selber vor dem Einzug gehabt hatten und denen sie außerhalb des Heimes begegnet waren. Allgemein scheint die Informiertheit über Alten- und Pflegeheime noch immer gering zu sein.

Wartephasen wurden im Krankenhaus, in einem anderen Pflegeheim oder zu Hause verbracht. Die Zeit war eher kurz (ein paar Tage oder Wochen) und wurde unterschiedlich, mal eher belastend (z. B. Heimweh, keine gute Pflege, Unzufriedenheit mit dem Pflegepersonal) oder neutral erlebt.

Dritte Phase: „Umsiedlungsphase“ (Saup, 1993: 145)

Dazu ergab sich in dieser Arbeit, dass professionell Pflegende aus dem Alten- oder Pflegeheim beim konkreten Umzug keine Rolle gespielt hatten.

In der Phase des Umzuges hatten die Befragten die Familie, Umzugsfirmen und soziale Institutionen als Unterstützung beim tatsächlichen Umzug. In Pflegeheime wurde im Vergleich zu Altenheimen weniger aus der bisherigen Wohnung oder dem Haus mitgenommen. Das Thema mit möblierten Zweibettzimmern und wenig Gestaltungsmöglichkeiten in den Pflegeheimen wird auch von Saup (1990: 92) erwähnt.

Gedanken über eine Besserung des Zustandes, sodass eine Rückkehr in die alte Wohnung möglich oder erwünscht wäre, wurden nicht erwähnt. Mietwohnungen wurden zurückgegeben, in Eigentumswohnungen oder -häusern leben inzwischen Kinder oder Enkelkinder. Die meisten Entscheidungen wurden gemeinsam mit der Familie getroffen. Einer Befragten hat es psychisches Unwohlsein und viel Weinen verursacht, sich unfreiwillig vom Haus trennen zu müssen.

Die meisten Bewohnerinnen berichteten während der Interviews eher neutral bis positiv von der Auflösung der alten Wohnung oder des Hauses. Auch wenn am Anfang manche Gegenstände fehlten, konnten sie sich anscheinend mit der Zeit (die Interviews fanden mindestens sechs Monate nach dem Umzug statt) mit dem Verlust abfinden.

Für das Pflege- und Betreuungspersonal im Alten- oder Pflegeheim besteht im derzeitigen System praktisch keine Möglichkeit, die Wohnumgebung bzw. den Wohnraum einer zukünftigen Alten- oder Pflegeheimbewohnerin oder eines zukünftigen -bewohners kennenzulernen. Es könnte sich eventuell positiv auf die Gestaltung der Zimmer und die Betreuung der neuen BewohnerInnen auswirken, wenn es die Möglichkeit gäbe, die bisherigen Wohngewohnheiten der zukünftigen Alten- oder PflegeheimbewohnerInnen kennenzulernen.

Vierte und fünfte Phase: „Phase der Eingewöhnung(sversuche) in die neue Lebenssituation und Phase der langfristigen Adaption“ (Saup, 1993: 147–148)

Die Befragten waren bereits mindestens sechs Monate im Alten- oder Pflegeheim. Eine der Befragten, bei der die Angehörigen die Entscheidung über den Heimeinzug getroffen hatten und die erst seit sechs Monaten im Pflegeheim war, erzählte über Traurigkeit und Belastung.

Ein freiwilliger Umzug bzw. eine Wahlmöglichkeit, das Heim betreffend, erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer leichteren Adaptionsphase und einer schnelleren Eingewöhnungsphase. Sie wirken sich positiv auf das psychische Wohlbefinden aus, das belegen Studien u. a. von Boureston & Pastalan (vgl. Saup, 1993: 143).

Die Adaptation gelang besser, wenn die Personen vorher über das Pflegeheim genügend Informationen hatten, die Vorbereitung gut war und genügend Unterstützung von der Familie bei der Entscheidungsfindung vorhanden war (vgl. Mischke et al., 2015: 79–80).

Die Adaptionsphase betreffend, haben die Befragten über gute soziale Kontakte zu den anderen BewohnerInnen berichtet, vor allem zu den Mitbewohnerinnen im Falle eines Zweibettzimmers. Eine gewisse Zurückhaltung und Anpassung an die Mitbewohnerinnen war für die Befragten normal. Trotz guten Zusammenlebens war der Wunsch nach einem Einzelzimmer erkennbar.

Um äußere Kontinuität zu bewahren, pflegen die Befragten einen intensiven Kontakt zur eigenen Familie.

Die Zufriedenheit mit der Pflege wurde angesprochen, und es wurde sehr geschätzt, in so einem Heim wohnen zu können. Wenn die Pflegebedürftigkeit und die unlösbare Pflegesituation zu Hause zur Entscheidung, in ein Heim zu ziehen, geführt hatte, war die im Heim angebotene Rund-um-die-Uhr-Pflege wichtig für die Befragten. Sie gab ihnen die Sicherheit, rechtzeitig entdeckt und versorgt zu werden, sollte etwas passieren, z. B. ein Sturz.

Die Sicherheit im Heim, der teilweise sehr fortgeschrittene gesundheitliche Abbau und die gelebten Lebensjahre beeinflussen den Wunsch nach Selbstständigkeit im Heim. Eine Bewohnerin hat die Situation als eine „gewisse Faulheit“ beschrieben, die entsteht (Int. 10: 146).

Im Heim angebotene Aktivitäten wurden gut angenommen. Es gab aber für die Bewohnerinnen ebenfalls Möglichkeiten zum Rückzug, zur Selbstbeschäftigung oder z. B. zur Aushilfe beim Kochen oder Einlegen von Gemüse.

Jenull-Schiefer & Janig (2004) beschreiben ein „Gießkannenprinzip“ bei Aktivierungsangeboten in Heimen. Es gibt überall die gleichen Aktivierungsangebote, wie etwa Turnen, Ge-

dächtnistraining, Basteln und Singen, die die Individualität der BewohnerInnen außer Acht lassen (Jenull-Schiefer & Janig, 2004: 393–400).

Die Alten- und Pflegeheime, in denen die Interviews geführt wurden, bieten ähnliche Aktivitäten an. Eine Ausnahme waren hauswirtschaftliche Tätigkeiten, wie z. B. Kochen, die im niederösterreichischen Heim angeboten und von den Befragten auch gut angenommen wurden. Das Gekochte wurde von der Gruppe verspeist.

Die Interviewpartnerinnen äußerten keine Wünsche betreffend weitere Aktivitäten, es wurde aber in dieser Arbeit nicht spezifisch auf dieses Thema eingegangen.

Die Bewältigung der Anforderungen durch den Umzug hängt mit den vorhandenen Ressourcen der Befragten eng zusammen. Die Annahme der Situation und die Einstellung zur veränderten Selbstständigkeit, auch wenn der Umzug direkt aus dem Krankenhaus erfolgt war und die Betroffenen sich damals nicht äußern konnten, durch Suchen und Finden von Beschäftigungen (z. B. Kartenspielen oder Gartenbesuche), die Freude bereiten, können positive Auswirkungen auf das Leben im Heim haben.

Die Handlungsspielräume der Befragten waren etwa betreffend Zimmerausstattung und Bestimmen von Essenszeiten sehr eingeschränkt. Eine Teilnahme an Aktivitäten oder Beschäftigung allein am Zimmer wurden auch mit der Begründung gerechtfertigt, etwas tun zu wollen, damit die Zeit schneller vergeht.

Die Befragten haben nicht immer ausdrücklich alle Phasen im Detail erwähnt bzw. erlebt. Phasenmodelle sind wichtige Säulen, um die Prozesse, die beim Umzug ablaufen, zuordnen zu können. Es bleibt aber wichtig, auch den individuellen Weg jeder oder jedes einzelnen zu betrachten. Der Alterungsprozess läuft inter- und intraindividuell ab, genauso wird auch der Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim unterschiedlich erlebt.

Außerhalb der beschriebenen Phasen ergaben sich vonseiten der Befragten noch Erzählungen zu Themen wie Sterben und weiteren Umzügen innerhalb des Pflegeheimes oder aus dem Altenheim.

Sterben

Laut Erzählungen schien die Annahme der fortgeschrittenen Pflegebedürftigkeit eine belastende, schwierige Aufgabe zu sein. Die verlorene Selbstständigkeit und das Wissen oder die Ahnung, dass sie auch nicht mehr zu erreichen ist, brachte immer wieder das Thema Sterben ins Gespräch. Das Heim wurde auch als Sterbeort ausgewählt, als letzter Wohnort. Es ging nicht um das Aufgeben, eher um das Annehmen, aber weiterhin Dranbleiben, Besuchen von

Therapien, ohne zu viel von sich selber zu erwarten. Dabei war nicht ausschlaggebend, ob jemand selbstbestimmt oder vom Krankenhaus ins Heim übersiedelt ist.

Weitere Umzüge

Überraschend waren die Umzüge innerhalb des Heimes. Die Betroffenen wohnten schon längere Zeit in Zweibettzimmern, als sie dann in Einzelzimmer zogen. Manche hatten schon länger darauf gewartet, manche wussten nicht, wer den Umzug veranlasste (und vermuteten die Kinder). Alle waren froh, allein im Zimmer sein zu können.

Eine Befragte in einem Altenheim plante zum Zeitpunkt des Interviews einen Umzug nach Deutschland in eine betreute Wohnanlage o. Ä. in der Nähe ihrer Kinder. Ein derartiger Auszug aus dem Altenheim passiert selten, die Leitung des Hauses war auch überrascht.

Dazu stellt sich die Frage, ob unter den derzeit in Alten- und Pflegeheimen Wohnenden ein Bedarf nach Umzügen aus dem Heim in eine ganz neue Umgebung oder Rückkehr in die alte Wohnung oder das Haus besteht.

Vielleicht bringt die nächste Generation, die Babyboomer, eine andere Umgangsweise mit Pflegebedürftigkeit und Alten- und Pflegeheimen mit, wodurch neben einem selbstbestimmten Umzug ins Alten- oder Pflegeheim auch der selbstbestimmte Auszug aus dem Alten- und Pflegeheim zum Thema wird.

Dafür wäre eine stärkere Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Sektor wünschenswert. Imhof, De Boni, Auerbach (2010) erwähnen, dass diese Art der Betreuung in der Schweiz in verschiedenen Kantonen praktiziert wird, damit die Bedürfnisse der Betroffenen im Mittelpunkt stehen und nach einem Aufenthalt im Pflegeheim ein Wechsel zurück in die häusliche Pflege möglich wird (vgl. Mischke et al., 2013: 39).

7. Kritik

Der Begriff „selbstbestimmter Übergang“ wurde in der Arbeit nicht genügend eingegrenzt. Schon bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen stellte sich die Frage, ob es ein selbstbestimmter Umzug ist oder nicht, wenn für die Betroffene keine anderen Wahlmöglichkeiten zur Verfügung standen.

Viele Interviewpartnerinnen wurden von der Pflegedienstleiterin des jeweiligen Heims ausgewählt. Dabei besteht der Verdacht, dass teilweise gesellschaftlich angepasste Antworten gegeben wurden, um eventuelle Konflikte mit dem Heim zu vermeiden.

Es wurden zwölf relativ kurze Interviews geführt, eine quantitative Auswertung der Daten wäre zu überlegen gewesen.

Literaturverzeichnis

- Baumann, U.; Mitmansgruber, H.; Thiele, C.; Feichtinger, L. 2002. Übergang ins Seniorenheim: eine Herausforderung für Senioren und für Psychologen. Projekt im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien. In: Maercker, A. (Hrsg.). 2002. Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer. 285–318.
- Behrens, J.; Zimmermann, M. 2006. Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit, Konzept und Forschungsperspektiven. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 39. 165–172.
- Becker, C.; Nicolai, S. 2012. Sturz und Motorik. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J. P. (Hrsg.). 2012. Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer. 401–406.
- Becker, S.; Brandenburg, H. (Hrsg.). 2014. Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Hans Huber.
- Burkart, G. 2009. Weg ins Heim. Lebensläufe und Alltag von BewohnerInnen in der stationären Altenhilfe. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Christov, V. 2016. Gemeinschaft und Schweigen im Pflegeheim. Eine ethnologische Annäherung. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Depner, A. 2015. Dinge in Bewegung. Zum Rollenwandel materieller Objekte. Eine ethnographische Studie über den Umzug ins Altenheim. Bielefeld: transcript Verlag.
- Diehl, M. 2012. Autonomie. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J. P. (Hrsg.). 2012. Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: Kohlhammer. 84–89.
- Dont, J. 1904. Das Wiener Versorgungsheim. Wien: Verlag der Gemeinde Wien.
- Ehmer, J. 1998. Das Alter im historischen Wandel. In: Weidenholzer, Th.; Marx, E. (Hrsg.). 1998. Hundert Jahre „Versorgungshaus Nonntal“. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Salzburg: Salzburger Druckerei. 11–30.
- Engels, D.; Pfeuffer, F.; Heinemann-Knoch, M.; Knoch, T.; Korte, E.; Köhler, L.; Schäufele, M.; Schneekloth, U.; Schröder, J. W.; Teufel, S.; Wahl, H. W.; Weyerer, S. 2005. Möglich-

keiten und Grenzen selbstständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.). München: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Faltermaier, T.; Mayring, Ph.; Saup, W.; Strehmel, P. 2014. Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. 3. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Fuß, S.; Karbach, U. 2014. Grundlagen der Transkription. Opladen & Toronto: Barbara Budrich.

Garms-Homolová, V.; von Kardoff, E.; Theiss, K.; Meschnig, A.; Fuchs, H. 2009. Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse.

Graefe, S.; van Dyk, S.; Lessenich, S. 2011. Altsein ist später. Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44. 299–305.

Güther, H. 2014. Autonomie. Begriffsbestimmung und Tradition des heutigen Autonomieverständnisses. In: Becker, S.; Brandenburg, H. (Hrsg.). 2014. Lehrbuch Gerontologie. Gerontologisches Fachwissen für Pflege- und Sozialberufe – Eine interdisziplinäre Aufgabe. Bern: Hans Huber. 229–244.

Hahn, W. 2011. Ein neues Zuhause? Eine ethnografische Studie in einem Altenpflegeheim. Frankfurt am Main: Peter Lang.

Jenull-Schiefer, B.; Janig, H. 2004. Aktivierungsangebote in Pflegeheimen. Eine Studie zur Inanspruchnahme und Zufriedenheit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 37. 393–401.

Kada, O.; Brunner, E.; Likar, R.; Pinter, G.; Leutgeb, I.; Francisci, N.; Pfeiffer, B.; Janig, H. 2011. Vom Pflegeheim ins Krankenhaus und wieder zurück. Eine multimethodale Analyse von Krankentransporten aus Alten- und Pflegeheimen. ZEFQ, 105. 714–722.

Kammerer, K.; Falk, K.; Heusinger, J.; Kümpers, S. 2012. Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 45. 624–629.

Kämmerer, A. 2012. Intervention bei Ängsten. In: Wahl, H.-W.; Tesch-Römer, C.; Ziegelmann, J. P. (Hrsg.). 2012. Angewandte Gerontologie. Interventionen für ein gutes Altern in 100 Schlüsselbegriffen. Stuttgart: 324–329.

Kolland, F.; Rohner, R.; Hopf, St.; Gallistl, V. 2018. Wohnmonitor Alter 2018. Wohnbedürfnisse und Wohnvorstellungen im Dritten und Vierten Lebensalter in Österreich. Innsbruck: StudienVerlag.

Klein, T. 1998. Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 31. 407–416.

Kruse, A. 2001. Selbstverantwortung im Alter – Möglichkeiten, Grenzen und Intervention. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 34. 345–347.

Kruse, A. 2005. Selbständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38. 273–287.

Kuckartz, U. 2016. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 3., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Lazarus, R. S.; Launier, R. 1981. Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hrsg.). 1981. Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen. Bern, Stuttgart, Wien: Hans Huber. 213–259.

Lehr, U. 2007. Psychologie des Alterns. 11., korrigierte Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

Maercker, A. 2002. Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin Heidelberg: Springer.

Mayring, Ph. 2015. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Mayring, Ph. 2016. Einführung in die qualitative Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Mischke, C.; Koppitz, A.; Dreizler, J.; Händler-Schuster, D.; Kolbe, N. 2013. Projekt Entra Eintritt ins Pflegeheim. Das Erleben der Entscheidung aus der Perspektive der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner. Interner Abschlussbericht.

Mischke, C.; Koppitz, A.; Dreizler, J.; Händler-Schuster, D.; Kolbe, N. 2015. Eintritt ins Pflegeheim: Das Erleben der Entscheidung aus der Perspektive der Pflegeheimbewohnerinnen und Pflegeheimbewohner, QuPuG 2015, 2 (1). 72–81.

- Motel-Klingebiel, A.; Ziegelmann, J. P.; Wiest, M. 2013. Hochaltrigkeit in der Gesellschaft des langen Lebens. Theoretische Herausforderung, empirisches Problem und sozialpolitische Aufgabe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 46. 5–9.
- Niedermayr, H. 2013. Der Eintritt in eine Altenpflegeeinrichtung – ein Relokationsprozess und seine Auswirkungen. Diplomarbeit. Universität Wien.
- Rupp, B. 2018. Langzeitpflege in Österreich – ambulant statt/vor/und/oder stationär? Ein Lagebericht (Teil 1). Pflegenetz. Das Magazin für die Pflege, 02. 31–33.
- Saup, W. 1990. Übersiedlung und Aufenthalt im Alten- und Pflegeheim. In: Mayring, Ph.; Saup, W. (Hrsg.). 1990. Entwicklungsprozesse im Alter. Stuttgart: Kohlhammer. 75–104.
- Saup, W. 1993. Alter und Umwelt. Eine Einführung in die Ökologische Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.
- Scheutz, M. 2010. Zum Transfer von städtischer Wiener Altersarmut auf das Land – das Wiener Versorgungshauswesen und seine ländlichen Außenposten Mauerbach, St. Andrä und Ybbs an der Donau. Wien: Universität Wien.
- Schneider, S. 1998. Warum ziehen älterer Menschen in ein Heim? Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. Sozialwissenschaften und Berufspraxis, 21 (2). 103–117.
- Schneekloth, U.; von Törne, I. 2007. Entwicklungstrends in der stationären Versorgung – Ergebnisse der Infratest-Repräsentativerhebung. In: Schneekloth, U.; Wahl, H. W. (Hrsg.). 2007. Integrierter Abschlussbericht. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in stationären Einrichtungen (MuG IV). Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation sowie Beispielen (sic) für „Good Practice“. Forschungsprojekt im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. München. 53–168.
- Schneekloth, U.; Wahl, H.-W. (Hrsg.). 2009. Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Versorgungssituation, Good Practice. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schütz, B.; Dräger, D.; Richter, S.; Kummer, K.; Kuhlmei, A.; Tesch-Römer, C. 2011. Autonomie trotz Multimorbidität im Alter – Der Berliner Forschungsverbund AMA. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 44. 9–25.
- Seifert, A.; Schelling H. R. 2011. Leben im Altersheim: Erwartungen und Erfahrungen. Eine Studie des Zentrums für Gerontologie im Auftrag von Altersheimen der Stadt Zürich (AHZ). Zürcher Schriften zur Gerontologie. Zürich: Zentrum für Gerontologie, Universität Zürich.

Thiele, C.; Feichtinger, L.; Baumann, U.; Mitmansgruber, H.; Somweber, M. 2002. Der Umzug ins Seniorenheim – Erfahrungen von Senioren und Angehörigen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 35. 556–564.

Wahl, H.-W.; Reichert, M. 1994. Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In: Kruse, A.; Wahl, H.-W. (Hrsg.). 1994. Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber. 15–47.

Wahl, H.-W., Kruse, A. 1999. IV: Aufgaben, Belastungen und Grenzsituationen im Alter, Gesamtdiskussion. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 32. 456–472.

Zank, S. 2002. Selbständigkeitsinterventionen. In: Maercker, A. (Hrsg.). 2002. Alterspsychotherapie und klinische Gerontopsychologie. Berlin, Heidelberg: Springer. 319–336.

Internetquellen

1. <https://www.ig-pflege.at/hintergrund/datenundfakten.php>, zugegriffen: 03.02.2019
2. <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=673>, zugegriffen: 03.02.2019
3. <http://www.nqz-austria.at/nqz-haeuser/zahlen-daten-fakten/>, zugegriffen: 03.02.2019
4. https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&dDocName=117147, zugegriffen: 03.02.2019
5. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/119857.html, zugegriffen: 29.01.2019
6. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/LrNO/20000950/N%C3%96%20Pflegeheim%20Verordnung%2c%20Fassung%20vom%2003.02.2019.pdf>, zugegriffen: 03.02.2019
7. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung/LrW/20000277/WWPG%2c%20Fassung%20vom%2003.02.2019.pdf>, zugegriffen: 03.02.2019
8. http://www.noe.gv.at/noe/Pflege/Anmeldung_und_Aufnahme.html, zugegriffen: 04.02.2019
9. https://www.fsw.at/downloads/broschueren/pflege_betreuung/PFLEGE.pdf, zugegriffen: 25.02.2019
10. https://www.th-koeln.de/mam/bilder/hochschule/fakultaeten/f01/skript_interviewsqual_inhaltsanalyse-fertig-05-08-2014.pdf, zugegriffen 22.05.2019
11. http://www.oepia.at/hochaltrigkeit/wp-content/uploads/2015/09/OEIHS_Kurzfassung_deutsch092015.pdf, zugegriffen 20.05.2019
12. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/gestorbene/022911.html, zugegriffen 04.06.2019
13. <https://page-one.springer.com/pdf/preview/10.1007/s12151-009-0150-1>, zugegriffen am 04.06.2019

Anhang A: Abstract (deutsch)

Der Eintritt einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit im Alter kann zu einem Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim führen und als Einschnitt in das vor kurzem noch selbstständig geführte Leben erlebt werden. Wie die Umzugsphasen von den Betroffenen gestaltet und erlebt werden, kann die Lebenssituation im Alten- oder Pflegeheim beeinflussen. Ein selbstbestimmter Umzug, die Bewahrung der Kontrolle über das Geschehen und die Teilhabe an Vorbereitungen und Entscheidungen kann die Bewältigung des Umzuges erleichtern.

In dieser Arbeit wird der selbstbestimmte Umzug in ein Alten- oder Pflegeheim in Anlehnung an Phasenmodelle des Umzuges mit Unterstützung von Leitfadenfragen-Interviews nach der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring untersucht.

Dabei ist wichtig, zeitgerecht Informationen über die Möglichkeiten der Pflege zu Hause und in Institutionen einzuholen, um beim Eintritt der Pflegebedürftigkeit vorbereitet und entscheidungsfähig zu sein. Die Herausforderungen in der neuen Umgebung, wie etwa körperliche und seelische Verluste durch den Umzug, können mit Unterstützung durch das Personal wie auch neue Bekanntschaften und durch Teilnahme an zur eigenen Persönlichkeit passenden Aktivitätsangeboten bearbeitet werden. Um äußere Strukturen und individuelle Kontinuität zu bewahren, werden soziale Kontakte gepflegt, vor allem zu Familie, Kindern oder Enkelkindern.

Eine engere Zusammenarbeit zwischen betreuenden Angehörigen und mobilen und stationären Betreuungssystemen wie auch die Schaffung barrierefreier Wohnräume können für die Betroffenen hilfreich sein.

Anhang B: Abstract (english)

Needing help and care in old age can lead to relocation to a rest or nursing home and be experienced as an incision in one's life which was only recently still led independently. The manner in which persons affected organize and experience the phases of relocation can influence the life situation in rest or nursing homes. A self-directed relocation, keeping in control of the events, and participation in preparations and decisions can help in coping with the relocation.

This paper examines self-directed relocation to a rest or nursing home based on phase models of relocation with the help of outline interview questions based on qualitative content analysis according to Mayring.

It is important to obtain timely information about the possibilities of care at home and in institutions to be prepared and able to make decisions when the need for long-term care arises. The challenges of the new environment, such as physical and emotional loss through relocation, can be addressed with support of staff as well as new acquaintances and by participation in activity offerings suitable for one's personality. In order to preserve external structures and individual continuity, social contacts are retained, especially with family, children, or grandchildren.

Closer cooperation between caring relatives and mobile and inpatient care systems as well as creation of barrier-free living quarters can be helpful for those affected.

Anhang C: Einverständniserklärung

Viola Gabriella Ambrus

<Adresse>

Datenfreigabe laut DSGVO

Ich, <Vorname> <Nachname>, geb. <Geburtsdatum>, stelle meine im Rahmen des Interviews mit Viola Ambrus erhobenen Daten zur Verwendung in der Masterarbeit „Selbstbestimmter Übergang ins Pflegeheim“ zur Verfügung.

Diese Einwilligung gilt nur, wenn die Daten anonymisiert verwendet werden.

<Ort>, <Datum>

<Unterschrift>

Anhang D: Leitfadenfragenkatalog

Entscheidungsfindungsphase/Vorbereitungsphase

- Erinnern Sie sich, wie es zur Entscheidung kam, ins Seniorenheim zu ziehen?
- Woran erinnern Sie sich aus der Vorbereitungszeit auf den Umzug?
- Wie lange haben Sie warten müssen, um ein Zimmer im Heim zu bekommen?
- Wie war die Wartezeit für Sie?

Umzugsphase/Wohnungsauflösung

- Wer hat Sie beim Umzug unterstützt?
- Was haben Sie aus der Wohnung mitgenommen?
- Was hätten Sie gern mitgenommen?

Kurze und lange Adaptationsphase/Eingewöhnungsphase

- Wie war das neue Zimmer für Sie?
- Wer hat Sie unterstützt, sich im Haus gut zurechtzufinden?
- An welchen Aktivitäten des Hauses nehmen Sie teil?
- Womit beschäftigen Sie sich noch?

Anhang E: Ober- und Unterkategorien

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 1	Zu Hause	Wie wurde der Alltag zu Hause vor dem Umzug bewältigt? Wie wurde Selbstständigkeit erlebt? Wurde Vorsorge getroffen durch Voranmeldung in einem Alten- oder Pflegeheim?
UK 1.1	Selbstständigkeit vor dem Umzug	Wie wurde die Alltagsbewältigung vor dem Umzug nach eigenen Angaben erlebt?
UK 1.2	Voranmeldung	Vorsorgeverhalten der Befragten
OK 2	Gründe für den Umzug	Gründe, ins Alten-oder Pflegeheim zu ziehen, wie gesundheitliche Beschwerden, die das Bleiben in der eigenen Wohnung nicht ermöglichen, Pflegesituation zu Hause, bauliche Hindernisse (Barrierefreiheit), Ängste (Angst vor Stürzen, Angst allein zu sein)
UK 2.1	Gesundheitliche Beschwerden	Gesundheitliche Beschwerden
UK 2.2	Pflegesituation zu Hause	Wie wurde die Pflege zu Hause organisiert? Wurden Familienangehörige als Pflegende in Anspruch genommen? Erfolgte Unterstützung durch mobile Dienste oder 24-Stunden-Pflege?
UK 2.3	Wohnungssituation	Wohnungssituation betreffend Barrierefreiheit und Raumgröße bzw. durch Tod oder Auszug des Ehepartners oder Lebensgefährten
UK 2.4	Ängste	Angst vor Stürzen, Angst allein zu sein
OK 3	Entscheidungsphase	Wie haben die Befragten die Entscheidungsphase betreffend den Umzug ins Alten- oder Pflegeheim erlebt?
UK 3.1	Freiwilliger Übergang	Entscheidung wurde alleine getroffen
UK 3.2	Rolle von Familie und Krankenhaus	Rolle von Familie und Krankenhaus in der Entscheidungsphase

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 4	Phase vor dem Umzug	Abschiednehmen von der Familie, Wartezeit auf das Wunschhaus/Wunschzimmer
UK 4.1	Reaktion der Familie	Wie haben die Befragten die Reaktion der Familie auf die Entscheidung erlebt, ins Heim zu ziehen?
UK 4.2	Wartezeit	Wartezeit auf den Umzug
OK 5	Umzug	Wer hat beim Umzug unterstützend gewirkt? Was wurde mitgenommen? Was passierte mit der bisherigen Wohnung oder dem Haus?
UK 5.1	Unterstützung beim Umzug	Wer hat beim Umzug unterstützend gewirkt?
UK 5.2	Unvollendeter Umzug	Fälle, wo der Umzug nicht vollständig stattgefunden hat, d. h. Gegenstände oder persönliche Dinge sind noch in Haus oder Wohnung geblieben
UK 5.3	Abschied von Wohnung oder Haus	Wie stehen die Befragten zur alten Wohnung/zum Haus? Besuchen sie noch manchmal die Wohnung/das Haus? Was ist mit der Wohnung/dem Haus passiert?
UK 5.4	Persönlicher Wohnraum im Heim	Einrichten des Zimmers im Heim. Was ist schon da, was fehlt noch, was wurde von der alten Wohnung/dem Haus mitgenommen?
UK 5.5	Gedanken und Gefühle zum Umzug	Gedanken und Gefühle zur Umzugssituation

Kategorienbezeichnung		Definition der Kategorie
OK 6	Adaption	Phase nach dem Umzug ins Alten- und Pflegeheim
UK 6.1	Kontakte zu MitbewohnerInnen und Pflegepersonal	Kontakte zu Mitbewohnern und Pflegepersonal
UK 6.2	Kontakte zur Familie	Kontakte zur Familie
UK 6.3	Unterstützung vom Heimpersonal	Unterstützung vom Heimpersonal
UK 6.4	Unterstützung von der Familie	Ausmaß und Bereiche, wo die BewohnerInnen im Heim Unterstützung von der Familie bekommen
UK 6.5	Selbstständigkeit im Heim	Alle Alltagstätigkeiten, die von BewohnerInnen im Heim durchgeführt werden, und Aussagen betreffend Selbstständigkeit und Ängste
UK 6.6	Teilnahme an Aktivitäten und sonstige Beschäftigungen, Rückzug, Abgrenzung	An welchen vom Heim organisierten Aktivitäten nehmen die Befragten teil? Welche nicht vom Heim organisierten Beschäftigungen? Wahrgenommene Möglichkeiten des Rückzuges und der Abgrenzung
UK 6.7	Vorurteile, Vorerfahrungen und aktuelle Sichtweisen zum Heim	Vorurteile, Vorerfahrungen und aktuelle Sichtweisen zum Heim
UK 6.8	Aktuelle Befindlichkeiten	Äußerungen über aktuelle Befindlichkeiten zum Zeitpunkt des Interviews
OK 7	Weitere Umzüge	Umzug innerhalb des Heims oder woanders hin

Anhang F: Tabelle mit Codierungen (Auszug)

OK 1	Phase vor der Entscheidung, ins Heim zu ziehen/Zu Hause Wie wurde der Alltag zu Hause vor dem Umzug bewältigt? Wie wurde Selbstständigkeit erlebt? Wurde Vorsorge getroffen durch Voranmeldung in einem Alten- oder Pflegeheim?
UK 1.1	Selbstständigkeit vor dem Umzug Wie wurde die Alltagsbewältigung vor dem Umzug nach eigenen Angaben erlebt?
„Jaa, also ich war vorher ganz selbstständig, hab keine Gehhilfe gebraucht, gar nichts“ (Int. 1: 5). „Habe ich gesagt, ich kann eh noch alles machen, ich war so selbstständig noch. Also ich habe wirklich niemanden gebraucht“ (Int. 1: 235–236). „Naja, ich bin ganz gut noch zurechtgekommen“ (Int. 2: 4). „Am Vormittag habe ich immer ein bisschen Arbeit gehabt, und am Nachmittag ist man dann eh frei, ja“ (Int. 2: 133–134). „Adenomyeloneuropathie. (...) Ich bin schon rausgefahren nach Deutschland damit, aber da ist es noch gegangen. Ich bin mit Rollator gegangen in Deutschland draußen, da hat es noch gepasst“ (Int. 3: 99–100). „Ich war immer viel alleine. Und ich war sowieso gewöhnt, und alles machen und (seufzt) so“ (Int. 7: 54). „Ich habe mich so stark immer gefühlt, und ich dachte, ich brauche <u>nie</u> ein Heim“ (Int. 8: 90–91). „Aber alles andere habe ich gemacht. Ich habe gekocht und bin einkaufen gegangen und habe jeden Tag gekocht, nicht nur oder nur aus dem Papier raus. Habe mich soweit immer gut gefühlt“ (Int. 8: 107–111). „Ja, sicher, alles, <u>Vormittag anschaffen, am Nachmittag selber</u> (...) (lächelt)“ (Int. 9: 71). „Ich war daheim. Ich habe vier Kinder gehabt. Mit neunzehn Jahren habe ich geheiratet. 1958 habe ich das erste Kind gehabt, Sechzigerjahr das zweite, Zweiundsechzigerjahr die dritte und dann im Achtundsechzigerjahr das vierte Kind. Ja, sind alle verheiratet. Einer hat sich aufgehängt mit zwanzig Jahren (weint, putzt sich die Nase). Also, er ist runtergefallen vom Dach. Er hat Spengler gelernt. Er ist runtergefallen vom Dach, weil es war ein Regentag. Ist auf (...) raufgefallen, und das hat er nicht (...). Naja, <u>so geht es im Leben</u>“ (Int. 9: 75–85). „Wir sind früher viel Wohnmobil gefahren, mein Mann und ich. Wir waren das halbe Jahr, wir waren eigentlich nur unterwegs, so Frühjahr, Sommer, Herbst. Und das geht mir ab, und dadurch habe ich in Wien fast keine Freunde. Eine Freundin, die im Haus wohnt, wo	

ich auch gewohnt habe, aber das ist eh erst vielleicht seit zwei Jahren, dass ich mit der näher zusammengefunden habe” (Int. 10: 113–117).

(Selbstständigkeit zu Hause) „Ja” (Int. 11: 11).

„Ich habe auf meine Enkeln aufgepasst, ich habe sie in die Schule gebracht, die sind nach der Schule nach Hause gekommen, bei mir gegessen, und die Mama hat sie dann am Nachmittag abgeholt. Und jetzt geht gar nichts mehr. Ich habe meine Schwiegermutter zu Hause gepflegt” (Int. 11: 60–62).

„Seinerzeit noch, und zu Hause zubereiten konnte ich noch die erste Zeit” (Int. 12: 9).

UK 1.2	Voranmeldung
---------------	---------------------

	Gab es schon eine Voranmeldung in einem Alten- oder Pflegeheim?
--	---

„Nein. Ich habe mich noch nirgends angemeldet, obwohl ma immer wieder schon Bekannte gesagt haben, die auch schon auch 97 Jahre sind (lacht). Ja, wir haben immer wieder gehabt, hörst, melde dich einmal an, du kriegst keinen Platz. Habe ich gesagt, ich kann eh noch alles machen, ich war so selbstständig noch. Also, ich habe wirklich niemanden gebraucht” (Int. 1: 233–236).

„Ja. Ja. Ja” (Int. 2: 55).

„Und durch das, dass ich schon angemeldet war” (Int. 7: 29).

„Meinen Mann habe ich dann überreden können, dass er sich mit mir gleichzeitig angemeldet hat, weil er war doch etwas älter als ich, also einiges älter, und was ist, wenn er pflegebedürftig wird, und ich kann ihm nicht mehr helfen? Da wollte ich vorsorgen, einfach nur sicher sein, ich habe ihm versprochen, so lange ich kann, gehen wir sowieso nicht, aber wenn ich nicht mehr kann und er pflegebedürftig wäre, dann sind wir da angemeldet” (Int. 10: 10–14).

„Nein” (Int. 12: 24).

„Wann geht man, ich meine normal, ich habe mich nie gekümmert um Pensionistenheime. Wir waren angemeldet, wie noch mein Mann gelebt hat, und das Haus, oh ja, das steht schon noch, aber ist die Verwaltung nicht mehr dort. Wir haben uns da angemeldet, wie mein Mann 60 war, haben wir gesagt: sicher ist sicher. Beide waren da angemeldet, und haben wir dann vergessen, und irgendwann sind wir aufgefordert worden, dass wir angemeldet sind, und wir müssen uns dann selber melden, wenn wir etwas brauchen oder nicht. Dann ist mein Mann gestorben, dann habe ich ihn abgemeldet dort, und dann ist das Haus, dann ist die Verwaltung in ein anderes Haus gekommen, die haben gebaut, und dort war, bin ich mal hingekommen. (...?) Ich bin dann mal hingegangen und hab gefragt, ob die Kataloge für (...?) Sie schaut nach, es war weder Anmeldung noch Abmeldung. Dann hat sie gesagt, sie brauchen sich nicht aufregen, denn wenn es wirklich so weit ist, kam man irgendwie was machen, dass sie auf jedenfalls etwas kriegen, wenn wirklich mal die Zeit ist” (Int. 8: 77–89).

OK 2	Gründe für den Umzug ins Alten- oder Pflegeheim Gründe, die es unmöglich machen, in der eigenen Wohnung zu bleiben, wie etwa gesundheitliche Beschwerden, die Pflegesituation zu Hause, bauliche Hindernisse, mangelnde Barrierefreiheit, Ängste wie die Angst zu stürzen, allein zu sein oder nach dem Tod des Ehepartners oder Lebensgefährten allein in der Wohnung zu bleiben
UK 2.1	Gesundheitliche Beschwerden
„Und ich war am Weg ins Labor, und wie ich über die Straße gehe, bin dann einen Schritt zurück, und auf einmal bin ich hingefallen“ (Int. 1: 7–8). „War ich erst im Allgemeinen Krankenhaus, und da bin ich operiert worden. Habe eine neue Hüfte bekommen, durch den, war ich, habe einen Oberschenkelhalsbruch gehabt“ (Int. 1: 13–15). „Da ist mein Blutdruck <u>nicht</u> mehr in der Höhe gegangen (...) Jetzt hat die Ärztin mir gesagt, ich soll einen Herzschrittmacher mir geben lassen, und ich habe es mir gedacht, ich habe noch nie was mit dem Herz gehabt. Und sie hat gesagt, es ist sehr gefährlich der Zustand“ (Int. 1: 21–25). „Habe ich den Herzschrittmacher eingepflanzt bekommen und bin dann nach, dann ein paar Tage, weiß jetzt, habe ich noch mal zur Untersuchung gehen, bin aber nach dem, also gleich am <u>Montag</u>, also am Sonntag operiert worden, und <u>am Montag</u> bin ich auf die Reha-Station gekommen“ (Int. 1: 32–35). „Bis ich einmal dann gestürzt bin, dann habe ich Oberschenkelhalsbruch gehabt, und dann natürlich, dann bin ins Krankenhaus gekommen“ (Int. 2: 4–5). „Das war eine lange <u>Durststrecke</u>. Ich war in <u>Deutschland</u> mit meinem Lebensgefährten und seiner Freundin, und die hätten mich <u>psychisch</u> fertiggemacht. Ich bin dann am fünften Jänner acht Meter runtergesprungen, wollte nicht mehr leben und bin aber angekommen, alles, wie wenn ich auf Wolken getragen wäre oder auf Händen getragen wurde. <u>Hatte meine Brille</u> so in der Hand und habe mir <u>das Knie</u> gebrochen“ (Int. 3: 4–8). „Wurde aber in kein Krankenhaus gebracht, weil mein Lebensgefährte und seine Freundin den Bauernhof verloren hätten, haben sie sich eingeredet. Und darum kam ich in kein Krankenhaus“ (Int. 3: 8–10). „Vor oder nach Weihnachten war ich, bin ins Spital gekommen nach (Ortsname), habe Lungenentzündung, und dann bin ich heimgekommen, und ich habe <u>Zucker</u>, und jetzt hab, ich hätte, ich soll mich spritzen, und die Tochter ist nicht (...?) und hat gesagt: Mutter, du hast heute zu wenig gespritzt. Geh, hab ich gesagt. Ich hab es jeden Tag gemacht, aber leider, na wirklich wahr. Dann ist sie (...?) arbeiten gegangen und hat gesagt: Du, weißt du was: die Mutter hat heute verspritzt, wir können sie nicht mehr <u>alleine</u> lassen“ (Int. 4: 7–12). „Da war ich noch in keinem Heim, also daheim in der Wohnung, und aus heiterem Himmel auf einmal schwarz geworden, und <i>ich bin schon gelegen</i>. Und das erste Mal, wie ich zu mir gekommen bin, hab mir denkt, was tue ich da am Fußboden, bin aufgestanden, und	

dann habe ich nichts gehabt. eigentlich gar nichts. Na, es ist mir schwindlig geworden. Und dann habe ich in ein paar Wochen wieder einmal, und dann ist mir (...?) die Enkelin gekommen, die Schlüssel zu der Wohnung gehabt hat, und auf einmal geht sie rein, und ich bin auf dem Boden gelegen. Und wenn sie, also wenn sie vorher schon da gewesen wär, und da wäre stundenlang niemand gekommen oder was, wenn ich beim Telefon nicht gemeldet hätte” (Int. 7: 19–27).

„Ich habe gesehen, ich kann nicht mehr, es muss was geschehen” (Int. 7: 63–64).

„Ich bin ganz normal, wie man öfter ins Spital kommt, gekommen, und ich war behandelt worden, und da hat’s begonnen mit Wasser in den Beinen, und das hat nicht so funktioniert mit Pulver, und dann bin ich gekommen in das Spital (Name des Spitals), bin ich gekommen, und da bin ich behandelt worden. Das Wasser ist zurückgegangen, war aber, ein bisschen was beim Herz gefunden, befunden oder gefunden, und das haben die auch behandelt, und dann bin ich noch in die Reha gekommen, das ist noch dort anschließend, in dem Spital dort darf man zwei oder drei Wochen bleiben und dann muss man gehen, weil das geht nicht länger. Aber ich bin so weit gesund gewesen, nur ich stehe auf, und ich kann plötzlich nicht gehen weder stehen, wieso kann kein Arzt bis heute erklären. Warum ich überhaupt nicht gehen kann, das versteh ich heute noch nicht, ich kann bis heute nicht gehen” (Int. 8: 3–13).

„Ich bin ein halbes Jahr gar nicht daheim gewesen, schon einmal, zweimal dazwischen bin ich daheim gewesen, drei Wochen, aber ich bin am sechsten Dezember operiert worden im Fuß, und vierzehn Tage später bin ich im Kreuz operiert worden, und dann war ich in (Ortsname), dann bin ich nach (Ortsname) gekommen (putzt sich die Nase). Dann bin ich nach heimgekommen, und dann bin ich auf Reha gekommen. Das war im Februar (2018). Und nach Reha bin ich wieder nach heimgekommen. Dann hab ich Ding gebraucht, dann hab ich wieder ins Krankenhaus müssen, wegen Schmerztherapie, weil der (...) Dann bin ich vierzehn Tage wieder in (Ortsname) gewesen, und dann bin ich, die vierzehn Tage sind so schnell vergangen. Sie haben gesagt, sie rufen an, ob was frei ist” (Int. 9: 7–25).

„Es ist zeitweise besser gewesen, ich habe Seminare besucht, um mich da ein bisschen rauszureißen, dann ging es eine Weile, und dann war es die gleiche Übel wieder. Und ja, vor Weihnachten war es, da habe ich nicht mehr daheim sein wollen. Da saß ich nur mehr depressiv, nur mehr in der Küche. Die Wohnung ist verludert, ich habe nichts mehr gekocht, ich habe nichts mehr essen wollen, ich habe gar nichts mehr wollen. Wenn ich mich in der Früh gezwungen habe aufzustehen, das eine Bein war noch draußen, das zweite lag noch oben im Bett, und so bin ich gesessen, von Gefühl nach fünf Minuten, dann habe ich auf die Uhr geschaut, es war eine halbe Stunde. Es kann nicht sein” (Int. 10: 16–23).

„Die Familie, wo meine Tochter jetzt dazu auch noch einheiratet, die ist in jeder Einzelheit. Es ist eine große Familie, so wie ich es einmal hatte. War natürlich auch mit ein Grund für meine Depressionen” (Int. 10: 79–81).

„Ich hatte im August voriges Jahr einen Schlaganfall, da konnte ich zu Hause natürlich nichts mehr machen. Die linke Seite ist ganz gelähmt” (Int. 11: 4–5).

„Na ja, das ist furchtbar, kannst nicht mehr allein aufs Klo gehen können. Immer Hilfe brauchen. Es ist nicht so schön” (Int. 11: 30–31).

„Weil ich irgendwie, oder warum kann ich nicht sagen, begonnen habe, dass ich gestürzt

bin. Ich bin vom Wohnzimmer ins Vorzimmer raus, und ohne dass mir schlecht oder schwindlig, bin einfach niedergefallen. Haben die Beine nachgelassen, oder ich weiß es nicht” (Int. 12: 10–13).

„Ich habe dann müssen operiert werden, weil ich einen Darmverschluss gehabt habe, und dann war ich, *wie heißt es, in (Ortsname)*, und ich meine, von den Kindern kann ich nicht verlangen, dass sie dauernd bei mir sind” (Int. 12: 19–21).

UK 2.2

Pflegesituation zu Hause

Wie wurde die Pflege zu Hause organisiert? Wurden Familienmitglieder als Pflegende in Anspruch genommen? Wurde Unterstützung von mobilen Diensten oder 24-Stunden-Pflege angenommen?

„Ich habe in meinem Zimmer gelebt, mein Lebensgefährte hat mir alles gebracht, seine Freundin wäre meine Pflegerin gewesen, hat nichts getan” (Int. 3: 12–13).

„Weil meine Schwiegertochter ist krank geworden, und sie hat es nicht mehr machen können” (Int. 6: 25).

„Und nachdem der Sohn geheiratet hat, Familie und alles Mögliche, und in die Arbeit gehen alle, also kann ich auf das nicht rechnen. Und ehrlich gesagt, eine Tagesbetreuung oder so, wie die 24 Stunden oder so was haben, das hätte ich mir nicht leisten können” (Int. 7: 64–66).

„Ich hätte jemanden, wen gebraucht, der nachschauen kommt” (Int. 7: 115).

„Also ich sage, ursprünglich wollte ich wieder nach heimgehen, nur jetzt im Laufe der Zeit, jetzt bin ich 93, nächstes Jahr bin ich 94, und so geht es weiter oder auch nicht, und dann, wenn ich ausrutsche daheim, flieg ich hin, komme ich wieder ins Spital, aber wer weiß wohin, und ohne Hilfe könnte ich überhaupt nicht sein. Jetzt hätte ich Heimhilfe oder irgendetwas, jetzt muss ich aber neu anfangen, eigentlich die ganze Wirtschaft selber machen. Ich muss sagen, was sie einkaufen soll, ich muss sagen, was wir heute essen oder was. Im Prinzip muss ich mich um alles kümmern. Ein Washtag fällt mir ein, gewaschen gehört, jetzt muss ich alles erklären (lächelt)” (Int. 8: 43–50).

„Ja, ich habe eine Pflegerin, eine Wohnungspflegerin. Ja, sie war da und dort und hat die Wohnung aufgeräumt” (Int. 8: 105–107).

„Eine, die hat gekocht für sechs Personen, alle Tage haben wir das gleiche Essen gehabt. Drei Tage mal immer das gleiche Essen gehabt. Nein (putzt sich die Nase). Sie hätte nichts als spazieren fahren wollen. Hat ein Rad gehabt, damit sie fortfahren kann” (Int. 9: 44–48).

„Erstens einmal, in der Nacht schon einmal, weil die Dame ist nicht aufgestanden. (...) Ich habe auch rufen können, sie ist nicht aufgestanden. Ob ich ganz nass war in der Früh, das war denen **wurscht**” (Int. 9: 175–180).

(Haben Sie mobile Dienste in Anspruch genommen?) „Nein, eigentlich nicht, ich konnte mich zu nichts aufrufen. Es war wirklich nur die reine Verzweiflung” (Int. 10: 44–45).

(Kommen Heimhilfe oder Krankenpfleger zu Ihnen nach Hause?) „Nein” (Int. 11: 14).

(Tochter als Pflegende) „Nein, die geht in die Arbeit” (Int. 11: 67).

„Die Tochter (...?) hat keinen Platz, bei der Schwiegermutter war's anders, da haben wir zwei Kabinette gehabt und ein Zimmer, und sie war in einem Kabinett. Es ist leichter gegangen" (Int. 11: 72–73).

„Ja, es ist eine Dame gekommen, die mir geholfen hat beim Duschen" (Int. 12: 8).

„Eingekauft haben die Kinder" (Int. 12: 8).

UK 2.3

Wohnungssituation

Wohnungssituation betreffend Barrierefreiheit und Raumgröße bzw. nach dem Tod oder Auszug des Ehepartners oder Lebensgefährten

„Und nachher habe ich keine, ich war, ich bin alleine und konnte nicht mehr allein in der Wohnung sein" (Int. 2: 5–6).

„Am 13. März ist er dann an Herzinfarkt verstorben, plötzlicher Herztod, und dann bin ich mit seiner Freundin alleine gewesen, und die hat mir wieder die Hölle auf Erden gemacht. (Int. 3: 13–15).

„Bin immer alleine" (Int. 4: 14).

(Wohnung war barrierefrei?) „Nein, nein. Wir haben ein Haus gehabt, und da ist der Sohn gestorben, und das hat sein Enkel bekommen, der hat's halt wollen, und jetzt hat's der andere Enkel ihm abgekauft, und er hat jetzt draußen, haben sie vielleicht schon gesehen, (Firmenname) auf der Bundesstraße. Und von dort bin ich her, und der Enkel hat so einen kleinen Betrieb, mit Most und so, und auch, wie sagt man, das Ausführen: Catering" (Int. 4: 53–57).

„Ich war vier, fünf Wochen in (Name des Krankenhauses) in Behandlung, und dann bin ich heimgekommen, und dann war ich aber allein im Haus, habe ich nicht mehr können, mir, ich habe wen gebraucht, war auf Hilfe angewiesen, und ja, ich habe mich gleich entschlossen, ins Heim zu gehen" (Int. 5: 4–7).

(Wohnung war barrierefrei?) „Es wäre nicht gegangen, weil bei der Haustür siebzehn Stufen waren" (Int. 5: 13).

„Nein, es war halt nicht, überall waren die Türschwellen oder wie man dann sagt. Und da hätte ich müssen mit Rollator, hätte ich in der Wohnung fahren können, aber es war immer ein Hindernis" (Int. 5: 17–19).

„Ich hab's schon länger im Sinn gehabt, weil der Mann ist schon drei oder vier Jahre in (Ortsname) in einem Heim. (...) Und ich war ein paar Jahre daheim" (Int. 7: 10–17).

„Schon, wir haben im ersten Stock gewohnt, und es war ein Aufzug, ein Lift" (Int. 7: 114).

„Dieses Alleinsein wäre nicht gegangen. (...) Und dann musst du für 24 Stunden, musst du einen Raum haben, den du zur Verfügung stellen kannst. Und wir haben nur eine Wohnküche gehabt, eine größere halt, so abgeteilt, der Wohnteil und Küche, Kredenz drinnen und so, was halt reingehört, und ein Schlafzimmer und Bad und Klo, wie es gehört" (Int. 7: 117–122).

„Und ich war gerne allein, überhaupt, es sind, viele Menschen gibt es, die's allein nicht aushalten, das gibt es auch, oder, ich bin, ich war jetzt ganze Jahre, mein Mann ist 92 ge-

storben, also ich war lange Witwe, bin ich schon, und war nicht schön (lächelt), aber bin in der Wohnung geblieben. Es ist interessant, ich hab alles lassen, wie es ist. Mein Mann könnte heute noch kommen, sein Nachtkastl aufmachen, seine Socken drinnen, es ist alles so noch. (...) Ich sage, ich werde noch eine schlechte Nachrede haben, wenn ich sterbe, weil die Kinder werden fürchterlich viel Arbeit haben. Das ist, eine Wohnung nur ein bisschen ausräumen, ist schon was" (Int. 8: 124–140).

„Ja, schon. Aber wir haben zuerst uns gut verstanden und *dann* (...?) (weint wieder stärker). (...) Ja. Ja. Ja, sie ist auch fertig mit ihrer Krankheit" (Int. 9: 160–164).

„Er war einverstanden und ist dann nach zehn Jahren gestorben. Also daheim, das ging ganz schnell. Er, von dem Schock habe ich mich noch nie erholt. Zehn Jahre lang nicht" (Int. 10: 14–16).

(Wohnung war barrierefrei?) „Nein. Stufen hinauf" (Int. 11: 38).

„Ich bin, erstens habe ich die Wohnung im zweiten Stock, ohne Aufzug konnte ich mit dem Rollator natürlich nicht mehr rauf und runter, und alleine ist auch nicht mehr gegangen" (Int. 12: 3–4).

„Schon, schon, und auch zur (...?), aber natürlich wäre es mir lieber gewesen, ich hätte in der Wohnung bleiben können. Aber es war leider nicht möglich. Weil immer nur in meiner Wohnung im zweiten Stock drinnen alleine sitzen. Ja, die Kinder kommen, wenn Arztbesuch angesagt war, wenn ich benötigt habe, sind sie gekommen und mit dem Arzt gesprochen. Aber natürlich ist ja wieder *jeder, in der Nacht war ich alleine*" (Int. 12: 104–108)

UK 2.4

Ängste

Angst zu stürzen, Angst allein zu sein

„Ich habe Angst vor Hinfallen" (Int. 1: 261).

„Aber die Wohnung auf jeden Fall ist da, und das macht mir auch ein gutes Gefühl, obwohl ich Angst habe, wenn ich sage, ich müsste dort hinkommen. Ich hätte Angst" (Int. 8: 56–58).

„Ich habe Angst gehabt, zur U-Bahn zu gehen, weil ich dort ja runterhupfen kann. Und da bin ich nur immer, nur so ganz so schnell hinein, und weil, da widerspricht ja mein Glaube. Ich bin sehr gläubig, und das kommt für mich nicht in Frage. Aber die Anziehung von diesem Dings war da" (Int. 10: 45–48).

OK 3

Entscheidungsphase betreffend Umzug ins Alten- oder Pflegeheim

Wie haben die Befragten die Entscheidungsphase erlebt?

UK 3.1

Freiwilliger Übergang

Entscheidung wurde allein getroffen

„Und ich war es anschauen (...) und das hat mir sofort gefallen. Und ich habe gleich gesagt: Jaa, jaa, jaa, jaa, das möchte ich (lacht), das Zimmer möchte ich. Und dann haben sie's mir gegeben (...), und dann bin ich dann zwei oder drei Tag, Tage später bin ich her-

gekommen" (Int. 1: 64–71).

„Ich habe gesagt. ich will zurück nach Österreich" (Int. 3: 15–16).

„Es war immer bei mir, dass ich ins Heim gehe" (Int. 4: 3).

„Sage ich, ja, gehen wir in Gottes Namen" (Int. 4: 18–19).

„Das war mein, ich bin ja nicht abgeschoben worden, sondern es war mein Wunsch, und seit ich jetzt da bin, seit November 2013 habe ich die beste Pflege, die es gibt" (Int. 5: 7–8).

„Und das war dann, dann habe ich mit Ro-, mit meinem Sohn dann ausgemacht, habe ich gesagt, so geht's jetzt nicht mehr" (Int. 7: 27–29).

„Und in meinem Kopf war immer schon, wenn ich daheim nicht mehr kann oder will, will ich ins Heim" (Int. 10: 9–10).

„Da habe ich mich müssen entschließen, dass ich hierher gehe" (Int. 12: 21).

UK 3.2	Rolle von Familie und Krankenhaus in der Entscheidungsphase
---------------	--

„Na, und ich hab zu meiner Tochter auch gesagt, ich möchte so in (Name eines Heims), wenn ich wohin muss, weil erst habe ich geglaubt, ich geh nach (Name eines Heims), da so irgendwohin. (Int. 1: 51–53).

„Und sie hat gesagt, Mutti, bitte mach das nicht, du kannst gehen, oder, also du kannst, wenn du hierher (haut mehrmals auf den Tisch) gehst in so ein Heim, dann kannst du jederzeit fortgehen, du bist ein freier Mensch. Und das hat sie mir so eingeredet, weil, also ich war nicht, ich hätt am liebsten sterben wollen. Aber das ist nicht so leicht gegangen. Und sie haben einem zugeredet und mich aufgemuntert, und dann war ich eigentlich guter Dinge. Und da hat sie dann auch hier (haut mehrmals auf den Tisch) einen Platz bekommen. Da hat sie angerufen, immer wieder, also schon ein bisserl penetrant (lacht). Na, und hat dann einen Platz bekommen und hat gesagt, also ich soll am So- und Sovielten, haben sie mich dann herzitiert zum Anschauen" (Int. 1: 55–62).

„Zur Entscheidung bin gar nicht ich persönlich gekommen, sondern das Spital" (Int. 8: 3).

„Die Kinder haben auch gesagt, die Kinder wollen mich sicher nicht ins Heim geben, oder, das war überhaupt nicht. Aber zu den Kindern wollte ich auch nicht kommen, der eine lebt in der Schweiz und der andere in Salzburg. Aber ich, ich war immer zu Weihnachten in Salzburg, und da bin ich schon immer Mitte Dezember gekommen und erst Mitte Februar zurück, und alles gemacht und alles schön, aber ich bin wieder gern nach heimgefahren. Also, ich (...?) mein Sohn nach heimgebracht wieder, und das Leben ist weitergegangen" (Int. 8: 124–129).

„Also direkt vom Spital hergekommen, ich habe das nicht momentan so entschieden, aber es wurde entschieden" (Int. 8: 192–193).

„Na ja, haben sie dann gesagt, geben sie mich ins Heim" (Int. 8: 10).

„Ja, die Kinder. Die haben gesagt, es wird besser gehen wie daheim. Ja. Und dann bin ich, es ist so schnell gegangen, ich bin hergekommen. Ich bin nicht mehr nach heimgekommen" (Int. 9: 27–30).

„Nein, die haben es gar nicht probiert“ (Int. 10: 220).

„Meine Tochter hat gleich um einen Platz da umgeschaut“ (Int. 11: 14).

„Na. und nach dem dann, was geschieht mit mir? Und da hat meine Tochter also mir das geregelt, dass ich in der Nähe in die (Ortsname), das einzige, wo ein Platz frei war. Bin ich so, in so ein Probezimmer gekommen“ (Int. 1: 39–41).

„Es war nicht schön, sage ich echt ehrlich, dass es war, das war dort ganz anders. Dort war es ein Probezimmer, also furchtbar, vier Sessel und Tisch, ein großer Tisch mit Sitzgelegenheiten, also ich habe gar nicht so viel gebraucht. Und dann habe ich auch die Pflege-, dann ist dieser Arzt gekommen, hat, die Pflegestufe drei habe ich bekommen. Und die haben mich wohl geduscht und gewaschen und also gepflegt. Aber sie waren nicht sehr nett, also die einzige die Küche, die Speisen gebracht hat, die war, die war sehr nett und freundlich, aber die Schwestern, also die Pflege“ (Int. 1: 43–48).

„Am 1. November sind wir dann nach Österreich gefahren, und da wollte ich in die Psychiatrie (Ortsname). Indem ich aber eine niederösterreichische Gebietskrankenkasse hatte, wurde ich nicht angenommen, sondern kam nach (Ortsname)“ (Int. 3: 16–19).

„Also so war es nämlich, also da war ich im Spital, und ich stehe auf, und ich kann nicht gehen. Jetzt sagen die Ärzte, oder ich weiß nicht, wer was gesagt hat: Na, was machen wir jetzt, weil so können wir sie nicht heimschicken. Weil ich bin allein daheim, so können wir sie nicht heimschicken. Dann hat er nach zwei Tagen gesagt, Sie kriegen eine andere Abteilung, in zwei Tagen kommen sie an eine andere Abteilung, wo sie auch weiter gepflegt werden. Ja, gut. Zwei Tage haben sie mich auf eine andere Abteilung gebracht, haben sie mir ein Bett gegeben, und ich bin dort im Bett gelegen. Ich bin erst darauf gekommen, die kleinste Erwachung, ich habe dann gewusst, in welchem Bett ich liege. Ich habe mich erschrocken, wie heißt jetzt da oben, (Name des Krankenhauses), dann war ich im Rollstuhl, und ich habe das überhaupt nicht fassen können. Weil ich war im Spital, war öfter im Spital, und da kommt man dann heim, und das Leben geht weiter“ (Int. 8: 32–41).

„Und dann ist es so gekommen. Bin gar nicht gekommen, ich wurde gebracht vom Spital direkt her“ (Int. 8: 95–96).

„Ich bin ins Spital gekommen, und meine Schwiegertochter hat einen Krebs gehabt, hat den Krebs“ (Int. 9: 7–8).

„Nach der Reha bin ich da hergekommen“ (Int. 11: 19).

„Da war ich auch kurz, auf der Bettenstation, aber da war nicht so viel Möglichkeit für die Therapien als da. Und da hat meine Tochter sich bemüht, dass ich einen Platz krieg, es ist nicht so einfach“ (Int. 11: 122–123).