

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Aushandlungsprozesse im Alltag

Care in der Praxis eines österreichischen Pflegeheims

verfasst von | submitted by

Katharina Ruiss, BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2024

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 810

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Kultur- und Sozialanthropologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Tatjana Thelen M.A.

Danksagung

Ich möchte den Menschen danken, die mir geholfen haben, die verschiedenen Herausforderungen während dem Schreiben dieser Masterarbeit zu meistern.

Ein herzliches Dankeschön geht an meine Betreuerin Tatjana Thelen, die mich mit ihrer Expertise, ausführlichem Feedback, Vorschlägen und Motivation durchgehend während der Entstehung dieser Masterarbeit unterstützt hat.

Ich bedanke mich bei dem Pflegeheim und dem Team des Wohnbuddy Projekts dafür, dass ich Teil davon sein durfte und diese wertvolle Erfahrung des intergenerationalen Wohnens machen konnte. Ein besonderes Dankeschön geht an die Leitung des Pflegeheims, die meine Feldforschung ermöglicht hat. Außerdem möchte ich allen Menschen danken, die ich durch das Projekt kennenlernen durfte, PflegerInnen, Sozialbegleiterinnen, Angehörige, BesucherInnen, Ehrenamtliche, MitarbeiterInnen im Büro, Heimhilfen, all jene die mir den Einstieg ins Feld erleichtert haben. Sie haben nicht nur meine Masterarbeit möglich gemacht, sondern auch das Jahr, in dem ich dort gewohnt habe, bereichert. Ein Dank geht an die Wohnbuddys, die mich sehr herzlich als Teil des Projektes aufgenommen haben und mittlerweile sehr gute Freundinnen geworden sind. Außerdem möchte ich mich bei meinen Eltern und meinem Bruder für deren Unterstützung vielmals bedanken.

Bei Jakob Kutschera und Johanna Köck bedanke ich mich für die Motivation und das Korrekturlesen der Arbeit.

Vielen Dank für die emotionale Unterstützung und das Verständnis bei stressigen Zeiten während meiner Masterarbeit und generell dem Studium an Viktoria Plank, Lena Springer, Annika Fischer, Miriam Plank, Anna D'Agostino und Rafael Leite Patrão.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei Katharina Müllebnier bedanken, die mir ermöglicht hat, über die Arbeit bei ihr als persönliche Assistentin zu reflektieren und meine Gedanken diesbezüglich einen wichtigen Teil der Arbeit werden zu lassen. Zudem hat sie mich damals auch vor dem Einzug ins Projekt emotional unterstützt und motiviert, diesen Schritt zu wagen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
2. Methoden	4
2.1 Ethische Überlegungen und Vorgehensweisen	4
2.2 Teilnehmende Beobachtung	5
2.3 Gedächtnisprotokoll und Notizen	6
2.4 Feldforschungstagebuch	7
2.5 Interviews	8
3. Care	10
3.1 Logic of Care	16
4. Aushandlungsprozesse unter dem theoretischen Rahmen des Willens	18
4.1 Der Wille	18
4.2 Agency	20
4.3 Personenkonzepte und der Wille	24
5. Positionalität.....	28
5.1 Rollenverschiebung.....	30
6. Auswertung.....	36
6.1.1 “Ich will am Leben teilnehmen”	39
6.1.2 “Ich will mich körperlich wohlfühlen”	47
6.1.3 “Ich will mich sicher fühlen”	57
6.1.4 “Ich esse und trinke mit Genuss”	61
6.2 Das unabhängige und selbständige “Ich”	64
6.2.1 Active Ageing.....	69
7. Conclusio	73
7.1 Grenzen der Untersuchung	75
8. Literaturverzeichnis	77
10. Abstract Deutsch	81
11. Abstract English	82

1. Einleitung

Am Sonntag, den 18. Juni 2023, war ein sehr warmer Tag, die BewohnerInnen hatten zum Teil T-Shirts an, so wie Lara und ich. (Dem ist die Beobachtung hinzuzufügen, dass ältere Menschen, die sich nicht mehr so viel bewegen, oft auch im Sommer noch eine Weste oder ein langärmeliges T-Shirt tragen). Lara ist eine weitere Studentin, die damals bereits drei Jahre im Heim lebte. Da am Wochenende keine Sozialbegleiterinnen (in diesem Heim waren es Frauen) arbeiteten, übernehmen wir an diesem Sonntag die Freizeitaktivität und den Besuch der Hühner aus der Nachbarschaft. Wir treffen uns, etwas früher als üblich, um 10.00 Uhr, da um 12.00 Uhr schon das Mittagessen ausgeteilt wird und damit wir mehr Zeit für das Herrichten von Sesseln und dem Holen der BewohnerInnen in den Garten auf Ebene Grün haben. Lara hat eine Kamera mit einem Band umgebunden und macht an diesem Tag Fotos, wie sie es auch oft bei sonstigen Aktivitäten, Feiern und Festen tat. Auf dem Weg in die Station erzählt sie mir, dass die Station Grün "schwimmt", da sie so unterbesetzt sind. Lara war in ihrer Zeit als aktiver Wohnbuddy auf der Station Grün eingeteilt, daher kennt sie diese Station am besten. Wir gehen hinein, es wirkt recht ruhig, die PflegerInnen sind vermutlich gerade bei der Pflege. Wir gehen ins Zimmer von Herrn Schmid ¹, der noch bzw. wieder im Bett lag. Er erkannte uns von weitem nicht und begrüßt uns nur, wir gehen näher auf ihn zu und obwohl er uns kannte und schon öfter im Heim gesehen hat, stellen wir uns nochmal vor. Lara sagt, dass sie Studentin ist, er fragt, ob sie Klavier spielen wird, Lara antwortet: "Nein, heute nicht". Ich stand daneben und spielte öfters mit dem Bewohner Schach und meinte, dass ich Studentin und Schachspielerin bin. Lara meint, dass wir heute wegen den Hühnern gekommen sind und fragen wollten, ob er Lust hat, hinaus in den Garten zu den Hühnern zu gehen. Er sagt: "Hühner abstechen". Lara reagiert humorvoll mit: "Dann kommen Sie mit zum Hühner abstechen". Wir gehen schon vor und bereiten im Garten die Stühle vor und später kommt auch Herr Schmid hinaus, den wir zuvor überredet hatten.

Diese Situationsbeschreibung stammt aus meiner Feldforschung in einem Pflegeheim in Österreich. Meine Forschungsfrage während der Forschung lautet: "Wie wird Care in einem Pflegeheim in Österreich in der Praxis verstanden?" Die Situation bietet vor allem einen Einblick in die Aushandlungsprozesse in Care-Beziehungen, die tagtäglich in diesem Pflegeheim stattfinden und auf die ich hinsichtlich meiner Frage auch näher eingehen möchte. Ausgehend von Driessen geht es im Zuge dieser Aushandlungen insbesondere darum, dass das,

¹ Alle Namen in diesem Dokument sind pseudonymisiert.

“was ein/e BewohnerIn möchte, nicht immer mit den Wünschen der Pflegekraft übereinstimmt” (Driessen 2018, 112).

Die Konzepte, die in dieser Arbeit vorkommen sind von verschiedenen österreichischen Pflegeorganisationen und haben die Funktion als Leitbilder für Wünsche und Bedürfnisse, die in alltäglichen Situationen in einem Pflegeheim vorkommen, zu dienen. Basierend auf den Leitbildern, untersuche ich insbesondere die Bereiche Ernährung, Sicherheit, Körperpflege und Freizeit. Ich analysiere welche Werte hinter dem Leitsatz: “Ich esse und trinke mit Genuss” oder “Ich will mich körperlich wohlfühlen” stecken. Gleichzeitig beleuchte ich, wie diese in dem vorliegenden von mir untersuchten Pflegeheim umgesetzt werden und welche Wünsche und BewohnerInnen von diesem Leitbild ausgeschlossen werden.

Diese erwünschten Leitbilder, so argumentiere ich, sind kulturell geprägt. Anhand des Konzepts des “Willens” bzw. der “agency” wird der Versuch unternommen, sich theoretisch der Frage anzunähern, was kulturell gewollt wird. Auf diese Weise lassen sich die kulturellen Einflüsse auf die gegensätzlichen Wünsche der BewohnerInnen und ihrer InterakteurInnen in einem Pflegeheim ermitteln. Murphy und Throop weisen in ihrem Sammelband auf die Notwendigkeit weiterer anthropologischer Untersuchungen des Willens in kulturellen Kontexten hin (Murphy and Throop 2010, 27). Zudem arbeite ich Personenkonzepte des Willens aus, und zwar jene des Individuums und Dividuums.

Die wachsende Generation von Personen im höheren Alter stellt eine relevante Komponente dar, vor allem im Bereich von Care in SeniorInnen- und Pflegeheimen. Henderson beschreibt die Aktualität des Themas aufgrund der 80+ Generation, die die am meisten wachsende Generation weltweit ist (Henderson 2003, 157). Wancata und andere erwähnen in ihrem Artikel, dass die Zahl der Demenzkranken im Jahr 2000 bei 7,1 Millionen lag. Demenzerkrankungen treten vorwiegend im höheren Alter auf und Prognosen zufolge wird diese Zahl im Jahr 2050 auf etwa 16,2 Millionen Demenzkranke ansteigen. Die Zahl der neuen Demenzfälle pro Jahr wird von etwa 1,9 Millionen im Jahr 2000 auf etwa 4,1 Millionen im Jahr 2050 ansteigen. Im Gegensatz dazu wird die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter in den nächsten 50 Jahren deutlich abnehmen (Wancata et al 2003, 306).

Eine Statistik aus Deutschland zeigt, dass im Jahr 2021 nur 4 % der Bevölkerung im Alter von 65 Jahren und älter in Pflegeheimen lebten². In Österreich dagegen leben nach Angaben der

² https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/09/PD21_N057_12411.html, abgerufen am 20.03.2023

Volkshilfe, einer nationalen und internationalen Hilfsorganisation, 17 % der Bevölkerung in Pflegeheimen ³.

Unter dem Gesichtspunkt der wachsenden Generation von Demenzkranken, geht Kroisleitner davon aus, dass bis 2050 der Personalmangel in der Betreuung der älteren Generation stark ansteigen wird (Kroisleitner 2019). Hinzu kommen fehlende Investitionen in das Pflegesystem und der Faktor der sinkenden Geburtenrate in Österreich (Zeman et al 2019). Daher ist davon auszugehen, dass die Bedeutung von Pflegeheimen zunimmt. Zusätzlich stelle ich mir dabei unter anderem die Frage, wo die Grenze zwischen Kontrolle und Care liegt und wie die Kontrolle in der Praxis durchgeführt wird.

Die vorliegende Untersuchung zielt darauf ab, die Auswirkungen der Denkweisen in Verbindung mit aktivem Altern – im Sinne von physischer Aktivität, wie seitens der WHO plädiert (WHO 2002), und dem verlängerten Arbeitsalter, wie es von der EU (EC 1999) vorgesehen wird – auf die täglichen Entscheidungen und Handlungen im Pflegeheim zu beleuchten. Dies betrifft gleichermaßen den Willen der Pflegekräfte, Angehörigen, BesucherInnen und BewohnerInnen.

³ https://www.volkshilfe.at/fileadmin/user_upload/Media_Library/PDFs/Sonstiges/fakten_pflege_demenz.pdf,
abgerufen am 20.03.2023

2. Methoden

Mit der Verschiebung der Rollen habe ich auch die Anwendung der Methoden geändert, so hatte ich zu Beginn zum Thema Wohnbuddy vorwiegend Interviews geführt. Zum Thema des Aushandelns bei Care habe ich mich zunehmend auf die teilnehmende Beobachtung und anschließende Gedächtnisprotokolle per Sprachaufnahme am Handy, die ich erst später verschriftlicht habe, fokussiert.

2.1 Ethische Überlegungen und Vorgehensweisen

Selbstverständlich wurde die Erlaubnis für die Untersuchung mit der Direktion, der Hausleitung sowie der Stationsleitung auf der Ebene, in der ich die Beobachtungen zur Pflege durchgeführt habe, eingeholt. Außerdem habe ich allen Personen, mit denen ich im Rahmen der Forschung in Kontakt gekommen bin, im Vorfeld geklärt, dass ich eine Masterarbeit schreibe und in diesem Rahmen nachgefragt, ob es in Ordnung ist, Daten zu erheben und diese für diese Arbeit zu verwenden. Beobachtungen habe ich nur nach Erhalt der Erlaubnis durchgeführt.

Mit einer Dame, die an Demenz erkrankt ist und eine Erwachsenenvertretung hat, habe ich zuvor über den Besuchsdienst im Zuge eines Telefonats abgeklärt, ob es in Ordnung ist, dass ich anwesend bin und Beobachtungen für meine Masterarbeit mache und diese anschließend in der Arbeit verwende. Überdies habe ich bei den Treffen mit jener Dame mehrmals, mindestens zweimal pro Treffen, zu Beginn und bei der Verabschiedung des Besuchs erwähnt, dass ich dankbar bin, dass sie mir bei meiner Masterarbeit helfen, bzw. dass ich die Beobachtungen anonymisiert für meine Masterarbeit verwenden werde. Bei der ersten Begegnung fragte ich die demenzerkrankte Bewohnerin, ob es in Ordnung sei, wenn ich dabei wäre. Am Ende der Treffen fragte ich, ob es in Ordnung ist, wenn ich beim nächsten Besuch wiederkomme. Auch bei jenen Situationen mit der Dusche von Herrn Evers (siehe Kapitel “6. Auswertung”) oder bei dem Ehepaar Müller wurde die Erhebung und Erlaubnis sowieso ein Thema während der Treffen. Teilweise wurde auch thematisiert, auf was ich mich bei den Beobachtungen in etwa fokussiere und wie sich eine qualitative Forschung gestaltet.

Bei den Interviews habe ich den Befragten im Voraus eine Einverständniserklärung gegeben, in der die meisten, wenn auch nicht alle, eine anonymisierte oder pseudonymisierte Verwendung ihrer Daten wünschten. Für einige hätte ich die Daten nicht zwingend anonymisieren müssen.

In einer Situation, in der viele MitarbeiterInnen bereits Bescheid über mein Vorhaben wussten und sie mich gefragt haben, ob ich an einer Situation teilnehmen möchte, habe ich mein Forschungsvorhaben zu Beginn der Situation nicht nochmals erklärt. Hier ist einmal eine Mitarbeiterin dazu gestoßen, die ich noch nicht informiert hatte. Leider ist mir erst im Nachhinein aufgefallen, dass ich diese Situation in meiner Masterarbeit nutzen möchte, daher habe ich die bis dahin uninformierte Person im Nachhinein kontaktiert und um ihr Einverständnis gebeten. Auf die Verwunderung der unwissenden Person hin habe ich erklärt, um welche Situation es sich genau handelt und hatte großes Glück, dass die Person zugestimmt hat. Ethisch gesehen wäre es hier besser und richtig gewesen, zu Beginn der Situation noch einmal zu sagen, warum ich da bin und alle noch einmal, um ihr Einverständnis zu fragen. Es handelte sich um eine sehr stressige Situation kurz vor dem Mittagessen, als eine BewohnerInnensitzung stattgefunden hat (auf die ich in dem '6. Auswertungs-Kapitel' näher eingehen werde). Jedoch habe ich dadurch für mögliche zukünftige Forschungsvorhaben gelernt, dass in Gruppensituationen, so stressig sie auch sein mögen, eine ethisch korrekte anthropologische Vorgehensweise notwendig und wichtig ist und dies bedeutet, die Forschungssubjekte zu schützen und dementsprechend im Vorhinein zu informieren. Insgesamt habe ich versucht, ethisch korrekt zu forschen, indem ich wiederholt nachgefragt und deutlich gemacht habe, dass ich die Masterarbeit schreibe und die Daten verwende, außer in einer Situation, in der ich erst im Nachhinein um Zustimmung gebeten habe.

2.2 Teilnehmende Beobachtung

DeWalt und DeWalt beschreiben die teilnehmende Beobachtung als eine qualitative Methode von vielen:

“Qualitative research has as its goal an understanding of the nature of phenomena, and is not necessarily interested in assessing the magnitude and distribution of phenomena (i.e., quantifying it). Participant observation is just one of a number of methods that are employed to achieve this kind of understanding. Other qualitative methods include structured and semi-structured interviewing, pure observation, and the collection and analysis of texts. The method of participant observation is a way to collect data in naturalistic settings by ethnographers who observe and/or take part in the common and uncommon activities of the people being studied” (DeWalt und DeWalt 2011, 2).

Die teilnehmende Beobachtung bietet laut DeWalt und DeWalt ein Verständnis der grundlegenden Prozesse des sozialen Lebens. Sie liefert den Kontext für Stichproben, offene

Befragungen, die Erstellung von Interviewleitfäden und Fragebögen und andere strukturierte und quantitative Methoden der Datenerhebung. Dennoch ist sie selten die einzige Methode einer ethnographischen Forschung. Was die Methode jedoch ausmacht, ist:

“To differing extents, each of these ethnographers practiced the method of participant observation by living in the community, taking part in usual and unusual activities, ‘hanging out,’ and conversing (as compared with interviewing), while consciously observing and, ultimately, recording what they observed. The participating observer seeks out opportunities to spend time with and carry out activities with members of communities in which he or she is working” (DeWalt und De Walt 2011, 4).

In den Worten von Breidenstein et al liegt die Besonderheit der teilnehmenden Beobachtung daher in folgendem:

“Die ethnografische, in diesem Fall von der Ethnomethodologie inspirierte Analyse richtet sich auf die Explikation der Regeln alltäglicher Interaktion, die die Teilnehmer zwar kennen und befolgen, aber nicht explizit wissen” (Breidenstein et al 2020, 167).

Dem Verständnis nach kann man anders als bei Interviews bei der teilnehmenden Beobachtung alltägliche Routinen oder Beschäftigungen wahrnehmen, die in Interviews teilweise gar nicht vorkommen, da sie so selbstverständlich für die Beforschten sind, dass sie nicht kommuniziert werden können; sie müssen beobachtet werden. Es sind Situationen, die für den Interaktionspartner und mich nicht logisch sind, sondern komisch, witzig, unangenehm oder ungewohnt und über welche die Forschungssubjekte in einem Interview vielleicht auch nicht erzählen wollen oder können. Da diese ungewöhnlichen Situationen für die Beforschten gar nicht erwähnenswert sind, wie beispielsweise jene Beschreibung zur Verwunderung darüber, dass ich den Küchenwagen geschoben hatte.

DeWalt und DeWalt beschreiben diese Besonderheit folgendermaßen:

“Because enculturation takes place (Schensul et al. 1999) at the same time (it is hard to avoid), we believe that a tacit understanding of the experience is also being developed. It is an understanding that is not easily articulated or recorded, but that can be mobilized in subsequent analysis” (DeWalt und DeWalt 2011, 4f.).

2.3 Gedächtnisprotokoll und Notizen

Sprachaufnahmen zu den Beobachtungen, die ich vorwiegend bei den Besuchenden (Angehörige oder jene Besucherin von Jung und Alt ⁴) durchgeführt habe, habe ich entweder

⁴ <https://www.jungundalt.at/>, abgerufen am 22. 02.2024

direkt in meiner Wohnung oder im Wald neben dem Seniorenheim aufgenommen. Da der Wald in etwa 2-3 Gehminuten entfernt und ruhig war, ging ich meistens zur selben Stelle, um dort alles, was ich während der Beobachtungen wahrgenommen habe, wiederzugeben und mit dem Handy aufzunehmen. Ich versuchte jedes Detail des Gesagten, genaue Beschreibungen von Personen, ihre Mimik, die Reihenfolge der Geschehnisse und Uhrzeiten festzuhalten. Meistens dauerten die Aufnahmen genauso lange wie die Beobachtungen selbst. Hinzu kamen kurze Notizen, die ich ebenfalls auf meinem Handy verfasst habe, entweder vor den Beforschten (wie bei den BesucherInnen) oder bei Beobachtungen in der Pflege, beispielsweise in einer kurzen Pause auf der Toilette oder im Schwesternzimmer. Vor allem zu Beginn versuchte ich nicht zu offensichtlich zu zeigen, dass ich sie beobachte, auch wenn ich es so kommuniziert habe. Außerdem wollte ich nicht unhöflich erscheinen, indem ich auf mein Handy starre. Ich habe versucht, durch meine Präsenz im Moment lernwillig zu sein.

Die Notizen und Sprachaufnahmen dienten der Zusammenfassung der Geschehnisse und als Erinnerungstütze. Mit der Ausarbeitung und Verschriftlichung dieser Notizen und Sprachaufnahmen befasste ich mich nach Abschluss der Datenerhebung, auch wenn ich vereinzelt Notizen oder kurze Anmerkungen zwischendurch hinzugefügt habe.

2.4 Feldforschungstagebuch

Was untrennbar zur teilnehmenden Beobachtung dazugehört ist das Feldforschungstagebuch oder ein Journal; dieses habe ich zuerst getrennt von meinen restlichen Notizen gehalten und auch händisch geführt. Nach kurzer Zeit habe ich dies jedoch aufgegeben und in meinen Daten zusammengefasst, weil einerseits das Tippen am Computer schneller war als mit der Hand und andererseits merkte ich, dass die Daten der Feldforschung von den eigenen Emotionen und Wahrnehmungen nicht zu trennen sind. So auch DeWalt und DeWalt:

“Now to ‘fess up’, we do not keep diaries in the field. While we believe that keeping a diary can be important for both personal and analytic reasons, neither of us has felt that we had the time to keep a separate diary. Some of what would ordinarily go into a diary is recorded as part of our field notes. The advent of computers has made it easier to manage written records that contain several ‘genres’ of field recording in a single document or file” (DeWalt und DeWalt 2011, 169).

2.5 Interviews

Jene Interviews, die ich sowohl zum Thema Wohnbuddy, als auch zur Aushandlung in der Pflege durchgeführt habe, habe ich mit einem Leitfaden vorbereitet. Obwohl die Leitfäden sehr genau ausgearbeitet waren, mit Haupt- und Unterfragen, so versuchte ich dennoch, während des Interviews meinem Gegenüber Raum zu lassen, damit dieses auch entscheiden kann, welche Themen wichtig sind. So kam es beispielsweise auch dazu, dass bei den Interviews zum Thema Wohnbuddy auch andere Themen zur Sprache kamen. Zum Beispiel wurde die Art, wie man mit den BewohnerInnen kommunizierte und versuchte, sie zu einer Aktivität zu überreden bzw. etwas einvernehmlich auszuhandeln, angesprochen. DeWalt und DeWalt erwähnen dies in ähnlicher Weise:

“When a formal set of questions is used in an open-ended way, we can refer to the result as structured interviewing. In this, the questions asked by the interviewer are scripted although the responses of the person can be relatively open-ended” (DeWalt und DeWalt 2011, 139).

Während einige der (ehemaligen) Wohnbuddys sich für ein Interview bereit erklärten, stellte sich heraus, dass ich bei Interviewanfragen des Pflegepersonals eher auf Widerstand stieß.

Während mir mit der Zeit einige wenige Interviews auch mit dem Pflegepersonal gelungen sind, war es mir trotzdem ein Anliegen, dass sich die Interviewten wohl fühlen. So zeigte sich beispielsweise bei einem Interview, dass die befragte Pflegerin, nachdem ich ihr erklären wollte, wie die Aufnahme auf meinem Handy funktioniert, dass sie gar nicht aufgenommen werden möchte. Daraufhin versuchte ich ihr zu erklären, dass es anonymisiert wurde, sie meinte dennoch, dass sie dann zu stottern beginnen würde. Daraufhin meinte ich: “Ok, dann schreibe ich mit, wenn das passt”. Außerdem fügte ich zu Beginn jedes Interviews hinzu, dass die Befragten nicht antworten müssen, wenn sie nicht wollen bzw. auch eine Frage auslassen können. Neben “Informed consent” und “Right to privacy”, was die Anonymisierung bedeutet, müssen die Beforschten auch nicht alle Fragen beantworten. In der Einverständniserklärung, die die Interviewten vor dem Interview unterschreiben, steht beispielsweise folgendes: “Es ist mir bewusst, dass meine Teilnahme an der Datenerhebung freiwillig ist und ich diese jederzeit ohne Angaben von Gründen beenden kann” (vgl. DeWalt und DeWalt 2011, 218ff.).

Interviewtechniken wie “Active Listening” oder “Sensitive Silence” habe ich ebenfalls angewendet. Bei diesen geht es vor allem darum, sich zurückzuhalten, um der anderen Person genügend Raum zum Reden zu geben, aber gleichzeitig während des Gesprächs aktiv zu bleiben und Interesse zu zeigen (DeWalt und DeWalt 2011, 142f.). Weitere Techniken wie “Repetition Feedback”, “Naive Questions” etc. habe ich nicht bewusst, eher intuitiv eingesetzt,

diese werden von Dewalt und DeWalt ebenfalls genauer beschrieben (DeWalt und DeWalt 2011, 145ff.).

Auch wenn ich die Leitfaden-Interviews vorbereitet habe, habe ich nicht nur den Interviewten sondern auch mir selbst Raum gegeben, um Fragen, die mir spontan eingefallen sind zu stellen und jene weg zu lassen, die mir dann im Verlauf nicht so wichtig erschienen oder schon beantwortet wurden. Beispielsweise ging es bei einem Interview mit einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerin vorrangig um die Arbeit der Wohnbuddys. Ich stellte ihr jedoch die Frage, warum ein Bewohner neben ihr bei der Rezeption bei den Computern gesessen ist, wo normalerweise nur Pflegekräfte oder MitarbeiterInnen sitzen. Dadurch eröffnet sich ein Gespräch über sinngebende Beschäftigungen und aktives Altern im Pflegeheim. Dieses Beispiel zeigt auch gut, dass man in Interviews vor allem das ansprechen kann, was man in den teilnehmenden Beobachtungen sieht und dadurch hinterfragen kann. Es ist eine Beobachtung, die sie mir nun erklären muss und die sie ohne meine Frage vielleicht gar nicht erwähnt hätte. Vielleicht auch weil es ihr unangenehm war, dass PflegerInnen zu wenig Zeit für die BewohnerInnen haben, um sie zu beschäftigen. Die genauere Analyse dieser Situation behandle ich im 6. Auswertung-Kapitel. Jedenfalls sind Interviews nicht nur geeignet, um nach Bedeutungen von spezifischen Handlungen oder Situationen zu fragen, sondern auch um nachzufragen, was der/die Befragte mit den Begriffen meint, die er/sie verwendet. In den Worten von Weller:

“A goal in recording responses is to be sure that you have captured the essence or the underlying meaning in the informant’s own words, as much as possible, so that you may use specific statements, phrases, and idioms in subsequent interviews with the caveat that the exact meaning is understood” (Weller 2015, 350).

3. Care

Wie Thelen zusammenfasst, kann der Begriff “Care” mit “kümmern, betreuen oder pflegen” ins Deutsche übersetzt werden. Des Weiteren hat der Begriff der “Sorge” in der sozialwissenschaftlichen Literatur neben der mütterlichen Assoziation der liebevollen Fürsorge auch eine negative Konnotation, die sich auf den Begriff “Problem” bezieht.

“Dies umfasst die implizite Bedeutung von ‘sich sorgen um’ oder ‘sich sorgen für’ jemanden” (Thelen 2014, 23).

Thelen bezieht sich auf Fine, die bereits gezeigt hat, dass “Care” im Englischen als selbstlose Liebe verstanden wird (Fine 2007 zitiert nach Thelen 2014, 23). Thelen geht weiters auf verschiedene geographische Definitionen von Care ein; während im deutschsprachigen Raum “Care” oft in Verbindung mit alten und kranken Menschen gesetzt wird, ist die Definition in der englischsprachigen Literatur vor allem auch die “Tätigkeit der häuslichen Reproduktion” bezogen (Thelen 2014, 24f.). In skandinavischen Definitionen dagegen ist beides gemeint, sowohl Institution als auch häusliche, unbezahlte Care-Arbeit (Thelen 2014, 25).

Außerdem beschreibt Thelen, dass Care mit einer Trennung von Gender verknüpft wurde. Während die Frau der privaten “häuslichen” Sphäre zugeordnet wurde, hat der Mann seinen Platz in der öffentlichen wirtschaftlichen Sphäre erhalten. Feministische Forschung, vor allem in den 60er und 70er Jahren, hat vor allem die untergeordnete Stellung der Frau in der Gesellschaft, vor allem im Westen betrachtet und hat diese Ungleichstellung kritisiert. Bereits Marx führt an, dass unbezahlte Care-Arbeit eine der größten Ausbeutungen des 20. Jahrhunderts sei. Er war der Auffassung, dass Frauen ebenfalls arbeiten, indem sie die Arbeitergeneration der Zukunft erziehen. Mit der “Sorge” um die heranwachsenden Kinder leisten Frauen somit (unbezahlte) Arbeit (Thelen 2014, 25). Doch diese Zuordnung sei sehr dünn in Anbetracht der viel komplexeren intimen Erfahrungen im Care-Bereich, die “nicht nur im privaten Bereich zu verorten sind und gesamtgesellschaftliche Auswirkungen haben” (Thelen 2014, 27). Nach dieser Debatte wurde Care als Forschungsgebiet etwas vernachlässigt und erst in den 80er Jahren wieder aufgegriffen. Thelen zitiert Finch und Groves 1983, und sagt, dass Care oft auch als Gegenteil der männlichen Identität verstanden wird, die als “not-caring” definiert wird und als Gegensatz zu “caring”, dem als weiblich eingeordneten, verstanden wird (Finch und Groves 1983 zitiert nach Thelen 2014, 27f.). Zudem weist Thelen auch auf Graham hin, der meint, dass Sorge oft als etwas natürlich weiblich Gegebenes gesehen wird und im Laufe der Industrialisierung eine Abwertung von privater Care-Arbeit stattgefunden hat, während die “produktive” Arbeit männlichen Personen zugeschrieben

wurde. Thelen erwähnt in diesem Zusammenhang die Wohlfahrtsforschung, die die rechtliche Institutionalisierung weiblicher Sorge untersucht. Sie meint, dass der Fokus auf Frauen im Wohlfahrtsstaat, wo vor allem Care als naturgegebene weibliche Aufgabe gesehen wird, zu einer Struktur führt, in der weibliche Care-Arbeit weiterhin nicht bezahlt wird und männliche Care-Arbeit dagegen weiterhin unterschätzt wird (Gilbert 1989 zitiert nach Thelen 2014, 28). Im Zusammenhang mit der Bedürftigkeit im Alter erwähnt Thelen, dass "Konzepte der Bedürftigkeit auch immer partikularen politischen oder institutionellen Interessen dienen" (Risseuw/Ganesh/Palriwala 2005: 4-5, Katz 1989; Lipsky 1980; Markus 2006, Ticktin 2011 zitiert nach Thelen 2014, 43). Dieser Gedanke der Interessenvertretung könnte ausgeweitet werden auf die Geschlechtertrennung von Care-Arbeit. Und zwar wird diese laut Thelen vor allem im Westen häufig von Care-Arbeiterinnen mit Migrationshintergrund wahrgenommen (Thelen 2014, 29). Wie Thelen bereits beschreibt, "symbolisiert dies soziale Ungleichheit" (Thelen 2014, 29). Dies könnte eine Tendenz aufzeigen, in der Westen (unter anderem der österreichische Staat) einen Nutzen daraus zieht, dass die Arbeit von weiblichen Migrantinnen ausgeführt wird, beispielsweise durch die Linderung des Fachkräftemangels und/oder ein wirtschaftliches Interesse.

Eine weitere Vorannahme bezüglich Care ist, dass Care im Privaten nicht nur vorwiegend weiblich attribuiert wird, sondern ihr auch eine bessere Wertigkeit als der institutionellen Pflege zugeschrieben wird. Thelen erwähnt, dass Care zu Hause als "besser" wahrgenommen wird und wurde, da davon ausgegangen wurde, dass Institutionen wie der Staat, familiäre Sorge übernommen oder verdrängt hätten (Thelen 2014, 29). Diese Annahme, dass Menschen zu Hause nicht nur bessere Care-Arbeit erhalten, sondern allgemein ein "besseres" Leben führen als in einer Institution zeigt die Studie von Siddiqui und anderen:

"Old people living in nursing facilities have an overall lower quality of life [QOL] along with low QOL in all domains of OPQOL [Old People Quality of Life] as compared to the home dwelling older people. On the basis she concludes that the essence of promoting health is in its quality of life; not merely the life span. Primary emphasis should be made on evaluating QOL, so that programmes and policies can be initiated to enhance the overall health status and QOL of the elderly individuals" (Siddiqui et al. 2019, 894).

Studien wie diese wurden auch als Argument genutzt, um beispielsweise 'active ageing' im eigenen Zuhause zu propagieren. Somit haben beispielsweise Tonolli, Teli und D'Andrea den "European Action Plan for Ageing Well" in der Informationsgesellschaft thematisiert. Dieses europäische Forschungsprogramm wurde durch eine Milliarde Euro für Forschungsinvestitionen in Informations- und Kommunikationstechnologien gefördert, um das

Leben älterer Menschen zu Hause, am Arbeitsplatz und in der Gesellschaft im Allgemeinen zu verbessern (Tonolli et al 2015, 95).

Die Vorstellung, dass man zu Hause besser altert, wurde somit mit Technologien unterstützt, wodurch älteren Menschen ermöglicht werden soll, der Dauer in ihrem ‘unabhängigen’ Leben zu Hause so lange wie möglich nachgehen zu können. Zu den Technologien des “Ambient Assisted Living” gehörten beispielsweise: “[...] smart homes, mobile and wearable sensors and robotics [...]” (Tonolli et al 2015, 96).

Hinsichtlich Care im eigenen Zuhause meint Thelen, dass der Versuch, Personen so lange wie möglich zu Hause zu halten, darauf basierte, dass angenommen wurde, “Institutionen würden nur als Ersatz für die gute verwandtschaftliche Care-Arbeit gelten” (Thelen 2014, 29). Thelen weist darauf hin, dass das Thema viel komplexer ist, als es dargestellt wurde und der Staat „auch dazu beitragen kann, unter anderem neue Formen von Sorge zu schaffen“ (Thelen 2014, 30). Zudem lässt sich aus meinen Daten hinzufügen und aus der Arbeit von Malik, dass die Institutionelle Pflege jene Pflege beinhaltet, die durch Besuche von Verwandten passiert (vgl. Malik 2021). Häufig wird jedoch der Austausch von Care-Leistungen außerhalb der “privaten” Sphäre in der politischen Anthropologie mit negativen Begriffen wie “Patronage Beziehungen oder Klientilismus” assoziiert (Thelen 2014, 32). Thelen meint, dass sich dies aus der “Vorstellung von Politik als öffentlichem Bereich ergibt”, der ja zum wirtschaftlichen Sektor zählt, und gleichzeitig dem “weiblichen und privaten Bereich” gegenübergestellt wird (Thelen 2014, 32). Hier lässt sich hinzufügen, dass natürlich nicht alle Sorge-Tätigkeiten: “freiwillig oder gar mit guten Gefühlen vollzogen [werden], sondern auch ausgeführt, um Geld zu verdienen und nicht um die Welt zu verbessern”, so Thelen (Thelen 2014, 39). Aber dies beschränkt sich nicht nur auf die öffentliche Sphäre. Sie weist diesbezüglich auf Hochschild hin, die durch ihre Arbeit bei Flugbegleiterinnen gezeigt hat, dass Produktion von Emotionen, Identitätskonstruktion und staatliche Politik eng miteinander verbunden sind (Hochschild 2003 zitiert nach Thelen 2014, 33). Doch Thelen meint: “[...], dass durch die Sorge-Praktiken-adressierten-Bedürfnisse über die Bedeutsamkeit der Bindungen vorwiegend im privaten Bereich hinausgehen” (Thelen 2014, 33). Somit soll ein Dualismus so Thelen: “[...] von ‘richtigen unbezahlten’ Gefühlen im privaten und ‘falschen bezahlten’ Gefühlen im öffentlichen Bereich” vermieden werden (Thelen 2014, 33). Denn insbesondere die Forschung über Disability und Care hat gezeigt, dass auch Gefühle im privaten Bereich nicht zwingend ehrlicher oder richtiger sind als jene im öffentlichen Raum. Hinsichtlich dessen erwähnt Thelen Marcel Mauss, der mit seiner Forschung über den Gabentausch von den drei Pflichten von Geben, Nehmen und Reziprozität ausgeht (Mauss 1990 zitiert nach Thelen 2014, 31). Dieses

Reziproke-Pflicht-Prinzip beschreibt Thelen in der Disability Forschung, wo zwar keine finanzielle oder materiellen Gabe ausgetauscht wird, aber Gefühle, im Sinne von einer Dankbarkeit, zurückgegeben werden (wodurch die Reziprozität aufrechterhalten wird) (Thelen 2014, 32). Diese Dankbarkeit beruht nicht auf der Authentizität und Ehrlichkeit, sondern auf der Verpflichtung, da Care durch Familienmitglieder mit Scham- oder Schuldgefühlen assoziiert wird (Galvin 2004 zitiert nach Thelen 2014, 31). Dies basiert auf der These, dass Menschen mit Behinderungen als naturgegeben abhängige Personen wahrgenommen werden (Galvin 2004 zitiert nach Thelen 2014, 31).

Darüber hinaus lag laut Thelen der anthropologische Fokus auf außereuropäischen kleineren Gesellschaften bzw. staatenlosen Gesellschaften, wie sie sie nennt. Diese standen den westlich modernen gegenüber, was zu einer Dichotomie zwischen privat und öffentlich führte. Marshall hat beispielsweise in den 70er Jahren auf "die Bedeutung des Nurturing für die Konstitution von Verwandtschaft" hingewiesen (Marshall 1977 zitiert nach Thelen 2014, 34). Die Ansicht, dass Sorgepraktiken wie die gemeinsame Nahrungsaufnahme zur Herstellung von Verwandtschaft dienen, sei aber vorwiegend in außereuropäischen Gesellschaften untersucht worden. Wobei diesen in der Vergangenheit auch eine engere Verbindung zu Familien bzw. Verwandtschaft zugeschrieben wurde (Thelen 2014, 34f.). Thelen erweitert diese Perspektive und betont, dass die Definition der "gemeinsamen Mahlzeit" sowie Care-Beziehungen in privaten Haushalten nicht die alleinige Definition von Verwandtschaft sein können (Thelen 2014, 35f.). Insofern kann Care unabhängig vom Leben im selben Haushalt zu Verwandtschafts-Definitionen führen. So verweist Thelen beispielsweise auf Fischer, die auf Care-Beziehungen zwischen ArbeitskollegInnen hinweist (Fischer 2010 zitiert nach Thelen 2014, 36). Thelen und Lammer haben ebenfalls den Begriff der "Verwandtschaft" in Frage gestellt, da es sich um einen Begriff handelt, der öffentlich durch Maßstäbe wie Genetik, bürokratische Dokumentationen, Politik, Namen, Geschenke oder Kontakthäufigkeit definiert wird (Thelen und Lammer 2021, 5f.). Daraus ergibt sich aber folgende Gefahr innerhalb dieser Verwandtschaftskategorien:

“[...] as ostensibly definitive kinship measurements are employed in negotiations of belonging, they significantly shape inequalities and marginalizations” (Thelen und Lammer 2021, 15).

Die beiden AutorInnen zeigen Beispiele auf, in denen sie erste Hinweise sehen, wie Messwerte von Verwandtschaft auch mit Klasse, Geschlecht und Reichtum verknüpft sind, da sie den Zugang zu wirtschaftlichen Ressourcen beeinflussen (Thelen und Lammer 2021, 6). Außerdem argumentieren Thelen und Coe, dass ein Fokus auf die Altenpflege jene Bereiche, die

normalerweise künstlich getrennt gehalten werden, (wie Verwandtschaft und Staat) sowie Privatheit und Öffentlichkeit, auf eine Art und Weise auflöst, die für die soziale Analyse als Ganzes produktiv sei (Thelen und Coe 2019, 179). Dies ist ein weiteres Argument für die Relevanz meiner Untersuchung, die genau diese Schwelle der ‘privaten’ Beziehungen zwischen den BesucherInnen und BewohnerInnen im ‘öffentlichen’ Raum des Pflegeheims untersucht. Dass der Begriff der ‘Familie’ bzw. der ‘Angehörigen’ mit ausschließlich genetischen Maßstäben nicht haltbar ist, zeigt sich auch in meinen Daten. So hat Frau Schneider auf meine Frage, wie sie mit ihrer ehemaligen Nachbarin verbunden ist, folgendermaßen geantwortet:

“Immer wenn mich jemand gefragt hat, wie wir zusammengehören, habe ich gesagt - ja, Familie”. Darauf meinte die Nachbarin: “Wir haben immer gesagt, die Herti ist eine außerordentliche Familienangehörige” (Teilnehmende Beobachtung, 13.10.2023).

Dieses Beispiel verdeutlicht somit auch, dass nicht nur der Begriff "Care", sondern auch "Verwandtschaft" viel komplexer und vielschichtiger ist, als dieser unter gesellschaftlichen Maßstäben in der Vergangenheit definiert wurde und teilweise immer noch wird (vgl. Thelen 2014).

Ich möchte nun herausgearbeitet habe, dass der Begriff der Verwandtschaft nicht nur auf familiäre bzw. verwandtschaftliche Beziehungen, im Sinne von genetisch definierter Familie, beschränkt ist. Denn der Begriff der ‘Angehörigen’ wird in meiner Forschung auf jene Beziehungen, die Care-Praktiken durchführen, ausgeweitet.

Allgemein geht Thelen in ihrer Arbeit davon aus, dass der definierende Faktor für die Bildung von Bindung nicht die vorangegangene Definition von Verwandtschaftsverhältnissen ist, sondern die Care-Praktik jener Faktor ist, der bestimmt, ob Bindung gebildet wird (Thelen 2014, 36). Somit schafft sie eine Herangehensweise, die es ermöglicht auch InteraktionspartnerInnen in ihrer Forschung, die sich auf Care-Praktiken bezieht, einzuschließen, ohne, dass diese zwingenderweise in spezifische Definitionen passen müssen:

“Wenn etwa Care Teil der sozialen Konstruktion von Verwandtschaft und Freundschaft ist, werden viele familiäre eingebettete Sorgepraktiken von den Akteuren als ‘natürlich’ oder ‘individuell’ und nicht als durch öffentliche Institutionen strukturiert angesehen. Dagegen werden viele Formen von Care in Institutionen nicht als solche wahrgenommen, weil Care im deutschen Sprachgebrauch [...] sehr eingeschränkt allein für bestimmte familiäre Problemsituationen verwendet wird” (Thelen 2014, 41).

Daher erscheint es mir wichtig, in meiner Forschung nicht nur ‘Familienangehörige’ zu berücksichtigen, sondern auch PartnerInnen, FreundInnen und Bekannte.

Nun möchte ich aufzeigen, dass Care auf keine bestimmte Altersgruppe beschränkt ist. Thelen nimmt hinsichtlich dessen Referenz auf das “will-need-script”, welches davon ausgeht, dass “das steigende Alter unweigerlich bedürftig mache” (Hashimoto 1996 zitiert nach Thelen 2014, 42). Somit wird hier die Abhängigkeit von einem bestimmten zeitlichen Rahmen ausgemacht. Daneben gibt es das “might-need-script”, das davon ausgeht, dass ab einem “kritischen” Punkt Care benötigt wird und diese Sicherheit sei durch persönliche Netzwerke und Renten gegeben (Hashimoto 1996 zitiert nach Thelen 2014, 43). Wie bereits erwähnt, können Konzepte der Bedürftigkeit auch bestimmten Interessen dienen (Risseuw/Ganesh/Palriwala 2005: 4-5, Katz 1989; Lipsky 1980; Markus 2006, Ticktin 2011 zitiert nach Thelen 2014, 43). Auch Elana Buch berichtet von den vielschichtigen Auffassungen von Care und legt den Fokus unter anderem auch auf das höhere Lebensalter. Sie beschreibt die Konstruktion von Care im hohen Alter auch als eine “potenzielle knappe soziale Ressource”. Sie betrachtet dies jedoch kritisch und meint, dass sie zwei Dinge vermeiden möchte und zwar, dass “Care sowohl als getrennt von politischer Ökonomie romantisiert, als auch auf Macht reduziert wird” (Buch 2015, 279). Außerdem bezieht sie sich auf Robertson, die davon ausgeht, dass öffentliche Debatten einer “demographischen Apokalypse” durch demographische und ökonomische Erfordernisse beeinflusst werden. Die “steigende Zahl der älteren Menschen, die uns in den Ruin treiben” ist nach Robertson konstruiert. Die Reaktion des Gesundheitswesens auf die steigende Zahl älterer Menschen sei unter anderem für diese katastrophale Betrachtungsweise verantwortlich (Robertson 1990, 439).

Wie bereits Thelen in ihren wertvollen Beiträgen zu Care herausgearbeitet hat, möchte ich in dieser Arbeit den Begriff Care ebenfalls von jener Seite betrachten, die ihn aus starren Strukturen wie ‘privat’, ‘häuslich’, ‘weiblich’, ‘emotional’ und ‘unbezahlt’ herauslöst. Denn Care findet auch in öffentlichen Räumen wie Pflegeheimen statt, zwischen bezahlten und unbezahlten AkteurInnen, die “verwandt” oder “nur” Bekanntschaft, FreundInnen oder NachbarInnen mit den BewohnerInnen des Pflegeheims sind. Auch die Beschränkung von privater Care-Arbeit, die besser sei und öffentlicher Care-Arbeit, die nur auf Abhängigkeiten beruht, möchte ich aufheben. Geld oder finanzielle Mittel sind nämlich kein Ausschlusskriterium für die Aufrichtigkeit persönlicher Beziehungen bzw. zerstören diese Beziehungen nicht. Sie sind lediglich einer von vielen Faktoren, die sie aufrechterhält oder bildet. Dies beschränkt sich jedoch nicht nur auf öffentliche Bindungen. Es kann daher nicht festgestellt werden, dass Care-Beziehungen im privaten oder öffentlichen Raum eine höhere Qualität aufweisen als die jeweils anderen. Denn auch in Institutionen wird unter anderem Pflege und Fürsorge geleistet. Genauso wie zu Hause.

3.1 Logic of Care

Mol unterscheidet in ihrem Buch zwischen “logic of care” und “logic of choice” vorwiegend anhand von Beispielen in der Pflege von an Diabetes Erkrankten. Sie beginnt zuerst mit einer Erzählung von ihrer eigenen Erfahrung als Patientin in einem Krankenhaus und stellt sich die Frage, ob die Freiheit zu wählen in einer Care-Beziehung überhaupt sinnvoll ist. Als sie nämlich im Jahr 1990 36 Jahre alt und schwanger war, befand sie sich für einen Ultraschall in einem Krankenhaus, wo sie ebenfalls Daten für ihre Forschung erhoben hat. Zur damaligen Zeit wurde für Frauen über 35 Jahre eine Fruchtwasseruntersuchung empfohlen, im Falle eines Fötus mit Down-Syndrom, diesen abtreiben zu können. Anstatt, dass ihr jene Pflegerin, die sie damals untersuchte, gut zuredete, meinte sie auf Mols Bemerkung, dass sie hofft, dass alles gutgehen wird:

“Well, it is your own choice” (Mol 2008, XII).

Dieses Beispiel soll zeigen wie die Möglichkeit eine Wahl zu haben nicht zwingend zu guter Pflege führt:

“I wonder what the nurse might have said that would have fitted a logic of care. ‘Let’s indeed hope it goes well’; or ‘Most of the time there’s no problem’; or ‘Are you worried about it?’ She might have touched me in a kind way. [...] But instead she illustrates beautifully how mobilising the logic of choice can lead to poor care” (Mol 2008, XII).

Mit logic of care beschreibt Mol, dass die Entscheidungen, die die PatientInnen selbst wählen können, als Norm betrachtet wurden. Es ist ein Konzept, in der die Möglichkeit zu wählen als gut betrachtet wird und demnach in die Praxis umgesetzt werden sollte. Aber sie erwähnt auch, dass die Begriffe “ought” und “should” andeuten, dass dies nicht immer so funktioniert. In Kontrast dazu stellt sie öffentliche Gesundheits-Kampagnen. Diese sollen dazu ermutigen, einen gesunden Lebensstil zu wählen. Die Wahl wird als Fakt des Lebens umgekehrt. Meinem Verständnis nach meint Mol damit, dass gesunde Ernährung, Sport, etc. als Fakt, nach dem man sich richten soll, betrachtet wird. Aber Menschen wählen nicht immer danach, was aus faktischer Sicht das Beste wäre:

“The surprising thing is that they make such strange and unwise choices. Why do so many people choose to eat so much and exercise so little? There are even people who choose to smoke” (Mol 2008, 67f.).

Aber in der “logic of care” ergibt das keinen Sinn, die “richtige” Entscheidung zu treffen, denn die “logic of care” beginnt mit dem Kollektiv, nicht mit dem Individuum. PatientInnen sind Teil einer Gruppe, Teil einer Familie, haben KollegInnen, leben in einem Viertel, usw.:

“It may be hard work to disentangle people from their collectives sufficiently for the care that they individually need” (Mol 2008. 68).

Die “logic of care” sei im Gegensatz zur “logic of choice” ans tägliche Leben gebunden, meint Mol (Mol 2008, 70). In der “logic of choice” gehören wir zu einer Gruppe, in der es Ähnlichkeiten gibt, auch wenn es vielleicht als individuell angesehen wird, was wir wählen; “aber, dass wir wählen, ist etwas, das wir teilen” (Mol 2008, 72). In der “logic of care” sind wir nicht gleich, aber die Unterschiede beziehen sich nicht auf eine Hierarchie:

“What matters in the logic of care are horizontal differences between people. These index different needs, and more particularly different needs for care” (Mol 2008, 72).

4. Aushandlungsprozesse unter dem theoretischen Rahmen des

Willens

Dieses Kapitel soll vor allem die Begriffe definieren, die das Aushandeln zwischen BewohnerInnen und (Inter)-AkteurInnen in einem Pflegeheim bei Care verdeutlichen. Dabei stütze ich mich vor allem auf den Begriff “will” (englisch) oder den “Willen” (deutsch). Ein Überblick über die Debatte dieser Begrifflichkeiten, unter anderem auch aus der Sicht der psychologischen Anthropologie, soll zeigen, dass in der Vergangenheit oft die Frage gestellt wurde, ob der Wille einem Selbst (self) bzw. einem Individuum entspringt und wie Kultur dabei Einfluss auf das Selbst nimmt. Auf die Unterschiede zwischen “Selbst”, “Individuum” und “Dividuum” gehe ich in diesem Kapitel kurz unter dem Punkt ‘4.3 Personenkonzepte und der Wille’ etwas näher ein. Ich nutze vor allem den Sammelband von Murphy und Throop und mit den Kapiteln von Mattingly und Garro stelle ich diesen Begriff näher dar (Murphy und Throop 2010; Mattingly 2010; Garro 2010). Außerdem verwende ich auch den Begriff “agency”, den handlungsfähigen Menschen, der vor allem von Sherry Ortner verwendet wird und in ihrer Darstellung verbindet sie “agency” mit Macht und Intention (Ortner 2020). Annemarie Mol leistet hier auch einen wertvollen Beitrag mit den Konzepten von “logic of care” und “logic of choice” (Mol 2008).

4.1 Der Wille

Murphy und Throop skizzieren die nähere Betrachtung des Willens aus verschiedenen Fachrichtungen. In der Anthropologie kommt es dann darauf an, ob man den Willen aus der psychologischen (subjectivity, desire, motivation, action, consciousness, and self), linguistischen- (“agency” und intentionality) oder soziokulturellen Anthropologie (embodiment, power, resistance und struggle) betrachtet (Murphy and Throop 2020, 2).

Was bei dieser anthropologischen Debatte häufig diskutiert wird, ist, ob der Wille ein individuelles Wollen ist oder ob er etwas ist, das kulturell verwurzelt ist. Dabei gehen zwei Stränge hervor. Einerseits jener, bei dem Kultur als Barriere bezüglich des Willens wahrgenommen wird. Kultur schränkt den freien Willen des Individuums ein und durchdringt die täglichen Handlungen, der Wille ist somit an die Kultur geknüpft. Andererseits gibt es eine etwas lockerere Sichtweise, die davon ausgeht, dass unsere Kultur uns nicht gänzlich limitiert, aber sehr wohl beeinflusst. Auch wenn der zweite Strang davon ausgeht, dass wir nicht Opfer von Kultur sind, so wird in diesem Kontext dennoch die These aufgestellt, dass Handlungen

für Menschen innerhalb der kulturellen Strukturen sehr wohl am angenehmsten und am selbstverständlichsten sind. Dies impliziert auch einen kulturellen Einfluss auf das, was AkteurInnen täglich wollen, aber ohne Determinismus-Faktor (Murphy and Throop 2020, 3). Neben der Gegenüberstellung von Kultur als Barriere bzw. Kultur als Schöpfer stellen sich Murphy und Throop zu Beginn unter anderem folgende Fragen:

“Is the will a useful anthropological concept? [...] How is imagination implicated in acts of willing? What is the connection between morality, virtue, and willing?” (Murphy and Throop 2020, 4).

Murphy und Throop unterscheiden in ihrer englischen Definition jedenfalls zwischen Nomen und Verb. Dabei stehen Gefühle wie Sehnsucht, Verlangen, Wunsch, Vorliebe, Neigung oder Bereitschaft im Vordergrund, wonach durch eine geistige oder körperliche Handlung bewusst und absichtlich gehandelt wird. Die Verbform hat eine ähnliche Bedeutung, jedoch geht es hier darum, etwas, das noch nicht erreicht wurde, haben zu wollen. Sie meinen jedoch, dass sowohl das Verb "wollen" als auch das Nomen "der Wille" eine gewisse Ausrichtung auf die Zukunft beinhalten. Diese manifestiert sich entweder in der Erlangung einer Sache oder eines Zustandes, kann aber auch als Hilfsverb verwendet werden, um die zukünftige Zeitform auszudrücken (Murphy und Throop 2010, 5f.). Im Deutschen dagegen wird der Wille, neben der zukünftigen Komponente, auch in Zusammenhang mit der Auswahl oder Wahl angewendet (Murphy und Throop 2010, 6).

In der Anthropologie hatte vor allem Bourdieu, der von Marx und Levi-Strauss inspiriert wurde, im amerikanischen Raum einen sehr großen Einfluss auf die Debatte (Murphy und Throop 2010, 12). Murphy und Throop zufolge bettet Bourdieu den Willen in alltäglichen Praktiken ein. Vorgegebene soziale Strukturen und internalisierte Entwicklungen werden in kulturell zu erwartenden Formen sozialer Handlungen reproduziert. Sein Konzept mit dem Habitus beschreibt zudem noch näher die aktive Bildung und Wiederherstellung von sozialen Strukturen durch die Praxis (Bourdieu 1977 zitiert nach Murphy und Throop 2010, 13).

Für ihn bedeutet eine bestimmte Art zu handeln, dass in bestimmten “social fields” eine Wechselbeziehung und Erschwernisse zwischen den Strukturen des Einzelnen und den sozialen Strukturen bestehen. So vollzieht eine Person, die bereits durch die soziale Struktur geprägt wurde, mit ihrer eigenen gewohnten Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Gefühlswelt diese Strukturen wieder in der sozialen Struktur (Murphy and Throop 2010, 13). Murphy und Throop beziehen sich auf Sahlins, der den Willen als “[...] maßgebliches Produkt, diktiert durch bereits existente kulturelle Kategorien und nicht als Produkt des freien Willens des Individuums” betrachtet (Sahlins 1981/1985/1995 zitiert nach Murphy and Throop 2010, 13).

Die Debatte von Bourdieu und Sahlins ist nach Ortner eine Antwort auf eine vorherrschende Theorie der 1970er Jahre. Diese vorangegangene Kulturtheorie ist vorwiegend bei Geertz in der symbolischen Anthropologie, in der marxistischen politischen Ökonomie und im Strukturalismus von Levi-Strauss zu situieren (Murphy und Throop 2010, 14). Was diese Theorien nach Ortner gemeinsam haben ist folgendes:

“In each of these perspectives, it was held that human action is ‘shaped, molded, ordered, and defined by external social and cultural forces and formations: by culture, by mental structures, by capitalism’ ” (Ortner 2006 zitiert nach Murphy und Throop 2010, 14).

4.2 Agency

Sherry Ortner meint, dass Bourdieu und Sahlin durch ihre Arbeit das Fehlen von “agency” in der Literatur nun berücksichtigten (Murphy und Throop 2010, 14). Ortner hat hier einen wichtigen Beitrag geleistet, indem sie den Begriff “agency” vor allem mit Intention, Macht und “projects” (worunter sie Aktivitäten oder Praktiken versteht), die sie auf Gender gerichtete Themen richtet, kombiniert.

Vorhölter definiert “agency” als Handlungsfähigkeit, doch sei diese mehr als bisher im westlich philosophischen Sinne gedacht wurde, mehr als die persönliche autonom getroffene Entscheidung (Vorhölter 2024, 1). Sie meint:

“In anthropology, agency is broadly defined as the socio-culturally mediated capacity to act. Classically, the concept has been used to analyse how people try to influence, or change, their lifeworlds and how they act within, or even resist, powerful structures” (Vorhölter 2024, 1).

Ortner fasst diese agency-Prozesse, die mit Macht zusammenhängen, als "serious games" auf. Soziales Leben wird demnach in diesen machtvollen “serious games” aktiv ausgelebt. Diese routinierten Praktiken beinhalten kulturelle Ziele und Projekte, die in bewussten Aktionen durchgeführt werden:

“But the serious games perspective, [...] allows us to bring into focus more complex forms of social relations – especially relations of power – and more complex dimensions of the subjectivity of social actors – especially for present purposes, those involving ‘intentionality’ and ‘agency’ ” (Ortner 2020, 129).

In Hinblick auf die AnthropologInnen Comaroff und Comaroff meint sie, dass ein zu großer Fokus auf Intentionen von AkteurInnen die Sicht auf die großen soziokulturellen Kräfte verliert. Diese “serious games” sind nämlich durch eine hohe Unvorhersehbarkeit geprägt, was

sich auch bei der Intention und den anschließenden Ergebnissen zeigt. Nach Ortner seien Wünsche und Motive oft irrelevant in Bezug zu den Ergebnissen, oder zumindest weisen sie eine verzerrte Korrelation zu den Ergebnissen auf (Ortner 2020, 132). Für Ortner muss somit bei der Definition von “agency” sowohl die Komponente der Intention gegeben sein als auch die der Macht. Sie bezieht sich auf Giddens und meint dabei:

“[...] ‘agency’ is never a thing in itself but is always part of a process of what Giddens calls structuration, the making and remaking of larger social and cultural formations” (Ortner 2020, 134).

Intention sei dabei in kognitiven und emotionalen Zuständen aufzufinden, die in verschiedenen Bewusstseinsebenen auf ein bestimmtes Ziel ausgerichtet sind (Ortner 2020, 134). Sie bezieht sich auf Giddens, der den prozessualen Faktor von Intentionen hervorhebt. Demnach sieht er definitive Ziele, die bewusst verfolgt werden, als problematisch, denn das, was von den AkteurInnen im Dialog als Absicht dargestellt wird, wurde im Grunde oft nachträglich rationalisiert (Giddens 1979 zitiert nach Ortner 2020, 135). Darauf folgend bezieht sich Ortner auf William H. Sewell, der einen gegensätzlichen Blick auf die Intention hat, denn er meint, dass sie eine zentralere Rolle im Bezug auf “agency” spielt. Die Intention wird hier als auf bestimmte Ziele gerichtet verstanden, zumindest auf eine aktivere und motivierte Art und Weise; mehr als das bei Routineverfahren beobachtet werden kann. Zudem erwähnt Ortner noch eine zusätzliche Komponente von “agency”, die sowohl kollektiv als auch individuell sein kann:

“agency entails an ability to coordinate one’s actions with others and against others, to form collective projects, to persuade, to coerce...” (Sewell 1992 zitiert nach Ortner 2020, 135f.).

Auch wenn Ortner keine kompletten Grenzen zwischen Routinepraktiken und “agency“-Handlungen zieht, so differenziert sie dennoch zwischen Routinepraktiken, für die sie weniger Intentionen vorsieht und “agency“-Handlungen, bei denen ihrer Meinung nach mehr Intentionen erforderlich sind (Ortner 2020, 136). Giddens’ prozessualer Zugang zu Intentionen würde meinem Verständnis nach dieser Differenzierung widersprechen und keine Unterschiede zwischen Routine- und “agency“-Praktiken ziehen.

Im Gegensatz zur Abhandlung des Willens, wo davon ausgegangen wird, dass alle diesen besitzen, obgleich der nun individuell oder kulturell entwickelt wurde, geht es bei der Diskussion um “agency” darum, ob diese etwas ist das in allen Menschen inhärent ist, oder wie bei Taylor kulturell und historisch konstruiert wurde (Ortner 2020, S. 136). Schließlich verknüpft Ortner das Konzept der “agency” mit dem der Macht. Ihrer Auffassung nach kann die Handlungsfähigkeit sowohl in unterschiedlicher Weise geformt als auch durch

verschiedene Machtsysteme in unterschiedlichem Maße gefördert oder gehemmt werden (Ortner 2020, S. 137). Sie nimmt Bezug auf Ahearn, die sich auf Sprache und “agency” fokussiert und meint, dass die oppositionelle “agency”, die sie als Widerstandsverhalten formuliert, nur eine weitere Form von “agency” sei (Ahearn 2001 in Ortner 2020, 137). Auch Sewell geht von der Wirksamkeit von Macht in sozialen Systemen aus:

“It also operates as what he distinguishes as ‘domination’, that is, power as it is built into objectified structures like institutions and discourses” (Sewell 1992 zitiert nach Ortner 2020, 137f.).

Sewell meint, dass die AkteurInnen zu unterschiedlichen Anteilen durch die Strukturen bemächtigt werden, was wiederum impliziert, dass sich auch die Wünsche, Intentionen und das Wissen der AkteurInnen unterschiedlich zeigen (Sewell 1992 zitiert nach Ortner 2020, 138). Demnach ist “agency” nicht einheitlich oder universell, vielmehr hängt die Macht in der Handlungsfähigkeit von der Struktur ab, in der sich die AkteurInnen befinden. Bei “agency” geht Ortner davon aus, dass diese völlig kulturell konstruiert ist. Wie beispielsweise der Wunsch der Heldin in beispielsweise Büchern, die sich wünscht, erwachsen zu werden, einen Prinzen zu heiraten und glücklich bis ans Lebensende zu sein. Sie bezieht sich auf “serious games”, wo mehrere positionierte Subjekte kulturelle Ziele verfolgen. Hier geht es um “games”, bei denen mehrere Spieler kulturelle Ziele verfolgen. Diese Spieler sind je nach Machtanteilen und lokalen Ungleichheiten unterschiedlich stark (Ortner 2020, 144). Bei den “agency of projects”, meint Ortner:

“It is about people having desires that grow out of their own structures of life, including very centrally their own structures of inequality; it is in short about people playing, or trying to play, their own serious games even as more powerful parties seek to devalue and even destroy them” (Ortner 2020, 147).

Sie weist jedoch darauf hin, dass die Differenzierung von “agency”, die mit Macht verbunden ist, und “agency”, die mit “projects” oder Intentionen verbunden ist, in der Praxis oft nicht möglich ist. Abgesehen davon meint Ortner, dass sowohl in der von Macht geprägten “agency” als auch in der zielgerichteten “project agency” ein gewisses Maß an Intention zu finden ist. Eines dieser “serious games” wäre zum Beispiel die Arbeit von Ahearn, die im westlichen Nepal bei den Indigenen Magar, erforschte, dass eine Familie Prestige und Respekt erhielt, sobald sie einen passenden Partner für ihr Kind gefunden hatten (Ahearn 2001 zitiert nach Ortner 2020, 148). Diese Verhandlung welche Personen eine Ehe schließen sollen, ausgehend von der Verwandtschaft der Braut und des Bräutigams, stellt daher eine unterschiedliche Dynamik zwischen der Macht von Kindern und Eltern dar:

“parents must have enough control and authority over their children to have them go along with the arrangements, and children have to be willing to accept the parents’ choice of spouse” (Ortner 2020, 149).

Seitdem sich der Bildungsstand der Magar-Männer und -Frauen erhöht hat, haben sie sich durch das Schreiben von Liebesbriefen stärker in die Gestaltung ihrer eigenen Ehen eingebracht, was die Möglichkeit des Widerstands zeigt. Das Verhalten der Kinder wurde zwar weiterhin streng überwacht, aber es kam hinzu, dass Briefe zwischen den zukünftigen HeiratsanwärterInnen ausgetauscht werden konnten. Dadurch waren die jungen Männer und Frauen zunehmend in der Lage, ihre eigenen Ehen zu “arrangieren“. Die Spielregeln änderten sich also (Ortner 2020, 149). Somit schließt Ortner ab, dass Personen immer in ein Beziehungsnetz eingebettet sind, entweder durch Zuneigung und Solidarität, worunter sie auch Intentionen einordnet oder Macht und Rivalität (Ortner 2020, 151). Das was mir jedoch am wichtigsten scheint ist, dass Ortner “agency” als etwas darstellt, das in einem Grenzbereich liegt:

“In this sense they are never free agents, not only in the sense that they do not have the freedom to formulate and realize their own goals in a social vacuum, but also in the sense that they do not have the ability to fully control those relations toward their own ends. As truly and inescapably social beings, they can only work within the many webs of relations that make up their social worlds” (Ortner 2020, 152).

Ortner fasst zusammen, dass “agency” als Eigenschaft von unterschiedlich befähigten Subjekten nicht der subjektiven Fähigkeit/Eigenschaft oder Wunsch heraus, wie “Ich will”, betrachtet werden soll, sondern viel mehr als Disposition zur Verwirklichung von “projects” oder Vorhaben. KulturtheoretikerInnen betrachten nach Ortner “agency” nämlich folgendermaßen:

“Thus the anthropology of ‘agency’ is not only about how social subjects, as empowered or disempowered actors, play the games of their culture, but about laying bare what those cultural games are, about their ideological underpinnings, and about how the play of the game reproduces or transforms those underpinnings” (Ortner 2020, 152).

Somit möchte ich aufzeigen, dass der soziokulturelle Rahmen, in dem sich jemand aufhält, Einfluss auf viele Aspekte einer Person nimmt. Aufgrund von Ortners Verständnis von “agency” und dem beschriebenen Verständnis des Willens bei Murphy und Throop gehe ich davon aus, dass die Kultur und soziale Umgebung einen Einfluss auf das Handeln und die Entscheidungen hat, die zuvor oder währenddessen getroffen werden, sei es nun mit oder ohne Intention (die man sich vielleicht sogar selbst nachträglich einredet). Ich möchte dabei

kulturellen Motivationen und Werten für das Handeln von AkteurInnen im Care-Bereich eines Pflegeheims in Wien näher auf den Grund gehen, um zu verstehen, warum etwas gewünscht oder abgewehrt wird.

4.3 Personenkonzepte und der Wille

Bezugnehmend auf Hallowell stellt Garro die Frage:

“What is entailed by the claim that volition is a generic (universal) attribute of selves (both of oneself and of other selves) while also remaining attentive to the ways in which ‘the world in which human beings think, feel and act is always culturally constituted world’ “ (Hallowell 1942 zitiert nach Garro 2010, 69).

Garro zeigt mit ihrem Beitrag im Sammelband vor allem auf, dass die jeweilige Zuschreibung, von wem der Wille ausgeht, bzw. wem dieser Wille zugeschrieben wird, eine Rolle dabei spielt, wie der Wille moralisch aufgefasst wird. So stellt sie beispielsweise heraus, dass es darauf ankommt, ob der Wille mit einer Intention des Selbst angesehen wird oder ob dieses Selbst von etwas oder jemandem beherrscht wird. Anhand des Beispiels von Hallowell bei den Ojibwa, Indigene in Manitoba, Kanada bzw. anhand ihres eigenen Beispiels bei den Anishinaabe, ebenfalls in Manitoba geht sie näher auf “illness” im Zusammenhang mit “bad medicine” bzw. “witchcraft” ein (Garro 2010, 82). Die Ursachen von “illness” können dabei sowohl auf biomedizinische Gründe als auch auf das Verhalten von einem selbst oder einer anderen Person zurückgeführt werden.

Hallowell erläuterte, dass die ausgeübte Macht bei den Ojibwa dazu führen kann, dass die Seele eines anderen entführt wird. Dies kann auf unterschiedliche Weise geschehen. Zum Beispiel durch das Herbeiführen eines Todes oder durch den bewussten Wunsch, eine vorübergehende (geistige) Krankheit zu verursachen. Eine Person, die dabei den Verstand verliert, wird als "kawin" bezeichnet, was die "Seelenlosigkeit" oder das nicht selbst-Sein beschreibt. Diese “Seelenlosigkeit” kann eine Konsequenz von “bad medicine” sein, bei der das Selbst aus dem Körper herausgenommen wird. Die Beschreibung von Garro zeigt schließlich, dass je nachdem, welche Entität, sei es eine Person oder “bad medicine”, für das Geschehen einer Handlung verantwortlich gemacht wird, diese auch moralisch bewertet wird:

“Speaking generally, Anishinaabe sickness confirms persons as morally responsible agents—there are moral limits to what should be willed (in the sense of ‘let it be reality’) and one must accept authorship and take responsibility for one’s actions even

when the consequences are not what one intends. That is unless one's self-determination is compromised" (Garro 2010, 94).

Am Beispiel einer betroffenen jungen Mutter wird dies klarer. Nach dem Kontakt mit der als "bad medicine" beschriebenen Ursache trat nämlich eine Störung auf, die sich in Schreien, dem Werfen von Gegenständen und Streitereien seitens der Mutter äußerte (Hallowell 1942 zitiert nach Garro 2010, 94f.). Daraufhin befürchtete sie eine potenzielle Gefährdung ihres Kindes, woraufhin sie ins Krankenhaus ging. Als sie wieder zurückkehrte, meinte sie zu Hause, dass sie sich nicht an die Ereignisse vor dem Krankenhausaufenthalt erinnern könne. Daher wird bei diesem Vorfall von "bad medicine" ausgegangen:

"In essence, the 'biologically based medical disorder' framing places the problem within the woman's brain. In the bad medicine framing, while the woman's behavior is abnormal, the true abnormality does not lie in the brain or body but in immoral acts of another person. The woman's 'self' was not present; 'she' was absent from her body. The author of the behavior is a 'ghostwriter' who remained hidden but who nevertheless controlled the woman's behavior" (Garro 2010, 95).

Meinem Verständnis nach verdeutlicht dies, dass das Verhalten einer Person oder Sache, die zur Verantwortung gezogen wird, Auswirkungen auf die Bewertung ihres Verhaltens durch die Gesellschaft hat. Dies wiederum wirkt sich auf die Behandlung der Person oder Sache sowie auf den Umgang mit der Situation aus.

Das bezieht sich nicht nur auf das Selbst oder Individuum, sondern auch auf das, was in diesem Moment von der Entität gewünscht oder gewollt wird. So fasst Garro zusammen:

"If one accepts the assumptive reality of Anishinaabe sickness, a parent cannot be held morally accountable or responsible in any way for the injury of a child if authorship truly lies in the willful acts of another" (Garro 2010, 96).

Garro führt nun zusammen, dass der Wille somit entsteht, wenn sich jemand durch eigennütziges Handeln von der Masse abhebt, auch wenn nicht genau zurückverfolgt werden kann, wer der Urheber war (Garro zitiert nach Murphy und Throop 2010, 19).

Dieses Beispiel zeigt, dass die Entität, die in einer gewissen Situation als Handelnde/r wahrgenommen wird, ob es nun dem Selbst oder "bad medicine" zugeschrieben wird, moralisch bewertet wird. Aber die Zuschreibung, dass "bad medicine" für das Verhalten der Mutter verantwortlich ist und damit das Selbst der Mutter und ihr Verhalten (Streiten, Schreien und mit Gegenständen werfen) in den Hintergrund rückt, zeigt, dass sie nun als Person nicht moralisch als falsch angesehen wird, sondern stattdessen wird "bad medicine" die moralische Bedeutung zugetragen.

Außerdem beschreibt Garro, dass Zustände des Willens auch Veränderungen in der Welt schaffen können, ohne dass die beteiligte Person tatsächlich eine physische Handlung vornimmt. Dies kann zum Beispiel durch Gebete oder den Einsatz von Magie passieren (Garro 2010, 99). Obgleich Garro der Auffassung ist, dass diese Anschauung nicht durchgängig geteilt wird, so gibt es insbesondere in Glaubenskontexten das Wollen ohne eine aktive körperliche Handlung. Hier möchte ich hinzufügen, dass in Glaubenskontexten, dennoch körperliche Handlungen zu beobachten sind, die mit einem Besuch in der Kirche einhergehen können, beispielsweise das Beten oder das Denken an einen Wunsch. Dabei ist ein Kirchenbesuch ohne Messe von einem mit einer Messe zu unterscheiden. Letzteres könnte unter anderem auch Gesang, Sprache und Aufstehen beinhalten. Resümierend spielt die Betrachtungsweise der Person bzw. der nicht-menschlichen AkteurInnen somit eine zentrale Rolle, inwiefern wir den Willen und die dahinterstehende Moral wahrnehmen. Appell-Warren ergänzt die Beschreibung des „Selbst“ von Hallowell um die Fähigkeit zur Selbstreflexion. Das Selbstkonzept geht davon aus, dass Individuen in einer Kultur Selbstbewusstsein und Bewusstsein anderen gegenüber besitzen. In der anthropologischen Literatur untersucht, wie dieses Bewusstsein durch kulturelle Normen und Erwartungen geprägt wird (Appell-Warren 2014, 128).

Der Begriff „Individuum“ wird dagegen oft mit dem Westen in Verbindung gebracht, dessen Gesellschaften aus Individuen besteht. Das Individuum kann aber auch für sich als vollständiges moralisches Wesen bestehen (La Fontaine 1985, 136f.). MacFarlane setzt dieses vollständige moralische Wesen einer kategoriellen Hierarchie entgegen, wo ein Teil nur im Zusammenhang mit dem Ganzen eine Bedeutung aufweisen kann (MacFarlane 1992, 2).

Ein Gegenkonzept zum Individuum ist das poröse, durchlässige, mehrteilige „Dividuum“. Mariott und Strathern wenden dieses Personenkonzept als Kritik an westlichen wissenschaftlichen Traditionen an, die davon ausgehen, dass ontologische Probleme mit westlichen Denkweisen gelöst werden können. Sie kritisieren die Differenzierung zwischen Individuum und Gesellschaft (Schram 2015, 320). Mariott zeigt anhand von Forschung in Südasien beispielsweise, dass in der indischen Kultur, in der das Karma-Prinzip besteht, dass AkteurInnen und Aktionen (Feste, Geld, Weisheit, Land, Getreide, gekochtes Essen Müll, Elternschaft, Ehe, Dienstleistung, etc.) nicht getrennt voneinander betrachtet werden können:

„Actors‘ particular natures are thought to be results as well as causes of their particular actions (karma)“ (Marriott 1976, 109f.).

Marriott argumentiert, dass Dividuen im permanenten Austausch sind:

“To exist, dividual persons absorb heterogenous material influences. They must also give out from themselves particles of their own code substances-essences, residues, or other

active influences – that may then reproduce in others something of the nature of the persons in whom they have originated” (Marriott 1976, 111).

Auch Strathern geht von einem Personenkonzept des Dividuums in Tauschsystemen in Melanesien aus, dabei fließen Gegenstände zwischen den Personen in Form von Geschenkaustausch, ähnlich wie beim Kula Ring (vgl. Strathern 1988). Dabei nehmen Personen und Objekte einen Status der Unvollständigkeit an, um geben, annehmen und weiter- oder zurückgeben zu können (Strathern 1988, 178). Strathern nennt dies unvermittelte Tauschbeziehungen, wo eine Person unmittelbar die Lage des anderen beeinflusst, bzw. beide voneinander betroffen sind, sei es zum Beispiel die Gesundheit, das Wachstum, die Arbeit, Ehepartner oder die Tauschbeziehung einer Mutter-Kindbeziehung (Strathern 1988, 178f.).

„[...] for instance, a mother is held to 'grow' a child because the child, so to speak, also 'grows' her“ (Strathern 1988, 179).

Das Konzept des Dividuums habe ich verwendet, da ich zeigen möchte, dass Beziehungen in denen Care eine Rolle spielt, sich meiner Ansicht nach ebenfalls stark gegenseitig beeinflussen und man daher von Dividuum-Beziehungen sprechen könnte.

In diesem Diskurs ist von entscheidender Bedeutung, dass die Konzepte des Selbst, Individuum oder Dividuum keine Konzepte sind, die geographisch determiniert sind, sondern vielmehr kontextabhängig sind. So zeigt Holland, dass sich bei Indigenen in Indonesien, den Toraja, die er als soziozentrisch definiert, sehr wohl ein autonomes selbständiges Selbst finden lässt (vgl. Hollan 1992). Auf der anderen Seite zeigt er anhand eines Personenkonzepts in Amerika, in dem StudentInnen den Tod einer bedeutsamen Person in ihrem Leben als Teiltod von einem selbst beschreiben:

„You're stripped of a certain role [when someone dies]. One of the people you relate with is gone. And so that side of you is gone. And you're kind of empty and reaching out for something (Hollan et al. 1992, 290).

Hollan zeigt somit, dass die Grenzen zwischen Individuum und Dividuum nicht zwischen dem Westen und dem Rest der Welt gezogen werden können, sondern ineinanderfließen. Spiro nennt beispielsweise das Vorkommen des interdependenten Selbst in Werken von Amerikanern wie William James, G.H. Mead, Gardner Murphy, des österreichischen Psychologen Sigmund Freud und des österreichisch britischen Philosophen Sir Karl Popper (Spiro 1993, 137).

5. Positionalität

Die Datenerhebung für diese Arbeit führte ich in einem Pflegeheim in Österreich durch, das ich in der Zeit, in der ich die Datenerhebung leitete, auch in einer eigenen Wohnung bewohnte. Denn dieses Pflegeheim beteiligt sich an einem Projekt, welches eine Form des Wohnens ermöglicht, in der verschiedene Generationen, einerseits StudentInnen, andererseits SeniorInnen gemeinsam wohnen. Abgesehen von den Pflegeheimen findet dieses Projekt auch in privaten Haushalten von SeniorInnen statt, wo es ein eigenes Zimmer für die StudentInnen gibt.

Im September 2022 bin ich in besagtes Pflegeheim in Wien eingezogen und aufgrund eines Abrisses und Neubaus des Heims im September 2023 wieder ausgezogen. Die StudentInnen mussten schon etwas früher als die BewohnerInnen und PflegerInnen ausziehen. Ich bin jedoch weiterhin Teil des Wohnbuddyprojektes in einem anderen Heim. Es könnte sein, dass dies meine Daten im Nachhinein beeinflusst und mir durch den Vergleich der beiden Pflegeheime einige Dinge und Abläufe auffallen und ich dadurch die Unterschiede und Besonderheiten im beforschten Pflegeheim mehr beleuchtete. Aber die Untersuchungen beschränken sich nur auf das Heim, in dem ich die teilnehmenden Beobachtungen durchgeführt habe.

Das Heim, in dem ich die Daten erhoben habe, ist eher klein, familiär, liegt etwas außerhalb, nah an der Natur, mit einem großen Garten. Die Menschen, die dort leben, sind oft, aber nicht ausschließlich, aufgrund eines Sturzes ins Pflegeheim gekommen, manche direkt nach dem Krankenhausaufenthalt oder nach mehreren Krankenhauswechseln und Untersuchungen, ohne davor nochmal in ihr altes Haus oder ihre Wohnung zurückzukehren. Meistens hat die alte Wohnung Barrieren oder keinen Aufzug und die notwendige körperliche Verpflegung kann nicht mehr ausreichend von den Mitmenschen (PartnerInnen, Kindern, etc.) oder von den Betroffenen selbst durchgeführt werden. Bekanntermaßen werden oft mehrere Personen für den Transfer in den Rollstuhl und vom Rollstuhl zurück ins Bett (auch Mobilisierung genannt) benötigt. In dem Heim, in dem ich die Untersuchung durchführte, gab es 144 BewohnerInnen, aufgeteilt auf 4 Stationen, die in Farben bzw. Ebenen in den jeweiligen Stockwerken unterteilt waren: orange, gelb, blau und grün. Zudem gab es die Ebene Flieder, diese befand sich im anderen Teil des Gebäudes, welches durch dasselbe Stiegenhaus, aber durch einen anderen Durchgang für alle frei zugänglich war (auch für die BewohnerInnen der Stationen). Im Gegensatz zu jenen BewohnerInnen auf der Station hatten ehemalige BewohnerInnen der Ebene Flieder (die 'SelbstzahlerInnen' waren) ihre eigene Küche und Bad und konnten ihre Wohnungen abschließen. Jene 'SelbstzahlerInnen' benötigten keine Pflege. Als es jedoch

weniger ‘SelbstzahlerInnen’ gab, wurden die Wohnungen zunehmend von StudentInnen/Wohnbuddys und PflegerInnen bewohnt.

Im ganzen Haus gab es nur wenige Einzelzimmer, zum Beispiel auf Ebene Blau gab es vier Einzelzimmer, während in den anderen Zimmern jeweils mindestens zwei Personen, mit unterschiedlichen Krankheitsbildern durchmischt in denselben Zimmern gelebt haben. Auf anderen Stationen gab es sogar bis zu drei Betten in einem Zimmer. Die nicht mehr an moderne Standards angepasste Situation der Zwei- bzw. Dreibettzimmer, wie mir vom Leiter des Projekts mitgeteilt wurde, war unter anderem ein Grund für den Umbau. Der Umfang der Zeit, die die BewohnerInnen in diesem Heim verbrachten, war unterschiedlich, es gab jene, die mehrere Jahre bis zum Tod in diesem Pflegeheim lebten, andere dagegen waren nur vorübergehend im Heim um anschließend in ein Pflegeheim zu wechseln, welches näher bei ihren Angehörigen war. Doch für die meisten BewohnerInnen bedeutete der Umzug ins Heim einen Daueraufenthalt.

Jene Station, bei der ich die Pflegearbeit beobachtet habe, Ebene blau, war eine geriatrisch psychiatrische Station, es gab jedoch auf jeder Station BewohnerInnen, die sich in unterschiedlichen demenziellen Stufen befinden (Bezug auf Naomi Feil), oder andere Krankheitsbilder wie Schlaganfall, Angsterkrankungen, etc. haben. Somit waren die Personen, die sich die Zimmer teilten, oft auch ihre Diagnosen betreffend sehr unterschiedlich. Es gab auch keine BewohnerInnen mehr, die in einer ‘eigenen Wohnung’ im Pflegeheim (mit abgetrennter Küche und Bad, wie die StudentInnen/Wohnbuddys bzw. einige der PflegerInnen) wohnten. Alle BewohnerInnen lebten auf den Bettenstationen mit unterschiedlichen Einschränkungen und Erkrankungen.

Insgesamt führte ich die Forschung in drei Bereichen durch. Von Anfang Mai bis Juni 2023 führte ich Interviews mit zwei Wohnbuddys, die damals bereits ausgezogen waren, sich aber freiwillig im Garten des Pflegeheims für das Interview treffen wollten. Die dritte Wohnbuddy lebte noch im Heim und wir führten das Gespräch im Innenhof durch. Ich machte noch weitere Interviews auch mit PflegerInnen, in den Interviews ging es aber nicht ausschließlich um das Jung-Alt-Wohnprojekt. Im Juni und Juli 2023 führte ich überwiegend die Feldforschung in der Pflege durch. Ende Juli und August habe ich begonnen bei den Angehörigen-Besuchen dabei zu sein, habe den Kontakt zum Besuchsdienst des Jung-Alt-Vereins aufgenommen und mit einer Besucherin auch noch einige Beobachtungen bis Oktober durchgeführt. Vereinzelt führte ich Beobachtungen auch noch bis Jänner 2024 durch, als ich bereits aus dem Heim ausgezogen war und seitdem ich nun in einem anderen Seniorenheim lebe, welches ebenfalls am Wohnbuddy-Projekt teilnimmt. Mein anfänglicher Versuch, den Forschungsprozess mit der

teilnehmenden Beobachtung bei den Wohnbuddys durchzuführen, scheiterte daran, dass ich erstmal den theoretischen Rahmen der Masterarbeit erstellen musste. Als ich diesen schließlich mit der Leitung Ende Mai 2023 abgeklärt habe, erhielten wir bereits die Nachricht über den Neubau. Die Wohnbuddys im Heim waren daher Großteils bereits mit der Wohnungssuche und ihrer Arbeit, Studienwechsel und Studium beschäftigt, sodass ich erst noch versuchte, ein paar Interviews mit zwei Wohnbuddys zu führen, die zu dem Zeitpunkt der Interviews nicht mehr das Pflegeheim bewohnten und einem Wohnbuddy, die zu dem Zeitpunkt des Interviews noch in dem Pflegeheim wohnte. (Als ich eingezogen bin, gab es drei weitere Wohnbuddys. Ein paar Monate nach meinem Einzug waren es nur noch zwei. Mir wurde berichtet, dass der häufige Wechsel der StudentInnen nicht unüblich war. Der Aufenthalt der Wohnbuddys reichte von ein paar Monaten bis zu vier Jahren - mit Beginn des Projekts.) Da aufgrund der verringerten Arbeitszeit der Wohnbuddys eine Forschung in diesem Thema fast nur noch mittels Interviews möglich schien, merkte ich in Absprache mit meiner Betreuerin, dass es schwierig werden könnte, Daten in Form von teilnehmender Beobachtung zu erheben; eine Methode, die ich bei dem Feldzugang, den ich durch das Projekt und meiner Wohnsituation direkt im Feld hatte, natürlich gerne nutzen wollte.

5.1 Rollenverschiebung

Wie bereits im Kapitel zu Care erwähnt, wird Pflege vermehrt der weiblichen privaten Sphäre zugeschrieben, daher war meine Situation, das Feld als Frau zu betreten, in diesem Fall gerade darum einfacher und ein Privileg, welches mir den Einstieg ins Feld und den Zugang zu ForschungspartnerInnen erleichterte. Die Zeit, als ich als Wohnbuddy dort wohnte, bevor ich mit der Datenerhebung begonnen habe, hat es dazu geführt, dass ich ein paar der MitarbeiterInnen und BewohnerInnen schon mal am Gang begegnet bin. Vermutlich hat die Rolle als Wohnbuddy den generellen Einstieg ins Feld erleichtert und auch die Gespräche mit der Leitung und Direktion, zumal ich hier bereits im Zuge meines Einzugs die Kontaktdaten erhalten hatte und nicht erst erfragen musste. Trotzdem war der Einstieg als Forscherin unangenehm. Ich hatte durch das Studium kaum Erfahrung und auch Langzeitforschung, dadurch war die teilnehmende Beobachtung in so einem sensiblen Bereich wie der Pflege ein tägliches Herausgehen aus meiner Komfortzone. Zwar gab mir mein Nebenjob als persönliche Assistentin bereits einen Einblick in die Care-Arbeit, aber dennoch fiel mir insbesondere der Einstieg ins Feld sehr schwer; beispielsweise das Fragen, ob ich bei Besuchen Angehöriger dabei sein kann oder bei Care-Tätigkeiten wie beim Bett machen

helfen kann. Persönliche Assistenz ist die individuelle Unterstützung für Menschen mit Behinderungen (siehe 6.1.3 “Ich will mich sicher fühlen”⁵). Die Tätigkeiten gestalten sich je nach AssistenznehmerIn sehr unterschiedlich und reicht von Haushaltstätigkeiten, über Hebe-Tätigkeiten der Person (z.B. vom Rollstuhl ins Badezimmer/WC) über Unterstützung am Arbeitsplatz.

Das Unwohlseins-Gefühl lag vermutlich an mehreren Komponenten. Vermutlich war einer der Gründe, warum jeder Tag eine Herausforderung für mich darstellte, dass ich zwar die Rolle als Pflegende in meinem Nebenjob kannte, aber mich in der Rolle als Forscherin sehr unsicher fühlte. Denn vor allem in Situationen, bei denen ich keine offizielle Tätigkeitszuschreibung hatte, war es nicht nur für mich unangenehm, sondern, so vermute ich, auch für die Angehörigen. Es kam es mir so vor, als hätte ich keine ‘Berechtigung’ zu bei den Besuchen danebenzusitzen und die Personen ‘nur’ zu beobachten.

Der erste richtige “breaking through” seitens der MitarbeiterInnen stellte der Moment dar, als ich fragte, ob ich mitgehen könnte beim Spazieren gehen in der Mittagspause (vgl. DeWalt 2011). Da es draußen etwas kühl war, wollte ich eine Weste aus meiner Wohnung holen, die nur eine Minute durch das Stiegenhaus entfernt war. Als sie mich jedoch fragten, wo ich mir diese Weste holen würde und stattdessen eine Weste der MitarbeiterInnen angeboten bekam, fühlte ich mich vom Team der PflegerInnen als akzeptiertes Mitglied.

Jedoch gestalteten sich nicht alle Situationen als einwandfrei. Denn auch wenn ich vor allem bei meinen Forschungssubjekten und der Leitung offen damit umgegangen bin, dass ich nun für meine Masterarbeit forsche, so gab es dennoch unangenehme Situationen. Die MitarbeiterInnen und BewohnerInnen, die mich eher als Wohnbuddy und nicht als “Forscherin” wahrgenommen haben, zeigten in manchen Situationen ihre Verwunderungen, über meine geänderten Tätigkeiten, die ich nun übernommen hatte. Demnach gab es eine Situation, in der ich den Essenswagen von der Station Blau in die Betriebsküche gebracht habe. Dem ist jedoch hinzuzufügen, dass ich auf einer anderen Station meine Daten erhoben habe als an den Stationen wo ich regelmäßig als Wohnbuddy tätig war, auch wenn sich dies im Zuge der Datenerhebung mit den Angehörigen und den Besuchsdiensten etwas vermischt hat. Und erst durch die Beschäftigung mit der Masterarbeit habe ich beispielsweise Tätigkeiten in der Küche oder in der Pflege, wie das Bettenbeziehen, übernommen. Dadurch entstanden des Öfteren unangenehme Situationen und überraschte Reaktionen, als ich auf jene Personen getroffen bin, die mich vorerst durch meine Tätigkeit als Wohnbuddy bzw.

⁵ <https://persoenlicheassistenz.at/>, abgerufen am 15.10.2023

“Seniorenanimateurin” kannten. Die Tätigkeiten, die ich als Forscherin übernommen hatte, waren vorwiegend jene, die normalerweise PraktikantInnen, Zivildienstler oder MitarbeiterInnen aus der Küche durchführen. Diese Momente, die mir zeigten, dass es ungewohnt war, mich bei diesen Tätigkeiten helfen zu sehen, passierten meistens am Gang. Der Gang war ein Ort der Begegnung, an dem ich allen Menschen begegnete, die ich im Heim kennenlernte, auch jene aus dem Büro. So fragte mich beispielsweise die Sozialbegleiterin, die mich von Beginn an kannte und mit mir soziale Tätigkeiten vor- und nachbesprochen hatte, in so einer Situation verwundert: “Du schiebst den Küchenwagen?”. Diese Situation zeigt, dass es feste Tätigkeitszuschreibungen gibt, und mir als Wohnbuddy das Schieben des Küchenwagens anscheinend nicht zugeschrieben wurde, da es, wenn es als selbstverständlich wahrgenommen werden würde, hier nicht so offensichtlich hinterfragt worden wäre.

Weitere Beispiele für Rollenverschiebungen, die jedoch nicht so verwundert aufgenommen wurden, waren folgende mit den BewohnerInnen. So hatte ich beispielsweise eher eine “Aufpasser”-Funktion mit einem Herrn, dem ich bei einem Ausflug zugeteilt wurde. Wir saßen beim Essen nebeneinander und redeten bzw. ich hörte zu, als er erzählte. Im weiteren Verlauf der Datenerhebung habe ich jenen Herrn auch bei den Besuchsdiensten einige Male begleitet. Ein weiteres Beispiel wäre jenes der Dame, mit der ich mich seit einigen Monaten wöchentlich getroffen habe um Rummikub zu spielen und als ich sie bereits über ein halbes Jahr kannte, fragte ich sie ob ich im Zuge der Masterarbeit öfter auch bei den Besuchen ihrer Angehörigen dabei sein könnte. Ich denke, dass mir das Bekanntsein mit dem Heim, dass ich bereits ein bekanntes Gesicht für viele MitarbeiterInnen war, mir den Feldzugang erheblich erleichterte, auch wenn es nicht in allen Situationen zu einem Erfolg führte. So konnte ich beispielsweise bei den Angehörigenbesuchen im Heim dabei sein, dennoch haben meine ForschungspartnerInnen mich auf meine Frage hin, ob ich einmal im persönlichen Treffen mitkommen könnte, nicht eingeladen. Auch wenn durch meine vorige Arbeit nicht jede Feldforschung Situation funktioniert hat und nicht jede/r bei allem zugestimmt hat, so wurde mir dennoch relativ schnell ein Platz im Feld gewährt. Außerdem wurde ich teilweise auch nach Ratschlägen gefragt, so fragte mich jene Besucherin, die ich im Rahmen des Besuchsdienstes begleitete, wo wir uns am besten hinsetzen können, um den Besuchsdienst durchzuführen und meinte unter anderem auf die Frage hin, wo wir hingehen manchmal auch: “Du kennst dich da besser aus, wo könnten wir hingehen?”. Daraufhin schlug ich den Wintergarten, den Bereich mit Stühlen und einem Tisch vor dem Veranstaltungssaal im ersten Stock oder das Restaurant, etc. vor. Diese Zusatzinformationen kannte ich durch das Leben im

Heim, ich habe sie mir im Vorhinein erarbeitet, wie Breidenstein et al. erwähnt: “Die Teilnahme an gesellschaftlicher Praxis setzt ein enormes Alltagswissen über diese voraus, das als Teilnehmersoziologie oder eben Ethnosoziologie verstanden werden kann. Dieses Wissen müssen Soziolog:innen sich oft erst erarbeiten, um zu verstehen, warum die Leute tun, was sie tun” (Breidenstein et al 2020, 32f.).

Gewissermaßen könnte man sagen, dass ich mir die Zusatzinformationen darüber, wo es Sitzgelegenheiten im Gebäude geben könnte um Besuche durchzuführen mir im Vorhinein im Rahmen als Wohnbuddy erarbeitet habe, sodass die Besucherin des Besuchsdienstes, die bereits seit einigen Monaten ins Pflegeheim gekommen war, der Überzeugung war, dass ich mich besser auskennen würde als sie.

Der Fakt, dass ich zwei der BewohnerInnen bereits im Vorhinein durch die Freizeitaktivitäten kannte, ermöglichte mir vermutlich auch einen leichteren Zugang ins Feld und so nehme ich an, auch eine schnellere Zustimmung auf die Frage hin, ob ich sie im Rahmen meiner Masterarbeit beobachten darf, als wenn ich die ForschungspartnerInnen zuvor nicht gekannt hätte. Das, was mir erspart geblieben ist, war nämlich das Suchen nach geeigneten Personen. Auch der Zugang zum Besuchsdienst wurde mir ermöglicht, da ich hier einen Namen nennen konnte und am Telefon bzw. per Mail fragen konnte, ob ich bei diesem Bewohner und seinem Besuchsdienst, den ich bereits durch meine Tätigkeit als Wohnbuddy kannte, teilnehmend beobachten darf. Der Zugang zu Kontaktdaten und Namen zu möglichen Forschungssubjekten, die ich begleiten wollte, wurde mir durch die vorangegangene Rolle als Wohnbuddy, und die daraus resultierende Legitimität als Bewohnerin, erleichtert. Fragen, warum ich denn hier bin und genau dieses Heim gewählt habe, konnte ich dann mit “Ich wohne auch hier und mache mit beim StudentInnenprojekt” begründen.

Ein Nachteil dieser Situation könnte sein, dass mir die “Distanzierungsmaßnahmen” durch meine mehrmonatige Bekanntmachung mit dem Feld etwas schwerer gefallen sind (Breidenstein et al 2020, 48f.). Um das Phänomen des going native zu vermeiden war es vielleicht sogar schon etwas zu spät, da ich dort gewohnt habe und durch den Themenwechsel relativ spät mit der Datenerhebung begonnen habe. Die Analysephasen zu unterbrechen, stellte sich als schwierig dar, da ich zwar selten, aber immer mal wieder etwas mitbekommen habe. Breidenstein meint: “Dem going native ist ein coming home entgegenzusetzen” (Breidenstein et al 2020, 49f.). Dies war mein Fehler bzw. ist mir dies nicht ausreichend gelungen: “[...] diese persönliche Befremdung kontinuierlich zu erneuern - [...] dass man sich, nachdem man etwas verstanden hat, noch mehr wundert” (Breidenstein et al. 2020, 50). Ein Versuch, dem zu entgehen war, dass ich eine Station gewählt habe, in der ich nicht als Wohnbuddy tätig war.

Ich wollte die Datenerhebung an einer Station durchführen, an der ich sonst am wenigsten zu tun hatte. Dadurch wollte ich mir ermöglichen, im Rahmen des Heims, wo ich zu Hause war, in die Welt 'einzutauchen', die mir noch so fremd wie möglich war. Ein weiterer Grund, warum ich eine andere Station gewählt habe für die teilnehmende Beobachtung in der Pflege als für die Arbeit als Wohnbuddy war unter anderem, dass ich mich nicht zu sehr erklären muss und bei den BewohnerInnen oder MitarbeiterInnen Verwirrungen stifte. In der 'neuen' Station, die mich zumindest noch nicht gänzlich als Wohnbuddy miterlebt hatte, erhielt ich die Rolle der Praktikantin. Ich führte jene Tätigkeiten durch, die die PraktikantInnen und die Zivildienster ausführen. Dies trug dazu bei, dass ich bei vielen Dingen eine Einführung bekam bzw. zu jenen Tätigkeiten wie Seifen- und Desinfektionsspender wechseln, Geschirrspüler ein- und ausräumen, Tisch neu aufdecken, Essen ausgeben, Namensschilder zwischen den Suppentassen und Schüsseln einklemmen, damit wir wissen bei wem Maltodextrine zur Suppe hinzugefügt wird, abservieren, Tische abwischen, Jause mit Jausenwagen verteilen (Kaffee und Kuchen, bzw. eine Bewohnerin bekommt eine Kanne Kamillentee), Betten überziehen (mit speziellen Leintüchern, je nach Matratzenart).

Außerdem habe ich die Forschung zum Thema Pflege im Jahr 2023 in den Sommermonaten durchgeführt. Der Sommer ist eine Zeit, in der ein Großteil der MitarbeiterInnen auf Urlaub fahren. Daher müssen sich die im Dienst befindlichen umso mehr um die PatientInnen kümmern. Soweit erforderlich, übernehmen sie zudem Tätigkeiten, die eigentlich den Küchenmitarbeiterinnen obliegen. Meine Unterstützung wurde somit sehr geschätzt und in der Rolle der zusätzlichen Praktikantin wurde ich sehr positiv und als große Hilfe wahrgenommen. Zum Beispiel als ich an einem Morgen im Sommer, die Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin Sonja, zum ersten Mal traf, aber bereits einige Tage im Feld tätig war, stellte ich mich kurz als Studentin vor, die Daten für eine Masterarbeit sammelt. Zuerst wirkte sie sehr gestresst und fragte mit ernstem Blick, was ich möchte. Dann meinte ich, dass ich teilnehmende Beobachtungen durchführe, auch beim Betten beziehen, Handtücher austeilen und in der Küche etc helfen kann. Ihr Gesicht wirkte entspannter, sie lächelte sogar etwas und meint: "Aso ja helfen gerne", sie bedankte sich. Gegen Nachmittag, als ich die Tische im Speisesaal nach der Jause abwischte, für die wenigen, die die Jause im Speisesaal aßen kam sie nochmal auf mich zu und bedankte sich erneut für meine Hilfe.

Meine Nachfrage nach Interviews hingegen wurde nicht so gut angenommen. Zu Beginn des Feldaufenthalts saßen einige PflegerInnen bei den Computern, um zu dokumentieren, ich ging auf sie zu und fragte sie, ob jemand vielleicht etwas später Zeit hätte für ein Interview,

daraufhin blickten nur einige der PflegerInnen von ihren Computern auf, eine Pflegerin, die direkt vor mir saß, meinte: “Wir trauen uns nicht”.

6. Auswertung

Bei der Durchsicht meiner Daten ist mir aufgefallen, dass die Einflussnahme auf die BewohnerInnen bei Care im Pflegeheim, in dem ich Daten erfasst habe, eine wichtige Rolle spielt. In manchen der Beschreibungen gibt es hier eine Diskrepanz zwischen dem, was die BewohnerInnen wollen, und dem, was die PflegerInnen für die BewohnerInnen wollen, oder in den Worten von Driessen:

“[...], what a resident wants [...] does not always align with what the caregiver wants [...] (Driessen 2018, 112).

Driessen bezieht sich auf Care im Demenzbereich, so meint sie, dass diese Spannung der unterschiedlichen Wünsche charakteristisch ist für Care im Zusammenhang mit Menschen, die mit abnehmenden geistigen Fähigkeiten leben (Driessen 2018, 112). Die Diagnosen der BewohnerInnen stehen in meiner Arbeit weniger im Mittelpunkt, dennoch betrachte ich es als erwähnenswert, dass auf allen vier Stationen Menschen mit Demenz untergebracht waren. Die Daten in der Gruppe der PflegerInnen habe ich ausschließlich in der psychiatrisch geriatriischen Station erfasst.

Beim Durchgehen mehrerer Situationsbeschreibungen fiel mir auf, wie diese Einrichtung mir im Laufe der Zeit persönlich viel Sicherheit und Halt gegeben hat, dies empfand ich als sehr angenehm. So hat mir die Struktur und die wiederkehrenden Routinen um mich herum, zwar außerhalb meiner Wohnung, die ich aber mitbekommen habe, Halt gegeben. Beispielsweise gab es täglich um 12.00 Uhr Mittagessen, um 14.00 Uhr Jause und um 16.00 Uhr Abendessen. Alle Aktivitäten wurden ausgeschrieben bzw. mir mitgeteilt, ich wusste daher schon im Vorhinein Bescheid, falls eine Veranstaltung im Heim stattfindet. Mein Leben, welches zu der Zeit eher unstrukturiert war, durch unregelmäßige Zeiten in meinem Nebenjob und geblockte Lehrveranstaltungen, die zum Teil noch online waren, musste ich mir vieles selbst einteilen. An manchen Tagen orientierte ich mich daher an den Routinen des Heims, jedoch nicht immer. Ein weiteres Beispiel dafür, dass mir auffiel, dass ich mich wohl fühlte war als ich mich noch beim ersten Vorstellen und Kennenlernen des Wohnbuddy-Projektes erinnern konnte, dass sich der Geruch, die Krankenhausatmosphäre, der Desinfektionsspender und der Corona-Kontrolleur beim Eingang erst noch nicht so geborgen und heimelig anfühlten. Dieses Gefühl legte sich bereits nach den ersten Monaten, in denen ich dort wohnte. Durch die Einbettung in ein soziales Gefüge, in dem ich sehr viele Menschen kennenlernte, fühlte ich mich zunehmend wohl und blendete die Krankenhausatmosphäre aus. Das Pflegeheim wurde zu meinem

Zuhause. Stafford beschreibt den Ort des Pflegeheims als Art Zwischenraum zwischen Wohnen und Versorgen folgendermaßen:

“The nursing home has the potential to assist people, ceremonially with movement from life to nonlife. However, it rarely fulfills this mission because it is duty-bound, as well, to fulfill the dictates of the medical model and keep people alive at all costs. In the cultural order, the hospital exists as a clear domain. The home exists as a clear domain. The nursing home, caught in the middle, dwells in an unending noman’s land, a gray area in our society” (Stafford 2003, 18).

Mit der Zeit fiel mir auf, dass Praktiken oder Maßnahmen der Kontrolle und die Auswirkungen von einem sehr geregelten Alltag und dem Leben in einer Institution auf BewohnerInnen andere Auswirkungen haben als auf mich, bzw. habe ich das Heim etwas differenzierter betrachtet. Nicht nur die Struktur des Pflegeheims an sich und ihre MitarbeiterInnen nehmen Einfluss auf die Verhaltensweisen der BewohnerInnen, sondern auch die AkteurInnen, die im Heim zu Besuch sind (und seltener Kontakt mit den BewohnerInnen haben als Teilzeit oder Vollzeit angestelltes Personal) wenden in einem bestimmten Ausmaß bestimmte Kommunikationsformen an. MitarbeiterInnen, Angehörige und die Besucherin, die ich während meiner Forschung beobachtete, befinden sich dabei in einem Verhältnis von unterschiedlichen Werten wie Verantwortung, Freiheit, Vorgaben des Pflegeheims und Selbstbestimmtheit der BewohnerInnen.

Als ich in das Heim eingezogen bin, wurde ich bereits bei der Vertragsunterzeichnung darauf aufmerksam gemacht, dass ich, falls ich später nach Hause kommen sollte, nach 19.00 Uhr, sich die Tür beim Haupteingang nicht mehr automatisch öffnet, sondern nur mit dem Schlüssel zu öffnen ist. Ich sollte darauf achten, dass die Tür wieder schließt und wenn sie sich nicht schließen lassen sollte, dann müsste ich eine Pflegekraft holen, die die Tür schließt, da viele demenzkranke BewohnerInnen sonst verschwinden. Auch beim Hintereingang/Notausgang war ein orangefarbenes A4 Blatt angebracht auf dem mit großer Schwarzer Schrift geschrieben stand: “Bitte Türe geschlossen halten, Bewohnerin mit Fluchttenenz”. Driessen schreibt zu geschlossenen Türen in einem Pflegeheim, dass allein der Zustand einer offenen Tür die BewohnerInnen mit dem Pflegeheim in Verbindung bringt und sie somit “besser gebunden” sind, ungeachtet dessen ob die BewohnerInnen der offenen Tür mit einer aktiven Handlung folgen, sprich dem Hinausgehen. Allein die gefühlte Freiheit durch die offene Tür wirkt sich auf die BewohnerInnen so aus, dass dies allein ausreicht, um sich wohler im Pflegeheim zu fühlen:

“Knowing that one is not locked up provides a sense of calm, and automatically decreases the urge to run away” (Driessen et al 2017, 29).

Die WissenschaftlerInnen erwähnen an dieser Stelle jedoch auch die Schwierigkeiten, die eine offene Tür für die Pflegekräfte mit sich bringt, und die Strategien, die sie entwickelt haben, um mit den Herausforderungen umzugehen, wie z.B. die Ablenkung vom Hinausgehen beim Trinken einer Tasse Kaffee oder das Lauschen auf das Klappern der Türklinken, um auf BewohnerInnen zu achten, die das Gebäude verlassen (Driessen et al. 2017, 37).

Auch wenn mir später in der Beschäftigung mit meiner Masterarbeit die Einschränkung und das Aufpassen von BewohnerInnen erst wieder beim Lesen des Artikels von Driessen eingefallen ist, so fiel mir im weiteren Verlauf bei der Beschäftigung mit meinen Daten auf, dass diese Praktiken der Kontrolle im Umgang mit BewohnerInnen des Pflegeheims nicht bei offenen Türen enden.

Auch wenn Sozialbegleiterinnen, PflegerInnen, Angehörige und BesucherInnen den BewohnerInnen etwas anbieten und etwas Gutes tun wollen, (dafür auch eine Ausbildung haben, und durch viel Erfahrung täglich sehr empathisch auf die BewohnerInnen eingehen), so ist mir in meinen Daten einige Male aufgefallen, dass dies oft durch eine sehr kontrollierende Einflussnahme und Motivation in der Sprache stattfindet, die die BewohnerInnen dazu bewegen soll, das zu tun was die MitarbeiterInnen den BewohnerInnen vorschlagen. Ich möchte mich daher etwas näher mit der Einflussnahme und Kontrolle in der Care-Arbeit im Pflegeheim aus drei Perspektiven beschäftigen. Jene sind die Beobachtungen aus der Pflegearbeit und Besuchsdiensten, einer ehrenamtlichen Besucherin, sowie die der Angehörigen. Unterteilt habe ich die Auswertung in übergreifende Themen, da die unterteilten Themen in allen drei Gruppen vorkommen. So spielt beispielsweise die Eingabe von Essen sowie die Eingabe von Kuchen in der Pflege eine Rolle, auch seitens der Angehörigen (da die Lebensmittel von dem Geld der Angehörigen bezahlt und mitgebracht wurden oder das Besorgen von Bestellungen durch den Haustechniker).

Die Essenseingabe oder das Essenreichen umfasst dabei den Prozess, in dem Pflegekräfte den BewohnerInnen Nahrung anreichen, von der Führung der Gabel in den Mund der BewohnerInnen einer ruhigen Umgebung, dem Abwischen mittels Serviette und der anschließenden Mundspülung der Prothese (Huhn 2018).

Die Themen, in die ich meine Daten unterteilt habe, fasse ich somit in “Hygiene”, “Essen”, “Freizeit” und “Risiko und Prävention” zusammen. Zudem scheint mir meine eigene Reflexion wichtig, da es das Forschungsergebnis und meine Auswertungen erheblich beeinflusst, da ich

seit 4,5 Jahren neben dem Studium geringfügig als persönliche Assistentin tätig bin (worauf ich unter 6.1.3 “Ich will mich sicher fühlen” noch näher eingehen werde).

6.1.1 “Ich will am Leben teilnehmen”

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, begleitet uns Herr Schmid nach der gelungenen Überredung hinaus in den Garten, um sich zu uns zu setzen. Wir bereiten die Decken vor, die sich die BewohnerInnen auf den Schoß legen und dann die Hühner streicheln können, wenn diese auf dem Schoß sitzen bleiben. Währenddessen kommen die Hühner und werden aus ihren Transportwagen herausgelassen und bewegen sich nun frei im Garten herum. Während die Hühner da sind, sitzen die BewohnerInnen, Lara und ich im Kreis, Decken und Futterschüsseln samt Mehlwürmern werden an die BewohnerInnen verteilt.

Herr Schmid scheint wenig Begeisterung gegenüber den Hühnern zu haben, da er sie nicht füttert und auch nicht halten möchte, aber er kommt in der Zeit, in der die anderen BewohnerInnen die Hühner füttern, mit uns ins Gespräch. Er redet über den Umbau und fragt, ob Lara und ich auch mitkommen. Nachdem wir ihm gesagt haben, dass wir leider nicht mitziehen werden, erzählt Lara, wohin sie ziehen wird bzw., dass sie gerade noch auf Wohnungssuche ist, und ich erzähle von meinen Umzugsplänen in ein Seniorenheim. Lara macht zwischendurch immer wieder Fotos. Außerdem haben wir Sonnenhüte verteilt, da die Sonne recht stark scheint. Einer der Bewohner fragt, wie viel die Hüte gekostet haben, aber wir wissen es nicht. Nachdem bereits etwa eine Stunde vergangen ist, macht Herr Schmid noch einen Witz und fragt, was es heute zum Mittagessen gibt, ich glaube entweder er oder jemand anderes sagt: “Paprikahuhn”. Nachdem schon einige der BewohnerInnen wieder zurück in die Station gehen, räumen Lara und ich langsam die Decken und Hüte wieder weg und Vater und Tochter (die Hühner-BesitzerInnen), die heute statt der Mutter und dem Sohn die Hühner gebracht haben, fangen die Hühner wieder ein.

Auch wenn Herr Schmid nicht so an den Hühnern interessiert war oder an der Aktivität selbst, so war er doch mitgekommen und hatte sich überreden lassen, vom Bett aufzustehen und für etwa eine Stunde in den Garten hinauszugehen.

Doch es ist nicht immer nur das Interesse der PflegerInnen, BewohnerInnen für Freizeitaktivität zu motivieren oder für diese zu überreden. In einem Interview mit einer diplomierten Pflegerin lachte sie erstmal auf meine Frage, warum vor kurzem ein Bewohner neben ihr am Empfang gesessen ist. Sie antwortete mit: “Beschäftigung”, denn Herr Evers saß neben der diplomierten Pflegerin bei den Computern, beim Empfang, und schrieb etwas bzw. Löste ein Rätsel. Dass

BewohnerInnen neben den PflegerInnen beim Empfang sitzen ist nichts Alltägliches, ich habe sie im Interview darauf angesprochen, da es für mich etwas Ungewöhnliches war, denn ich habe noch nie BewohnerInnen dort sitzen gesehen. Im Normalfall befinden sich bei den Computern am Empfang nur die Pflegekräfte, wo sie ihre Dokumentationen durchführen. Es kann tagsüber sein, dass sich auf der anderen Seite des Empfangs ab und zu auch Angehörige melden, um sich über ihre Verwandten zu erkundigen. Doch dort im Computerbereich befinden sich tatsächlich nur die PflegerInnen. Dies ist daher ein Beispiel dafür, dass ein Bewohner aktiv nach Beschäftigung gefragt hat, anstatt dass die Pflegekraft ihn zum Lösen von Rätseln motivieren muss.

Sie setzt fort, dass sie bedauert, dass sie zu wenig Zeit hätte und der Bewohner aufgrund seines psychischen Krankheitsbildes einen strukturierten Tagesablauf mit Begleitung brauche. Wenn sie ihm ein Wort-Rätsel gibt, was er allein lösen soll, dann ist er schnell davon überfordert. Aber wenn er neben ihr bei der Rezeption bei den Computern sitzt, dann kann sie ihrer Arbeit nachgehen, sich konzentriert auf die Berichte fokussieren und er kann zwischendurch etwas fragen und sie kann ihm helfen. Dann sind sie fertig und sie gibt ihm eine weitere Aufgabe wie zum Beispiel: “Welche drei Begriffe können Sie nennen, die sich in der Küche befinden?”, dann meint er “Topf” und fragt sich, was noch in der Küche sein könnte, sie sagt dann beispielsweise: “Was benutzt man beim Essen noch?” und er schreibt dann Besteck auf. Sie sagt: “Er braucht immer wieder Impulse, um sich weiter zu beschäftigen, es ist eine Beschäftigung, gleichzeitig Gedächtnistraining und es gibt einen Sinn vielleicht auch für den Alltag und er fühlt sich dabei sehr wohl” (Interview 1.7. Minute 31:45). Auf diese Situation bezogen möchte ich das neue Konzept des Body Doubling vorstellen, welches 1996 von Linda Anderson geprägt wurde. Bei Body Doubling geht es um die Präsenz einer anderen Person oder Entität, live oder per Video (z.B. YouTube, Focusmate), die zu einer besseren Konzentration bei Erledigungen (z.B. beim Lernen, Hausarbeit, Sport, Körperpflege ...) führen soll. Das Entscheidende bei dieser Beschäftigung ist jedoch nicht, dass eine Person zwingend in dieselbe Beschäftigung involviert sein muss wie die andere. Es geht dabei darum, dass man das Gefühl hat, nicht allein zu sein. Vorwiegend wird es bei Menschen mit Neurodiversität angewendet, aber da die Station, in der ich dieses Interview und die Beobachtung durchgeführt habe, die gerontopsychiatrische Station war, möchte ich den Umgang mit Herrn Evers und die Situation mit der Aufgabe, die er neben Schwester Sarah gelöst hat, während sie ihren Dokumentationen nachgegangen ist, etwas genauer anführen. Die Anwesenheit der anderen Person hilft nämlich aus verschiedenen Gründen, und zwar als “companionship, accountability, guilt, and serving as a visual reminder” (Eagle et al 2023, 23).

Dabei hilft die alleinige Präsenz der anderen Person bereits, den Druck zu erhöhen, um weiterhin fokussiert an der Aufgabe dranzubleiben (Eagle et al 2023, 23). Body Doubling besteht aus zwei Komponenten, einerseits die Lebendigkeit, die durch ein Double in einem gleichzeitigen Raum-Zeit-Spektrum stattfindet. Andererseits gibt es verschiedene Ebenen der Gleichzeitigkeit und des Bewusstseins über die Rolle des Body Doubles:

“This spectrum ranges from someone who knows what you are doing, and you can be accountable to, to someone sharing a space but unaware of their role as a body double” (Eagle et al 2023, 24).

Demnach wären fremde Personen, die in einem Café oder in einer Bibliothek lernen und beispielsweise am Nebentisch sitzen, sich ihrer Rolle als Body Double nicht so bewusst, wie in dem oberen Beispiel von Schwester Sarah und dem Bewohner. Zudem gibt Schwester Sarah Herrn Evers auch Impulse und obwohl sie ihrer Arbeit der Dokumentation nachgeht, hat Herr Evers die Möglichkeit, Sarah ständig zu unterbrechen oder etwas nachzufragen bzw. gibt sie ihm neue Aufgaben, sobald er fertig ist. Die anfänglich zögerliche Art, als Schwester Sarah auf meine Frage hin, warum Herr Evers am Empfang gesessen ist, reagierte, zeigt jedenfalls ihre Bedenken darüber, die BewohnerInnen ‘unzureichend’ zu beschäftigen. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass ihr eigenes Gefühl über die ‘unzureichende’ Beschäftigung andeutet, dass sie den Erwartungen, die sie denkt, erfüllen zu müssen, nicht gerecht wird. Denn ihre zögerliche Antwort zu Beginn, mit nur einem Wort, könnte darauf hindeuten, was die Pflegerin denkt, was vom Pflegeberuf erwartet wird. Ich nehme an, dass es ihr vielleicht unangenehm ist, nicht genügend Zeit für den Bewohner zu haben und sich nicht noch neben ihrer Tätigkeit des Dokumentierens gleichzeitig mit ihm zu beschäftigen, anstatt sich ausschließlich Zeit für den Bewohner nehmen zu können. Dies könnte soziokulturellen Erfordernissen zeigen, die einem Pflegeberuf zugeschrieben werden.

Durch Body Doubling möchte ich darstellen, dass sie beiden Aufgaben, sowohl jener der Dokumentation als auch der BewohnerInnenbeschäftigung nachkommt.

Sie beschreibt anschließend, dass es mehrere Säulen gibt, auf die man sich im Leben stützt und meint, dass eine Säule davon die Arbeit ist und wenn einem das alles weggenommen wird, so sagt sie: “Welchen Sinn habe ich dann noch, wenn ich nur esse, liege und nichts weiter mache?” (Interview 1.7. Minute 34:30).

Die Sinnhaftigkeit, die in dieser Beschreibung in einem Leben ohne Arbeit genommen wird, deutet darauf hin, dass Schwester Sarah “Arbeit” als etwas Gutes und Wertvolles betrachtet. Das Beschäftigen ersetzt die “Arbeit”, die durch die Pensionierung und den Einzug ins Pflegeheim stattgefunden hat, und dient nun als neue Sinngebung im Alltag. Dass Aktivität

bzw. „Arbeit“ besser wahrgenommen wird als Inaktivität, zeigen auch Lassen und Moreira in ihrer Ausarbeitung über „active ageing“. Bei diesem Konzept gibt es zwei Hauptstränge. Eine davon ist die Richtung, der WHO, die davon ausgeht, dass „active ageing“ vor allem mit einer gewissen physischen Aktivität in Verbindung gebracht wird, um das Verschieben von (chronischen) Krankheiten soweit es geht nach hinten zu verschieben (Lassen und Moreira 2014, 36). So besagen die „Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity among Older Persons“ folgendes:

“This statement proposed that by being physically active, the elderly could improve their health one step at the time: from dependency to independency to healthy” (Lassen und Moreira 2014, 36).

Dabei wird davon ausgegangen, dass, je fitter eine Person ist, desto unabhängiger ist diese. Diese Betrachtungsweise fokussiert nur auf die körperlichen Beschwerden und lässt dabei außer Acht, dass ältere Menschen beispielsweise auch psychische Probleme haben könnten. Jene Personen, die trotz einer körperlichen Fitness fähig wären, etwas zu tun, entscheiden sich in manchen Situationen trotzdem dagegen. So hat beispielsweise Herr Evers, der selbst duschen könnte, da er körperlich in der Lage wäre, sich dazu entschlossen, dies zu verweigern. Hier muss jedoch hinzugefügt werden, dass nur wenn BewohnerInnen keine Lust darauf hatte zu duschen, bedeutet dies nicht, dass diese BewohnerInnen nicht generell Lust haben, an anderen Aktivitäten teilzunehmen. So hat Herr Evers zwar das Duschen gemieden, aber täglich bei den organisierten Gedächtnistrainings mitgemacht oder war auch bei Ausflügen und Festen dabei und fragte auch explizit nach, ob es Freizeitprogramme gäbe, die im Heim angeboten werden. Jedenfalls ist meinen Beobachtungen nach körperliche Fitness kein Garant für Unabhängigkeit. Später gab es die Definition von der WHO, wo Gesundheit mit Funktionalität in Verbindung gebracht wurde:

“Functional status can be defines as a person’s ability to perform the activities necessary to ensure well-being. It is often conceptualized as the integration of three domains of function: biological, psychological (cognitive and affective) and social” (WHO 1998 zitiert nach Lassen und Moreira, 38).

Im Verlauf des Verständnisses von „active ageing“ wurde hier auch eine Dichotomie, von Aktivität und Passivität gegenübergestellt:

“While activity is regarded as healthy and produces healthy subjects, passivity becomes regarded as unhealthy and part of an out-dated image of old age” (Lassen und Moreira 2014, 39).

Diesbezüglich erwähnen sie die Abwertung von Aktivitäten wie Nickerchen machen, Fernsehen und auf der Couch sitzen.

Auch in meinen Daten kommt dies vor. Mit eben folgender Frage stellt Schwester Sarah, in Bezug auf die Notwendigkeit von Beschäftigungen mit einem Bewohner, folgende Frage: “Welchen Sinn habe ich dann noch, wenn ich nur esse, liege und nichts weiter mache?” (Interview 1.7. Minute 34:30). Dies deutet darauf hin, dass BewohnerInnen in einem Pflegeheim eher als passive PensionsempfängerInnen, die aber aktiv sein sollen, wahrgenommen werden.

Diesbezüglich möchte ich noch kurz auf die Dichotomie zwischen aktiv und passiv eingehen, die so wirkt, als würde diese Denkweise fast davon ausgehen, dass sich ein Mensch entscheiden muss, entweder aktiv oder passiv zu leben. Ich bin der Auffassung, dass auch aktive Menschen im hohen Alter, oder Menschen aller Altersgruppen, notwendigerweise eine gewisse Passivität benötigen. Somit schließt das eine das andere nicht automatisch mit aus. In der Conclusio von Lassen und Moreira betrachten Gomart und Hennion diese Dichotomie als kritisch:

„Activity and passivity are part of the same continuum and constitute each other. Napping enables activity for older persons (Venn and Arber, 2011), the older players in a game of billiards constantly switch between states of passivity and activity (Lassen, in press), and a longer working life also entails a gradual transition towards retirement allowing more space for passivity. This points to a need for understanding activity as a culturally specific form of practice, which active ageing policy needs to adapt to. Thus, the very general and vague suggestions for ways of anchoring active ageing policy locally (EC, 2011; WHO, 2002:47–53) seem productive in this aspect. If the ‘bulk of elderly people’ are to accept active ageing as ‘a way of life’ (Avramov and Maskova, 2003:10) the room for local adaptation and socially accepted passivity seems crucial” (Lassen und Moreira 2014, 44).

Zudem zeigt Mol mit ihrer Kritik gegen öffentliche Gesundheitskampagnen, dass auch wenn Aktivität als positiv propagiert wird, dies nicht unbedingt das Beste für eine Person ist und umgekehrt:

“Public health campaigns that call upon individuals to make proper choices are too general and do not take notice of the collective preconditions for individual health and disease” (Mol 2008, 80).

Sie führt diese Problematik auf Berechnungen zurück. Wenn wir das Beispiel von Aktivität im Sinne der WHO, d.h. körperlicher Bewegung, anwenden, so meint Mol, dass auch wenn viele Menschen sagen, dass Bewegung zwangsläufig zu einer Steigerung des Wohlbefindens führt,

dies nicht automatisch mit einer Verbesserung der Gesundheit einhergeht. Sie hinterfragt somit die Behauptung, dass körperliche Bewegung gesund sei:

“Such claims are based on measuring the effects of ‘exercise’ on a few parameters (that stand in for ‘health’) in a population. [...] Take a population in which 100 people out of 10.000 die of a heart attack every year. Say that research shows that, if they all start to go for a daily run, the incidence of fatal heart attacks decreases from 100 to 70. That leads to an impressive improvement: the ‘health of the population’ increases by 30 per cent. But what about the individuals in that population? If they start running, their probability of not dying from a heart attack in the course of the next year increases from 99 per cent to 99,3 per cent. This sounds much less impressive. While a decrease in deaths from heart attacks of 30 per cent is good for the population as a whole, for an individual a 0,3 per cent extra chance of avoiding a fatal heart attack is a lot less appealing” (Mol 2008, 80f.).

Mol macht deutlich, dass Maßnahmen, die für die Bevölkerung als Ganzes förderlich sind, nicht auch für die einzelnen Mitglieder der Gesellschaft vorteilhaft sein müssen. Denn auch wenn die Bevölkerung um 30% besser lebt, so ist der Vorteil für das Individuum von 99 % zu 99,3 % nur ‘lächerlich’ gering. Dies gilt auch für den umgekehrten Fall. So haben Verbesserungen in der Pflege, die nicht ausschließlich dazu dienen sollen, das Leben zu verlängern, sondern lediglich die Lebensqualität zu verbessern, nur einen geringen Einfluss auf die öffentliche Gesundheit (Mol 2008, 81).

Mol fasst zusammen:

“In short, the health of a population and that of the individuals who form a part of it do not improve in parallel [...] Public health does not improve as a result of caring for people who happen to have a disease. It improves from interventions that keep the healthy healthy. Individuals and populations need completely different types of care” (Mol 2008, 81f.).

Mol schreibt, solange die Gesundheit des Einzelnen auf dem Spiel steht, wird aus der Perspektive von “logic of choice” nicht berücksichtigt, inwiefern die kollektive Gesundheit durch die Entscheidungen der einzelnen Menschen beeinflusst wird (Mol 2008, 82). Meinem Verständnis nach meint Mol, dass die Gesundheit der Einzelnen in Care-Beziehungen somit wichtiger wäre als die der kollektiven Gesundheit. Sie stellt die Vermutung an, eine ähnliche Haltung wie bei einer liberalen Ökonomie sei auch bei öffentlichen Gesundheitskampagnen zu beobachten, wobei vielleicht gehofft wird das Wirken einer unsichtbaren Hand überlassen zu können. Die unsichtbare Hand ist nach dem Ökonomen Adam Smith:

“die Verfolgung der privaten Interessen, ohne besondere moralische Rücksicht auf die anderen, dennoch den Reichtum der Nation steigern” (Smith 1974 zitiert nach Priddat 2002, 42).

Ich verstehe Mols Argument demnach so, dass zwar gehofft wird, dass sich die allgemeine Gesundheit durch physische Aktivität verbessert, dies jedoch darauf beruht, dass Personen sich ‘freiwillig’ für diese Empfehlungen von aktivem Leben entscheiden müssen. Mol meint jedenfalls, dass sobald die öffentliche Gesundheit bedroht ist, eine andere Art der ‘Wahl’ mobilisiert wird:

“For the invisible hand does not work all that well, and individuals who make their own choices do not automatically form healthy collectives. What is going on, do people lack 'information' or do they need to be told what is good for them? In one way or another, in the context of public health, 'choice' tends to no longer be appreciated as an ideal but accepted as a fact of life. Choosing is what people do. But they don't do it well enough, they should learn to make better choices. In order to improve public health, individuals are thus encouraged to 'choose to comply' with the rules set out by epidemiology” (Mol 2008, 82).

Dies deutet darauf hin, dass physische Bewegung, wie in diesem Fall “active ageing”, durch öffentliche Gesundheitskampagnen versucht werden zu propagieren, damit die Gesundheit aller verbessert werden kann. In der Realität rückt dadurch jedoch die Gesundheit des Einzelnen in den Hintergrund, zumal nicht klar ist, wie sehr “active ageing” sich auch positiv auf die einzelne Person auswirkt. Außerdem stellt sich Mol die Frage, ob alle Individuen, die Care benötigen, auch Hilfe aufsuchen:

“As things stand, the organisation of healthcare with its professionals who ‘wait’ for patients to appear in the consulting room, starts out from the assumption that people with a disease will seek help. And indeed, some do. But not everyone does. The crucial explanatory factor is not necessarily finance” (Mol 2008, 83).

Hier wird betont, dass ein aktiver Patient, der sich um sich selbst kümmert und um Hilfe bittet, notwendig ist, um die logic of care bzw. die logic of choice überhaupt anbieten und anwenden zu können. Mol beschreibt ein Dilemma, in dem nicht klar ist, ob in der logic of care dem Kollektiv oder dem pflegebedürftigen Einzelnen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden soll. Zwischen diesen zwei Möglichkeiten gibt es ihrer Ansicht nach jedoch eine Lücke, Mol fragt sich: “Who falls through?” und beantwortet dies so:

“Professionals in a consulting room can do no more than attend to people who define themselves as being in need of care. People, that is, who take care of themselves. Health-care practices depend on active patients” (Mol 2008, 83).

Im nächsten Kapitel schlägt Mol vor, dass man eine Entscheidung zu treffen nicht mehr als Vorrecht von bestimmten Personen, durch “an achievement of Enlightenment” sieht, sondern versteht, dass es eine Art Charakteristik einer spezifischen Situation ist (Mol 2008. 84).

In logic of choice, ist die Wahl ein Gut, weil es ermöglicht, Individuen gegenüber autonom zu agieren. Die gleichen Möglichkeiten zu haben, sei deshalb ein Gut, da alle Menschen die gleichen Chancen haben sollten, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen.

Abschließend kann festgehalten werden, dass während bei Logic of choice das Individuum, das autonom eine eigene Entscheidung trifft, eine Rolle spielt, die Logic of care sich dagegen als etwas komplexer darstellt. Da geht es um das tägliche Leben, mehrere Faktoren und Situationen werden hier einbezogen. Es geht darum, dass wir unterschiedlich sind, nicht in unseren Hierarchien, sondern in Bezug auf unsere Wünsche und Bedürfnisse, in die unterschiedlich auf uns eingegangen werden muss. Derjenige, den das nicht miteinschließt, ist jedoch der/die PatientIn, der/die überhaupt in eine Praxis kommt und so nennt Mol den Begriff des “active patient”.

Malik meinte, dass passive PatientInnen in den Philippinen, erwünscht sind, so ist jedoch der Patient, der gar nicht kommt und nicht da ist, derjenige, der bei der “logic of care” herausfällt. Wie ist das bei einem Pflegeheim?

Bei Malik wird Passivität so verstanden, dass PatientInnen Care-Praktiken akzeptieren bzw. sich diesen nicht entziehen (vgl. Malik 2021). Zudem haben PatientInnen Verwandtschaft, die dazu beiträgt, dass weniger Arbeitskraft der Klinik benötigt wird. Mol dagegen geht bei Passivität im Umgang mit PatientInnen davon aus, dass diese gar nicht erst möchten, dass um sie gesorgt wird bzw. sie möchten sich selbst nicht um sich sorgen:

“If patients turn passive, professionals cannot do anything either. It may be possible to rule others or make their choices for them, but it is impossible to take care of people who do not take care of themselves. It cannot be done. If people are brave and do not seek help, nobody can give it to them. If a patient at home stops injecting her insulin, the doctor and the nurse won’t even know. Thus, however dependent patients may be, their care depends in the first place on their own activities” (Mol 2008, 95).

Mir scheint es wichtig hier darauf hinzuweisen, dass Mol anhand von Beispielen von an Diabetes Erkrankten ausgeht. Hier nimmt “self-care“ eine große Rolle ein, im Gegensatz zu den abhängig konstruierten BewohnerInnen eines Pflegeheims. Es gibt keine Pflegeheime für Diabeteserkrankte so wie es diese für alte Menschen gibt. Mol zeigt vorwiegend Beispiele von Diabeteserkrankten auf, die zwar aktiv zu einer Gesundheitsorganisation gehen um Hilfe von Pflegekräften und ÄrztInnen zu bekommen, aber sie treffen auf diese nur im Sprechzimmer

auf und stehen nicht, im Gegensatz zu einem Pflegeheim, mit ihnen Tag für Tag in Verbindung. Im Pflegeheim spielt das Überzeugen, die Einbindung von Angehörigen und Pflegekräften in den Umgang mit Pflege eine viel größere Rolle als außerhalb eines Pflegeheims, was hier natürlich zu berücksichtigen ist.

6.1.2 “Ich will mich körperlich wohlfühlen”

In einem anderen Beispiel zeigt sich die Einflussnahme in der Kommunikation und dem Überredenwollen durch einen Besuchsdienst und die Begegnung mit einer Pflegerin am Ende des Treffens. Eine Pflegerin möchte mit Lea, der ehrenamtlichen Besucherin, kurz allein sprechen, ich vermute über die Duschgewohnheiten des Bewohners, den sie regelmäßig besucht. Während die beiden im Gespräch sind und sich etwas weiter weg stellen kommen Herr Evers und ich erst etwas später nach und gehen langsam in Richtung Speisesaal, weil Herr Evers meint, er möchte schon zum Mittagessen gehen.

Auf dem Weg zum Speisesaal gehen wir an Lea und der Pflegerin vorbei. Sie sprechen uns an und fragen, was wir jetzt machen, schauen dabei aber mich an. Ich sage, dass ich nur Herrn Evers begleiten wollte, weil er schon zum Mittagessen gehen wollte. Lea fragt mich dann nochmal, was ich jetzt machen werde und schlägt, vor: “Reden wir dann später, ich komme eh nochmal zurück?”, worauf ich antworte: “Ich weiß nicht” und stelle die Frage an die beiden zurück: “Was macht ihr jetzt noch?”. Sie meinen zu Herrn Evers, dass sie noch wegen der Dusche kurz schauen wollten und ich frage, ob ich mitkommen kann. Lea stellt die Frage zurück an Herrn Evers und fragt: “Ist das in Ordnung für Sie?”. Er antwortet: “Ja klar”. Dass der Bewohner so locker damit umgeht, dass ich mitkommen kann, könnte entweder bedeuten, dass er noch nicht weiß um was es genau gehen wird, oder dass die Verunsicherung eher von der Besucherin und der Pflegerin kommt, aber eher weniger auf der Seite des Bewohners liegt. Wir gehen in sein Zimmer, ins Badezimmer. Ich bin demnach mitgekommen in das Zimmer von Herrn Evers, ich stehe direkt hinter ihm und konnte nicht komplett hineinschauen ins Bad, da Herr Evers vor der Tür steht und die Pflegerin und Lea sich im Bad befinden. Ich erkenne jedoch, dass Lea auf dem Duschstuhl sitzt und sagt: “Schauen Sie, da kann man sich so hinsetzen oder so”, dabei dreht sie den Stuhl in die Richtung zur Tür und setzt sich erst in die eine Richtung hin und kurz darauf in die andere Richtung und blick nun in die Richtung von Herrn Evers. Die Tür ist offen, er steht im Türrahmen und ich stehe hinter ihm. Ich sehe also nur durch einen Spalt hinein und eine Pflegerin steht ebenfalls im Badezimmer. Der Durchgang am Flur ist recht schmal und das Bad, wenn man hineingeht, im Zimmer direkt auf der rechten

Seite. Herr Evers sagt: "Ich habe Angst, dass ich ausrutsche". Die Pflegerin legt ein Handtuch auf den Boden und meint: "Nein, da rutscht man nicht aus, mit den anderen mache ich das auch so". Dann besprechen sie, wie er sich am besten duschen könnte, die Pflegerin sagt: "Wie machen Sie das sonst?" Er antwortet: "Weiß ich nicht, ich habe ja noch nicht geduscht". Darauf schaut mir die Pflegerin kurz etwas besorgt in die Augen. (Ich weiß nicht, ob es Unsicherheit darüber gibt, weil ich die Masterarbeit schreibe, das evtl. beobachten könnte und ein Unwohlsein darüber besteht, dass ich dies negativ auf sie und die Pflegekräfte rückschließe oder es allgemein ein schambehaftetes Thema ist, welches zudem noch von mir beobachtet wird.).

Die Pflegerin meint, dass er jetzt duschen könne, Herr Evers sieht sie an und fragt etwas lauter: "Jetzt?", darauf schaut Lea die Pflegerin und Herrn Evers an und sagt: "Naja, jetzt ist ja das Mittagessen", darauf sagt die Pflegerin: "Ja, dann nach dem Mittagessen". Dann sagt die Pflegerin, ob er am Donnerstag duschen will, darauf sagt er, dass es am Donnerstag ginge. Dann meint die Pflegerin, dass sie am Donnerstag nicht da ist, ob er vielleicht doch am Freitag duschen will, weil sie da Dienst hat. Er meint: "Ja, nagut, dann am Freitag". Die Pflegerin sagt: "Aber es muss nicht immer am Freitag sein, sie können auch öfter, zwei Mal in der Woche oder jeden Tag duschen". Darauf meint Herr Evers: "Nein jeden Tag nicht, einmal die Woche reicht doch". Dann meint sie ja nagut, dann einmal die Woche und sonst mit dem Waschlappen. Herr Evers sagt: "Aber ich habe Angst vorm Duschen, kann ich davor Passedan-Tropfen haben?" Darauf schaut Lea die Pflegerin an und hält für einen kurzen Moment inne, im Raum ist es nun ruhig, dann schaut Lea Herrn Evers an und sagt: "Vor was haben Sie denn Angst?" Er sagt: "Vorm Duschen", dann sagt sie, dass er es versuchen soll, da er erzählt hat, dass er immer nach dem Schwimmen gerne geduscht hat und dann meint er: "Ja, und vor der Sauna, damit man sauber hineingeht und dann nach dem Schwimmen habe ich immer geduscht". Sie meint, dass sie denke, dass es ihm guttun würde, sich zu duschen und das Wasser an der Haut zu spüren. Er willigt ein (er sagt ja ok oder so), dann fügt sie hinzu, dass man ihn aber nicht zwingen, er solle es versuchen und wenn es nicht gehe, dann solle er sich wieder mit dem Waschlappen waschen. Wir verabschieden uns und Herr Evers geht zum Essen um kurz vor 12.00 Uhr (Beobachtung 31.10.2023).

Dies ist eine Situationsbeschreibung, in der Herr Evers versucht wird zu überreden, dennoch wird diese Kontrolle der Pflegerin und des Besuchsdienstes empathisch vollzogen. Es wurde zwar versucht, den Bewohner zum Duschen zu überreden, aber es wurde ihm nicht aufgezwungen. Auch wenn die Überredungsversuche wiederholt wurden, so gehen die beiden auf seine Bedenken ein, beispielsweise indem nachgefragt wird, warum er Angst hätte.

Aber er wird nicht gedrängt, nicht nochmal dazu aufgefordert, es wird mit Körpersprache angedeutet, auf das Thema beim nächsten Mal nicht länger einzugehen. Es könnte sein, dass aus Verzweiflung oder Hoffnungslosigkeit, dass sich der Bewohner einfach nicht mehr duschen wird und ich die Fragen lieber weglassen und nicht mehr darauf eingehen sollte. Oder weil man sich gut in den Bewohner hineinversetzen kann, da er angesprochen hat, dass er sich davor fürchtet; jedenfalls wird nach diesem Gespräch über die Überredung zum Duschen in den darauffolgenden Beobachtungen nicht nochmal darauf eingegangen. Dass Kontrolle in Institutionen zu unterschiedlichen Ausführungen führt, hat Vincent Dubois mit seiner Ausarbeitung zum Staat gezeigt. Denn die Beobachtung täglicher Kontrollen bei der Durchführung bestimmter Regelungen zeigen, dass die Praxis viel mehr Flexibilität zulässt, als diese in den vagen Gesetzestexten formuliert werden. Er bezieht sich zwar auf die Prozesse in einem Wohlfahrtsstaat, wo es um die Verteilung von Anträgen für Arbeitslosengeld geht. Da aber in Wien, der größten Stadt Österreichs, mit Häusern zum Leben und der Caritas unter anderem zwei der größten Anbieter von Alten- und Pflegeheimen teilweise staatlich gefördert werden, wollte ich den Artikel von Dubois über die staatliche Kontrolle heranziehen.

Den zweiten Aspekt, den Dubois, neben der Flexibilität im Umgang mit Regelungen, herausgearbeitet hat, ist, dass der Staat als Institution aus den BeamtInnen besteht, die diese Kontrolle der Regelungen durchführen (Dubois 2014, 43). Er möchte damit folgendes nachweisen:

“My research is proof that everyday practices and interactions in relatively banal settings serve as the organizational foundation of the state and state policy” (Dubois 2014, 39).

Der Staat hat dabei eben nicht nur seine systematischen Visionen, die er als Institution auferlegt, sondern er ist auch Summe der individuellen VertreterInnen, BeamtInnen oder AkteurInnen. Involvierte AkteurInnen nutzen somit ihre eigene Wahrnehmung, um staatliche Kriterien durchzusetzen. Individualisierung und Unklarheit sind dabei keine Ausnahmen, sondern unter anderem ein konsistenter Modus der Staatsführung. Der Staat übt dabei Macht über seine BürgerInnen aus. Auf der BeamtInnen-Ebene wird den BürokratInnen eine Ermessensfreiheit und Handlungsspielraum eingeräumt (Dubois 2014, 39f.). KontrolleurInnen, die zu beurteilen haben, ob jemand als sozialhilfeberechtigt eingestuft wird, agieren als VermittlerInnen zwischen SozialhilfeempfängerInnen und der Institution, dem Staat. Die Aufzeichnungen einzelner ErmittlerInnen über persönliche Fallgeschichte dienen dabei als eine Art individuelle Rechtsprechung, die nur auf persönlichen Erfahrungen beruht (Dubois 2014, 44).

In seiner Argumentation bezieht sich Dubois auf William Labov und den von diesem geprägten Begriff der "linguistic insecurity". Dieser bezeichnet eine Situation, in der AkteurInnen, aufgrund ihrer sozialen Position ein starkes Vertrauen in Rechtsnormen haben, es trotzdem als unmöglich erachten, diesen vollständig gerecht zu werden (Labov in Dubois 2014, 45).

Es kommt dabei auf die Rolle der MitarbeiterInnen an (manche werden nach einer langen Karriere in der Sozialhilfe befördert, manche arbeiten nur kurzzeitig als ErmittlerInnen oder möchten nur temporär arbeiten) und ihre Beziehung zur Institution (Dubois 2014, 45f.).

Außerdem kommt es auch auf den Grad der sozialen Distanz zwischen den Prüfenden und den von ihnen untersuchten Bevölkerungsgruppen an. So können manche ErmittlerInnen untersuchte Personen, die arbeitslos sind, besser verstehen, wenn sie sich selbst einmal in so einer Situation befunden haben. Andere dagegen, die sich nicht in solchen Situationen befunden haben, sehen es wiederum als ihre Aufgabe, BetrügerInnen, die das System ausnutzen, aufzuspüren und zu bestrafen. Persönliche Präferenzen, wie religiöse und politische Einstellungen, sowie frühere Beschäftigungssituationen, spielen bei der individuellen Haltung, bei Untersuchungen, aber auch bei Entscheidungen und den eventuellen Anpassungen von Regelungen gegenüber SozialhilfeempfängerInnen eine Rolle. Dubois fasst die Flexibilität in Entscheidungen der BeamtenInnen, die im Namen des Staates, beschlossen werden folgendermaßen zusammen:

“Ultimately, the uncertainty that characterizes control practices cannot be accounted for by imprecise regulations or problems with administrative organization, even though they are factors. More fundamentally, uncertainty stems from singular situations that do not fit neatly within bureaucratic criteria, which themselves are vague” (Dubois 2014, 46).

Dubois zeigt damit unter anderem, dass in der Begegnung von Menschen Sympathie und Verständnis für die jeweilige Geschichte eine große Rolle spielen. Ich füge hinzu, dass dies auch in der Pflege der Fall ist. Ob manche Pflegeanweisungen, Überredungsversuche oder Empfehlungen funktionieren, hängt von den Individuen ab, die Teil der PflegerInnen und BewohnerInnen-Beziehung sind. Auch hier gibt es eine gewisse situative Variabilität in der Umsetzung von Vorgaben bzw. Regelungen, die im Beispiel nach Dubois von staatlicher Seite verschiedene Auswirkungen haben und von der Ablehnung einer Subvention bis zur vollständigen Finanzierung reichen können.

Denn genauso wie die BewohnerInnen kontrolliert werden, unterliegen auch die PflegerInnen den aufgesetzten Regelungen, sowohl im Gesetz als auch den Wertigkeiten im Konzept des Pflegeheims, die dokumentiert werden müssen. Duschen und sich körperlich wohlfühlen, sollte demnach nicht nur der Wunsch der BewohnerInnen sein, sondern muss auch seitens der

PflegerInnen kontrolliert werden. Die Umgangsweisen, wie diese ‘Wünsche’ der einzelnen AkteurInnen und der BewohnerInnen umgesetzt werden, gestalten sich sehr unterschiedlich. Angelehnt an Ortner, möchte ich nochmal auf das “agency“-Konzept zurückkommen, welches die täglichen Aushandlungen, in den Worten von Ortner, den “serious games”, durch ein hohes Maß an Unvorhersehbarkeit auszeichnet. Ob die Pflegerin möchte, dass der Bewohner duscht, ist irrelevant für das, was letztendlich passiert (vgl. Ortner 2020). Vor allem in Beziehungen, in denen zwei entgegengesetzte Wünsche bestehen, war die Pflegerin somit weniger erfolgreich, der Wunsch von Herrn Evers wurde jedoch erfüllt. Denn es stellt sich beim nächsten Besuch heraus, dass Herr Evers hier nach dem Gespräch nicht nach den Empfehlungen gehandelt hat und sich entschlossen hat, nicht zu duschen. Beim nächsten Besuch am 12.12.2023 habe ich in einer kurzen Gesprächspause diesbezüglich nochmal nachgefragt: “Hat das eigentlich geklappt mit der Dusche seit dem letzten Mal?” Ihre Körperhaltung bleibt unverändert, als sie im Sessel zurückgelehnt dasitzt. Auf meine Frage hin schließt sie für einen kurzen Moment ihre Augen und dreht ihren Kopf von links nach rechts, körpersprachlich interpretiere ich dies als verneinende Geste. Ich gehe deshalb davon aus, dass sie nicht weiter darauf eingehen möchte und meint, dass das Thema nochmal anzusprechen keinen Sinn hätte. Auf ihre wortlose Reaktion hin sagt Herr Evers jedoch: “Ich habe nämlich kein Duschgel mehr”. Darauf meint Lea: “Wir können ein neues Bestellen”.

Das Ablehnen der Dusche samt der Behauptung, dass kein Duschgel mehr vorhanden sei, ist ein gutes Beispiel, um den ausgeübten Widerstand in “agency“-Beziehungen darzustellen. Ortner unterscheidet zwischen zwei Modalitäten von “agency”, einerseits bezogen auf Macht, was Themen wie Dominanz, Widerstand, Kolonialismus und Rassismus inkludiert und andererseits “agency” im Hinblick auf Intention (Ortner 2020, 143). Hier scheint mir wichtig hinzuzufügen, dass nicht nur jene in der dominanten power-”agency” eine Form der Macht ist, sondern auch Widerstand eine Form von Macht ist. Dies ist verbunden mit allen möglichen Formen der Resistenz, sei es offene Rebellion oder die absichtliche Untätigkeit oder Verlangsamung eines Plans oder Prozesses, auch “foot dragging” (Ortner 2020, 144). Meine Daten zeigen, dass auch in den kleinen Situationen des Alltäglichen, beim Duschen oder Essen, in der Freizeit und bei Sicherheitsthemen “agency” besteht. Hier gibt es ebenfalls Machtverhältnisse und die Möglichkeit, diese auszuhandeln bzw. Widerstand im kleinen Rahmen zu zeigen. So zeige ich anhand vom Beispiel von Herrn Evers, den Aushandlungsprozess, dass er nicht duschen möchte und dafür auch verschiedene Gründe nennt. Einer davon ist der Grund der Angst in der Dusch-Situation, dies ist eine Möglichkeit von Widerstandsfähigkeit bzw. Resistenz. Der Besuchsdienst und eine Pflegekraft möchten ihn

überzeugen, regelmäßig zu duschen, ob das einmal in der Woche oder jeden Tag ist. Beim nächsten Mal, als der Besuchsdienst kommt und ich beide darauf anspreche, ob es denn geklappt hat mit der Dusche, nennt Herr Evers als Widerstandsverhalten: “Außerdem habe ich kein Duschgel mehr”. Auf den Vorschlag des Besuchsdienstes, dass sie ein neues Duschgel kaufen können, reagiert er verhalten bzw. gar nicht. Damit möchte ich darstellen, dass es in diesen Machtverhältnissen vielfältige Möglichkeiten zum Widerstand gibt, indem man entweder verweigert sich zu duschen, zu essen usw. oder einen Grund findet, warum etwas nicht geht. Die Tatsache, dass in “agency-projects“ mit Macht auch immer Widerstand zu finden ist, formuliert Ortner so:

“Thus if power and the subordination of others is always in the service of some project, so too is resistance; the entire domination/resistance dialectic itself makes sense as the clash of people’s projects, their culturally constituted intentions, desires, and goals” (Ortner 2020, 151).

Dieses Beispiel vom Verweigern der Dusche ist ein gutes Beispiel für eine Widerstandshandlung, auch wenn andere Parteien versuchen, den Willen des Bewohners zu hinterfragen oder zu ändern. Ortner würde hier den “agency” Begriff nutzen, und würde man diese Situation als “serious game” bezeichnen und zwei Parteien zuordnen, die unterschiedliche Anteile an Macht haben, so würde hier die ‘machtvollere’ Partei der weniger bemächtigten “agency” versuchen die “agency” von Herrn Evers zu zerstören. Allerdings ist die Widerstandshandlung von Herrn Evers ebenso eine Darstellung seiner “agency”.

Auch wenn durch den Einfluss der Pflegekraft und der Besucherin in diesem Beispiel die Empfehlung nicht umgesetzt wurde, so gab es dennoch die Bemühung, ihn in ein Gespräch zu verwickeln und sein bisheriges Duschverhalten zu ändern und mit ihm zu verhandeln, wie oft und wann er duschen könnte. Driessen bezieht sich, wie zu Beginn des Auswertungs-Kapitels kurz erwähnt, auf solche Situationen, in denen Personen einen gegensätzlichen Willen oder Wunsch haben mit dem Begriff “Sociomaterial Will-Work”. Das Konzept beschreibt das tägliche subjektive Wollen in der Pflege (Driessen et al 2017, 11ff.). Des Weiteren möchte ich noch erwähnen, was Driessen unter den Begriffen “want” und “really want” beschreibt. Zumal bei den oppositionellen Wünschen von PflegerInnen und BewohnerInnen nicht klar ist, ob die betroffene Person etwas tatsächlich will oder durch eine hergestellte Einvernehmlichkeit nicht zeigt, dass sie es nicht wirklich will:

“If, for example, a resident steps into the shower upon the urging of her care worker, this action could, instead of an enactment of the will, also be a way to please her, or to put an end to the conversation” (Driessen 2018, 129).

Was dieses Beispiel jedenfalls gut aufzeigt, sind die unterschiedlichen Wünsche, die zwischen der Pflegerin und der Besucherin (zu duschen) und dem Bewohner (nicht duschen) stehen. Erst einmal ist es schwierig, diese Situation kritisch zu betrachten oder dies zu hinterfragen, da ich selbst täglich dusche und daher den Werten der Pflegerin und Besucherin vermutlich näherstehe als dem Wunsch und Bedürfnis des Bewohners. Andererseits bin ich der Meinung, dass ein Mensch auch in einer Institution eigene Entscheidungen treffen können sollte, aber auch andere für jemanden eine Entscheidung treffen können sollten. Unabhängig davon zeigt der Umgang bei dieser Situationsbeschreibung seitens der Besucherin und der Pflegerin eine gewisse Unsicherheit zu diesem Thema. Die Verlegenheit ob ich bei der Situation mitkommen soll oder nicht, das nochmalige Nachfragen ob es für Herrn Evers wirklich ok ist, wenn ich mitkomme während sie bezüglich der Körperhygiene etwas besprechen wollen, der Blick der Pflegerin in meine Richtung als Herr Evers sagte, dass er noch nicht geduscht hätte seitdem er im Heim lebt und das Kopfschütteln der Besucherin als ich beim weiteren Treffen diesbezüglich nochmal nachfrage ob es seit dem letzten Mal schon geklappt hätte mit der Dusche, verdeutlicht diese Unsicherheit der Pflegerin und der Besucherin zu diesem Thema. Daraus ergibt sich die Frage, warum dieses Thema schambehaftet oder durch Unsicherheiten geprägt ist. Was steht hinter dem Wert, dass es wichtig ist, sich zu waschen bzw. im Pflegeheim sich regelmäßig zu duschen? Ich beziehe mich auf Van der Geest, der wiederum Mary Douglas zitiert und beschreibt, dass Schmutz im absoluten Sinne nicht existiert, sondern im Auge des Betrachters liegt (Douglas 1970 in Van der Geest 2017, 239). Er beschreibt dies besonders gut anhand von Care-Arbeit im Kontext der Altenpflege und Stuhlinkontinenz, die in Ghana, im Dorf Kwahu-Tafo, als besonders schambehaftet gilt:

“Incontinence is generally regarded as the most painful and humiliating consequence of growing old. It was suggested a few times, but in indirect terms, that it would be better for such a person to die” (Van der Geest 2017, 239).

Er behauptet, dass ob die Reinigung des Stuhls Schamgefühle und extremes Unbehagen oder Respekt hervorruft, hängt von der Beziehung ab, die die älteren Menschen mit den Pflegepersonen (meist enge Verwandte, wie EhepartnerInnen, Kinder, NachbarInnen, die auch FreundInnen sind) in der Zeit, als sie noch ‘gesund und stark’ waren, geführt haben. So beschreibt er folgendes:

“If their relationship has not matured, either between a couple or between a parent and his/her children, this condition will cause great stress and lack of respect” (Van der Geest 2017, 241).

Auf der anderen Seite bei einem funktionierenden reziproken Austausch innerhalb der Beziehung meint Van der Geest:

“Another person's faeces are less ‘out of place’ if that person is less ‘out of place’, if there is intimacy and affection between care receiver and care provider” (Van der Geest 2017, 242).

Rückwirkend auf die Situation von Herrn Evers und der Dusche stellt sich die Frage nach einer gewissen Regelmäßigkeit: was ist angemessen, wie oft wird erwartet, dass sich ältere Menschen duschen? Was gilt als schambehaftet? Was sind die Grenzen der PflegerInnen und der Besucherin und was sind die Grenzen von Herrn Evers? Warum könnte es erwartet werden? Durham beispielsweise beschreibt eine Verknüpfung zwischen dem Baden und einer bürgerlichen Rolle in einem politischen Kontext im liberal demokratischen Botswana. Durham beschreibt, dass Baden als ein unabhängiger Akt der Selbstentfaltung des Einzelnen im öffentlichen Raum betrachtet werden kann. Somit hat die Frage eines Mädchens in seiner Forschung, die ihn gefragt hatte, ob er denn schon gebadet hätte, folgendes gemeint:

“Household and gender inequalities, and conceptualizations of bodily condition as intersubjective, are the contested material that reveals the hidden inequalities in civic ideologies of individual responsibility, liberalist egalitarianism, and the possibilities for self-improvement through hard work. Hidden and revealed, baths are one lens through which social marginalization and civic inequalities make sense to participants and so are perpetuated and accepted. In asking me whether I had bathed, the girls were probing to see what kind of person I was” (Durham 2005, 191).

In diesem Zusammenhang scheint mir wichtig zu erklären, was Schmutz in Botswana bedeutet. Flecken oder Schmutz, die vorwiegend durch körperliche Tätigkeiten wie beim Ackerbau entstehen, werden in Durhams Beispiel mehr mit einer Heiratsfähigkeit, einer zu vermutenden, fleißig hart arbeitenden Person verbunden anstatt mit etwas Schamhaften besetzen (Durham 2005, 192). Deshalb wäre die Annahme, dass es beim Baden in Botswana nur um den Schmutz geht, zu eng gefasst. Zwar wird in Schulbüchern die Wertigkeit von Hygiene und das Besiegen von Schmutz und Keimen genannt, aber beim “Dorfbad” geht es weniger, um die Notwendigkeit, Schmutz zu beseitigen als um:

“moral and civic personhood, about making oneself into a kind of person through the act and consequences of bathing” (Durham 2005, 191).

Somit wird Schmutz nicht wie bei Mary Douglas dem Sauberen als “pollution” gegenübergestellt:

“[Dirt is seen] as ordinary dirt (bit is perceived as dirty) and embraced by everyone. Although polluting forms of dirt do exist as the dirt of death, at funerals, and cemeteries and as it clings to widows, for example, but for the common bathing, contagion, where it is implied, happens not at the level of dirt, but in the ability of one person to affect the physical conditions of another, most notably, in the context of bathing, with care and love” (Durham 2005, 192).

Durham interpretiert das Verständnis von Schmutz bei Mary Douglas und meint, dass bei ihr Schmutz als Verwirrung verstanden wird, die Reinigungsaktionen stellen darin die Strukturen wieder her. In Botswana sei der Ausgangspunkt ein anderer, zum einen wird das Verständnis von Schmutz (wie bereits erwähnt) nicht abgewertet, zum anderen seien soziale Kategorien von Beginn an mehrdeutig und unbeständig. Daher gäbe es nichts, was es zu strukturieren oder zu ordnen sei:

“Bathing emphasizes the abilities of people to shift themselves socially, and signals more the inherent ambiguity of social life than its potential for clear-cut order and structure. Perhaps this was more evident in the context of Botswana’s liberalism in the 1990s, where (ideologically) the importance of individual’s choices counterbalances the sense that overarching forms of power (god, ancestors, kings, or class) are agents of people’s fortune” (Durham 2005, 192f.).

Individualität wurde somit in den Vordergrund gestellt, doch der Fokus auf das Individuum, welches seinen eigenen Erfolg erreicht, würde laut Durham verdecken, dass manche in der Lage seien, sich in gesellschaftlichen Angelegenheiten besser zu positionieren als andere (Durham 2005, 194). Denn nicht jeder hat den gleichen Zugang zum Baden oder zu den dafür notwendigen Produkten wie Seife oder Waschlotionen (Durham 2005, 194f.). Durham weist darauf hin, dass die Ausnahmen Kinder und ältere Menschen sind, da sie nicht als arbeitende Entitäten wahrgenommen werden und auch nicht so häufig ihrer Körperpflege nachgehen wie Menschen anderer Altersgruppen. Die Aufrechterhaltung des Status wird daher bei älteren Menschen eher durch bereits bestehende Beziehungen gestaltet bzw. beibehalten (Durham 2005, 203ff.). Die Bedeutung von Baden in Botswana steht somit eher für nationale politische Entwicklungen, in denen in verschiedenen Bereichen immer wieder betont wurde, dass der Einzelne dafür verantwortlich ist, sich selbst zu vertreten und zu entwickeln (Durham 2005, 206). Doch, so Durham:

“Der Körper ist ein Ort der sozialen Gestaltung und nicht nur der Abbildung” (Durham 2005, 208).

Neben der Annahme, dass hinter der körperlichen Hygiene mehr steckt als nur die äußerliche Erscheinung und Sauberkeit, möchte ich noch weitere Interpretationen erwähnen. Ein weiterer Grund, warum das Aushandeln bei Körperhygiene wichtig sein könnte, wäre zudem erfolgreiche Pflege, seitens der PflegerInnen, indem das Überreden funktioniert hat. Das könnte dazu führen, dass aus der Perspektive der PflegerInnen weniger Arbeit entsteht. Wenn die BewohnerInnen essen, dann müssen die PflegerInnen keine weiteren überredenden Gespräche mit BewohnerInnen führen. Wenn die BewohnerInnen essen, ist das zusätzliche Austeilen von Tabletten oder Vitaminen vermutlich tendenziell weniger notwendig, als wenn sie sich dem Essen verweigern. Wenn die BewohnerInnen sich regelmäßig duschen, dann müssen sie aufgrund der fehlenden Hygiene oder womöglich auftretenden Infektionen keinen weiteren Pflegeinterventionen nachgehen. Zudem wird auch das soziale Zusammenleben mit anderen BewohnerInnen erleichtert, usw.

6.1.3 “Ich will mich sicher fühlen”

Neben der Einflussnahme durch kommunikative und körperliche Mittel, kamen in meinen Daten auch weitere Situationen vor. Interessant ist im folgenden Beispiel, dass hier die Fremdbestimmung in der Pflegearbeit, die oft notwendig ist, als Freiheitsberaubung angesehen wird:

Am 11.01.2024 um 10.56 Uhr gehen wir von Herrn Evers wieder weg und sind auf dem Weg zu Frau Mayreder und sind bis 11.25 Uhr bei ihr. Bevor wir in die Station hineingehen, sagte Lea zu mir: “Sie ist gestürzt und schaut schrecklich aus, nur zur Info”. Wir gehen hinein auf Ebene gelb in die Station, im Speisesaal/Aufenthaltsraum der BewohnerInnen sitzt eine Dame, die auch ein paar blaue Flecken und Blutergüsse im Gesicht hat. Lea, die Besucherin, sieht mich an und sagt: “Ungefähr so, noch viel schlimmer”.

Wir gehen in das Zimmer von Frau Mayreder und die Seite des Gesichts, wo sie ein Glasauge trägt war kaum verletzt, die Seite, mit der sie sonst noch zu mehr Mimik fähig war, war komplett blau und auch um ihre Stirn und rund ums Auge war sie blau-violett. Sie hat ihr Augenlid zu und ich frage Lea, ob wir sie schlafen lassen sollen. Sie meint aber, dass sie sowieso bald zum Mittagessen geweckt werden würde, da wir schon um 11.00 Uhr ca dort waren und sie pünktlich oder meist etwas vor 12.00 Uhr schon Mittagessen bekommen. Wir haben versucht, sie aufzuwecken, und Lea hat ganz vorsichtig mehrmals ihren Namen gesagt mit freundlicher Stimme und sie leicht am Arm gestreichelt. Als sie nicht aufwachte, meinte Lea dann, dass sie sich Sorgen machen würde, dass sie den Umzug nicht schaffen könnte. Sie meint: “Schade, ich verstehe ja, jeder muss sterben, aber das war unnötig. Sie ist im Rollstuhl vorne übergekippt beim Essen und du weißt ja, wie lange sie die Leute da immer stehen lassen (im Speisesaal), weil sie halt unterbesetzt sind”. Wir stellen Annahmen darüber an, ob sie kopfüber auf den Boden oder auf den Tisch ‘geknallt’ sein könnte. Lea erzählt, dass sie im Rollstuhl nicht angeschnallt wurde; als Lea bei den PflegerInnen nachfrage, was mit Frau Mayreder passiert sei, meinten sie, dass es Freiheitsberaubung sei, wenn man sie am Rollstuhl festgeschnallt hätte. Ich meinte darauf, dass es keine Freiheitsberaubung, sondern eine Sicherheitsvorkehrung sei. Sie meinte: “Ja das ist einfach nur dumm, das muss echt nicht sein, die arme Frau Mayreder”. Wir haben versucht noch ein bisschen mit ihr zu reden und sie aufzuwecken, aber ihr Auge öffnete sich nicht und sie schlief weiter.

Lea nimmt ihre Mappe und liest ihre Biografie vor: “Aufgewachsen unter ärmlichen Verhältnissen, Urlaub machte sie in Tirol und Italien, Mutter arbeitete in einer Textilfabrik, am Land aufgewachsen, eine Schwester Christine (Christa), ja das kommt eh auch öfter vor”. Lea

erzählt, dass Frau Mayreder mit ihrer Schwester Christa öfter telefoniert hat und setzt das Vorlesen der Biografie von Frau Mayreder fort: “Aufgrund ihrer Krankheit konnte sie nicht den Lehrberuf ausüben, da steht aber nicht welche Krankheit, als Mitarbeiterin wurde sie sehr geschätzt und lebte in Wien. Sie hat keine Kinder. Geboren 1931, also ist sie jetzt 93 Jahre alt”. Lea ist kurz hinausgegangen, da ihre Mutter ihr etwas zum Heim gebracht hat, ich habe in der Zwischenzeit nur gewartet, ließ Frau Mayreder schlafen. Lea ist nach ein paar Minuten wieder gekommen und Lea versuchte nochmal, sie sanft aufzuwecken. Frau Mayreder versucht ihr Augenlid zu öffnen, sie räuspert sich ein bisschen und hustet, aber ihr Auge bleibt zu. Wir sprechen sie nochmal an, Lea versucht es in etwa 6-8 Minuten Abstand. Als sie wieder nicht reagiert, meint Lea: “Nagut, also ich finde wir haben unser Bestes getan, gehen wir”. Wir haben uns mit dem Gedanken abgefunden, dass sie jetzt erstmal weiterschlafen wird, und in diesem Moment räuspert sich Frau Mayreder und Lea sagt leise: “Na nicht jetzt aufwachen, wo wir schon am Gehen sind”. Aber Frau Mayreder lässt ihr Auge zu und wir gehen hinaus. Wegen des Umzugs sind im Zimmer keine Bilder mehr, der Fernseher ist auch schon weg, die Regale sehen leer aus. Im Regal von Frau Mayreders ist noch ein Foto in schwarz-weiß als sie jung war und zwei Zöpfe trug, ihr Gesicht ist unbeschädigt, sie hat weder blaue Flecken noch ein Glasaugen und keine Falten. Sie sieht völlig anders aus, aber der Blick ist ernst. Zwei Stofftiere sind neben dem Foto. Lea meinte: “Ja, die haben sie wahrscheinlich irgendwo gefunden und dann ihr hingestellt”. Am Gang meint Lea nochmal: “Ja, also ich finde, wir haben unser Bestes gegeben”. Bei der Rezeption lässt sie noch ihren Besuchsdienst Zeit in der gelben Mappe unterschreiben. Am Empfang sitzen zwei MitarbeiterInnen, die ich nicht kenne und sie fragen von wo Lea kommt, sie meint “Besuchsdienst”, sie unterschreiben ihre Liste und Lea wünscht ihnen noch alles Gute für den Umzug.

Meine Reaktion auf den Sturz von Frau Mayreder, dass das Angurten auf dem Rollstuhl eine “Sicherheitsvorkehrung” ist, ist durch meine Arbeit als persönliche Assistentin geprägt, da ich es gewohnt bin, dass sich meine Arbeitgeberin selbst mit dem Gurt am Rollstuhl anschnallt. Somit werde ich darauf etwas näher eingehen. Jedoch ist dem hinzuzufügen, dass die Schwierigkeiten im Handlungsspielraum “Festschnallen” anzuerkennen sind. Es ist sehr individuell, wer sich anschnallen kann und wer nicht, bei dem Fall von persönlicher Assistenz, auf das ich nun näher thematisieren werde kommt es auf die Person an. Die Dame, bei der ich tätig bin, kann sich selbständig ab und zu schnallen, aber manche der BewohnerInnen können und wollen das vielleicht nicht.

Eine Definition für Persönliche Assistenz wäre beispielsweise folgende: “Persönliche Assistenz (für Menschen mit Behinderungen, kurz PA) ist eine an den individuellen

Bedürfnissen der Auftraggeber:in (= Person mit Behinderung) ausgerichtete Form der Unterstützung. Die Persönliche Assistenz orientiert sich an Gleichstellung, Selbstbestimmung und Inklusion und ist Grundlage der internationalen Selbstbestimmt Leben-Bewegung. Sie findet sich auch in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen”⁶. Auf der Website der Wiener Assistenzgenossenschaft (WAG) wird Persönliche Assistenz auf den körperlichen Aspekt gelegt: “Die Persönlichen Assistent:innen stellen den Kund:innen ihre Augen, Muskelkraft, Füße oder Hände zur Verfügung. Das, was gerade gebraucht wird. Der große Unterschied zum Leben in betreuten Einrichtungen liegt darin, dass Sie als behinderte Person die Rolle der Auftraggeber:in einnehmen. Sie entscheiden also über Ihren Lebensstil und bestimmen selbst, was gut für Sie ist”⁷.

Auch in dem damaligen Anzeigen meiner Arbeitgeberin, für die ich mich 2019 als Persönliche Assistentin beworben hatte, wurde der Fokus auf die Assistenznehmerin gelegt: “Da Du einen Großteil des Alltags mit mir verbringst, sind Diskretion und sich selbst zurücknehmen können erforderlich”. Was noch hinzuzufügen ist, ist der Vergleich zu anderen Menschen in der damaligen Stellenanzeige:

“Mein Alltag ist genauso wie der von jedem anderen Menschen auch. Das heißt Einkaufen, Haushalt, Arbeit, Freizeit, Arztbesuche etc. Nur mit dem Unterschied, dass meine Assistentinnen immer dabei sind” (Anzeige Persönlicher Assistenzjob 2019).

Durch das Gegenüberstellen von “jedem anderen” in der Anzeige wird gezeigt, dass es keinen Unterschied gibt zum Leben von anderen Menschen. Daher liegt die Verantwortung, wie bei Menschen ohne Assistenz, bei den AssistenznehmerInnen bzw. bei den Menschen selbst, dies unterscheidet sich meiner Ansicht nach zur Pflege in einem Pflegeheim, hier tragen die Pflegekräfte die Verantwortung innerhalb einer Institution, weshalb das regelmäßige Dokumentieren (teilweise alle zwei Stunden) unter anderem notwendig ist um alles rückbezogen erklären und kontrollieren zu können. Außerdem können auch jederzeit (meistens vage vorangekündigte) Kontrollen in einem Pflegeheim im Hinblick auf Pflege durchgeführt werden. Die mit Kontrollen einhergehende hohe Drucksituation führt dazu, dass die Verantwortung vermehrt den Pflegekräften zugeschrieben wird, was wiederum zu Kontrollen seitens der PflegerInnen im Hinblick auf die BewohnerInnen führt.

Ähnlich wie in meinem Nebenjob als Persönliche Assistentin (PA) habe ich mich anfangs als Wohnbuddy, vermutlich auch durch die Vorerfahrung der PA geprägt, etwas zurückhaltender

⁶ <https://persoenlicheassistenz.at/>, abgerufen am 15.10.2023

⁷ <https://www.wag.or.at/persoenliche-assistenz-pa>, abgerufen am 15.10.2023

verhalten als beispielsweise die PflegerInnen. Ich habe vor dem Hereinkommen ins Zimmer angeklopft und gewartet, dass der/die BewohnerIn etwas sagt, bevor ich hineingegangen bin. Außerdem wollte ich während der Freizeitbeschäftigungen stets Auswahlmöglichkeiten bieten und die BewohnerInnen selbst entscheiden lassen, sie sollten sich nie gezwungen fühlen, bei einer Aktivität oder Aktivierung mitmachen zu müssen. Wichtig scheint mir im Hinblick auf die Situationsbeschreibung mit Frau Mayreder, zu erwähnen, dass Stürze bei alten Menschen im Pflegeheim und auch außerhalb von Pflegeheimen häufig vorkommen, oft sind es unter anderem jene, die dazu führen, dass BewohnerInnen ins Pflegeheim einziehen. Stürze können somit nicht verhindert werden, aufgrund des Personalmangels kann das Eingreifen bei einem Sturz erschwert werden, wobei selbst wenn es genug Personal gäbe, können PflegerInnen nicht alle Stürze vermeiden. Dies kommt auch im Text von Driessen vor als sie sich auf einen “Care entrepreneur” in ihrer Forschung bezieht:

“You cannot hide everything that might be risky. Risks are part of life” (Driessen et al 2017, 30).

Der gewählte Begriff: “Freiheitsberaubung” ist jedoch interessant, da er Aufschluss gibt über die Wertigkeit, dass die Sicherheit oder Fremdbestimmung jemanden am Rollstuhl zu befestigen, unter dem Wert der Freiheit steht bzw. in diesem Fall so begründet wird. Hinzuzufügen ist, dass ich im Heim keinen Rollstuhl gesehen habe, der einen Sicherheitsgurt eingebaut hat. Die Überlegung hier ist, selbst wenn meine erste Reaktion der ‘Sicherheitsvorkehrung’, das Festschnallen mit passenden Gurten am Rollstuhl voraussetzt, so stelle ich mir die Frage ob hier der nach außen geschilderte Wert der Selbstbestimmung im Pflegeheim gegeben wäre. Ist es tatsächlich eine Freiheitsberaubung, wenn man BewohnerInnen am Rollstuhl anschnallt, bzw. wie müsste die Prävention im Pflegeheim aussehen, damit die BewohnerInnen eine passende Sturzprophylaxe erhalten, die das Herausfallen aus dem Rollstuhl vermeidet? Wäre es eine passende Lösung, ausnahmslos alle BewohnerInnen, die im Rollstuhl sitzen, anzuschnallen? Dies würde gegen die Selbstbestimmtheit bzw. tatsächlich für die genannte “Freiheitsberaubung” sprechen.

6.1.4 “Ich esse und trinke mit Genuss”

Ähnlich wie bei der Betonung auf das “Ich” bei der Körperhygiene oder Sicherheit (z.B. 6.1.2 “Ich will mich körperlich wohlfühlen”) verhält es sich beim Essen. Im Konzept eines Pflegeheims, steht zum Thema Essen in der Pflege die Überschrift “Ich esse und trinke mit Genuss”. Doch auch hier gibt es unterschiedlich Wünsche im Bezug auf Angehörige und BewohnerInnen, die sich durch eine imperative Kommunikationsform zeigt. Ich verdeutliche dies anhand der Beobachtung eines Ehepaars, in dem der Mann, der täglich seine Frau besuchen kommt und außerhalb des Pflegeheims wohnt, möchte, dass sie, in Bezug auf ihren Gewichtsverlust, den Kuchen isst. Hier habe ich folgendes notiert: Dann kommt die Schwester Sarah, die ich auch schon zuvor zu den Wohnbuddys interviewt habe, hinein im Arbeitsshirt und bringt die Jause. Es ist eine Roulade mit Creme und Kaffee im Schnabelbecher. Frau Müller meint zu ihrem Mann: “Du musst das Essen, weil ich kann nicht”. Daraufhin nimmt er den Teller in die Hand mit der Gabel ein Stück darauf gegeben und es ihr vor ihren Mund gehalten und gemeint: “Du wiegst so wenig, du wiegst nur 43 kg”. Dann meint Frau Müller: “Das kann nicht stimmen”. Ihr Mann antwortet mit “doch”, da sie abgewogen wurde. Sie meinte, dass das vielleicht nicht funktioniert hat mit der Waage. Herr Müller füttert sie mit einem weiteren Stück Kuchen und isst zwischendurch aber auch ein paar Stücke, den letzten Bissen lässt er ihr über und möchte ihn ihr geben, darauf sagt sie: “Ich mag nicht mehr”. Er sagt: “Ge Schatzal komm”. Sie isst den letzten Bissen, den Kaffee will sie ebenfalls nicht mehr, ihr Mann sagt: “Ja aber der ist ja für dich der Kaffee und ich trinke ihn immer”. Er nimmt einen Schluck und gibt den letzten Schluck Kaffee im Becher wieder seiner Frau. Dann sagt sie, dass sie Schmerzen hat, ihr Mann steht auf geht zum Schrank an der Wand und holt eine Creme und ein Mittel, Passedan®, Beruhigungstropfen und einen Teelöffel hervor.

Obwohl Frau Müller sagt, dass sie den Kuchen nicht möchte, isst sie ihn nach der Aufforderung ihres Mannes trotzdem, zumindest ein paar Bissen. Ich möchte in dieser Beobachtung die Kommunikationsform herausheben, ihr Mann lässt nicht locker, er geht nicht auf das, was sie eigentlich gesagt hat, ein, er versucht es noch einmal. Er findet sich nicht ab mit dem, was sie sagt, und fordert sie stattdessen nochmal auf mit “Ge Schatzal komm” und der Gabel samt Kuchen vor ihrem Mund. Wenn sie tatsächlich nicht wollen würde, müsste sie sich mehr anstrengen und lauter nein sagen, natürlich könnte es auch sein, dass sie sich mit mir als Person im Raum unwohl fühlte, keine Aufregung erzeugen wollte, aber sie setzt jedenfalls das um was ihr Mann von ihr möchte, und lässt sich überreden fremdbestimmen den Kuchen zu essen. Hier nochmal bezugnehmend auf Driessen, wäre eine weitere Möglichkeit, dass Frau Müller hier

den Kuchen dann doch isst, da sie dem Gespräch ein Ende setzen möchte (Driessen 2018, 129). Andererseits könnte es auch sein, dass sie sich im Rahmen des Prozesses dazu entschlossen hat, das Kuchenstück doch zu essen, da die Gründe, ihren Mann zufrieden zu stellen und seine Befürchtungen um ihren Gewichtsverlust sie tatsächlich umgestimmt haben. Aber der Faktor, dass bei der BewohnerInnensitzung besprochen wurde, dass Herr Müller meinte, dass seine Frau früher mehr gewogen hat, deutet darauf hin, dass er vermutlich auch schon öfter mit seiner Frau über ihr verändertes Gewicht gesprochen hat, zumal er sie täglich besucht. Somit kann sich der Wille nicht nur von Situation zu Situation unterscheiden, sondern auch innerhalb einer Situation prozesshaft ändern. Mattingly hat einen Beitrag geleistet, der von einem prozessualen Zugang zum Willen ausgeht. Murphy und Throop beziehen sich auf Mattingly, die argumentiert, dass der Wille kein Moment der Entscheidung ist, sondern viel mehr eine prozessuale Entwicklung:

“Mattingly demonstrates that willing can be seen as a gradual shifting of orientation from one attentional target to another rather than some sort of split-second decision. In her view, thinking of will as a morally loaded process, achieved through thought, conversation, emotion work, and a host of other experiences, more accurately reflects the sense of will as struggle that characterizes many individuals’ experience of volition” (Murphy und Throop 2010, 21).

Ein weiteres Beispiel wäre jenes, in dem unterschiedliche Wünsche durch das Fehlen einer Nachspeise ohne die Zustimmung eines Bewohners durch einen Joghurt verhandelt werden. Als ich mit einer Küchenfachkraft, Amalia, kurz nach dem Mittagessen gerade dabei bin die Teller und Gläser abzuservieren und den Speisesaal aufzuräumen, sind nur noch ein paar BewohnerInnen im Speisesaal. Mir fällt auf, dass es zu wenige Nachspeisen gibt. Eine Bewohnerin, die die Ersatznachspeise, ein Joghurt, nicht möchte und lieber den Pudding hätte, so wie im Menüplan angegeben, schickt mich mit dem Joghurt zurück in die Küche und sagt: “Ich will den Pudding”. (Ich bin mir hier nicht mehr sicher, was es genau für eine Nachspeise Pudding oder Creme oder so etwas in der Art war, dies ist aber für die Situation unwichtig, da es einfach darum geht, dass es eine Nachspeise zu wenig gab und gegen eine andere Nachspeise eingetauscht wurde). Daraufhin suche ich noch eine weitere Nachspeise und finde keine und daraufhin frage ich Amalia, ob es noch Nachspeisen gibt, da eine Bewohnerin den Joghurt nicht möchte. Ich beobachte Amalia, um herauszufinden, wie sie mit dieser Situation nun umgeht. Amalia sucht selbst noch nach einer Nachspeise, findet keine, nimmt ein Joghurt aus dem Kühlschrank und geht damit ziemlich bestimmt zu einem Bewohner hin und nimmt die Nachspeise, die auf dem Tisch vor ihm steht und tauscht es mit einem Joghurt aus, den sie ihm

auf den Tisch stellt und sagt: “Das schmeckt besser”. Dann geht sie zügig wieder weg, sieht mich an, ich muss lachen und daraufhin fragt sie mich: “Habe ich das nicht gut gemacht?” Ich meinte, dass sie es gut gelöst hat, musste aber gleichzeitig weiterhin über die Situation lachen, vielleicht auch aus Müdigkeit, aber auch weil sie ihm den Joghurt als etwas Besseres dargestellt/vermarktet hat, als den Pudding und dann schnell von ihm weggegangen ist, ohne dem Bewohner tatsächlich eine Wahl zu lassen, was er den besser fände. (A. bringt den Pudding schließlich zur Bewohnerin, die den Pudding essen wollte.) Die Küchenkraft findet das besser, damit sie eine Nachspeise hat für die Bewohnerin, die den Joghurt nicht möchte und damit das momentane Problem gelöst ist. Dies ist ein Beispiel für die Kontrolle bei der Ernährung im Pflegeheim, die die BewohnerInnen nicht immer mitbestimmen können, da es vorkommen kann, dass es zu wenige Nachspeisen-Schüsseln gibt oder ein Menü dann bereits aus ist, da hier nicht mit einem System der Bestellungen im Vorhinein gearbeitet wird. Es gibt stattdessen meistens genügend von jedem Menü, sodass die BewohnerInnen sich aussuchen können, was sie essen möchten, viel von dem, was ankommt wird aber weggeschmissen, hinzu kommen noch die Essensreste von den BewohnerInnen, sofern sie es nicht schaffen ihre Portionen aufzuessen. Ab und zu (eher selten) kommt es aber vor, dass von einem Menü nicht genügend da ist, dann muss diese Person eines der anderen Menüs wählen. An diesem Tag zum Beispiel kam es vor, dass es nicht genügend Nachspeisen gab bzw. vielleicht auch ein kleiner Fehler in der Küche passierte, oder man die neue Bewohnerin vielleicht noch nicht mit einberechnet hatte.

Außerdem hat mir die Stationsleitung während meiner Forschung einmal gesagt, dass die Wahl der Speisen zumindest die Menge früher selbst von den BewohnerInnen ausgesucht werden konnte, in dem sie sich selbst Suppe mit einem Schöpfer einschenken konnten. Nachdem aber Proben im Heim auf den Küchen-Arbeitsflächen, dem Teppich (Ebene blau ist die einzige Ebene, die einen Teppich hat) etc. entnommen wurden, hat sich diesbezüglich das selbständige Einschenken der Suppe beispielsweise verändert bzw. wurde es abgeschafft und wird nun durch das Küchenpersonal durchgeführt und direkt zu den Tischen, an denen die BewohnerInnen sitzen, gebracht.

Hier stellt sich die Frage, warum gab es diese Vorschriften, welche Werte standen hier dahinter? Zumal, dass diese relativ neuen Vorschriften nicht mit der Selbstbestimmtheit des Konzepts, in dem das “Ich” eben nicht wie im Konzept geschrieben steht, zumindest bezogen auf die Menge über eigene Wünsche entscheiden kann. In dem steht nämlich: “Ich lege Wert auf eine ausgewogene und meinen Wünschen entsprechende Ernährung”.

Daher möchte ich nun näher auf die Konzepte österreichischer Pflegeorganisationen eingehen. Aus der Perspektive der Institutionen stellen die darin enthaltenen Leitbilder alltägliche Wünsche und Bedürfnisse, der BewohnerInnen eines Pflegeheims, dar.

Zuerst werde ich jedoch skizzieren, wer im Verständnis dieser Konzepte in Pflegeheimen dafür verantwortlich gemacht wird, dem körperlichen ‘Wohlfühlfaktor’ nachzugehen. Um dies zu veranschaulichen, ziehe ich die Konzepte von Häuser zum Leben⁸ und der Caritas⁹ heran.

6.2 Das unabhängige und selbständige “Ich”

Das “Ich” in der Devise “Ich will mich körperlich wohl fühlen”, “Ich esse und trinke mit Genuss” oder “Ich will mich körperlich sicher fühlen” des Konzepts zeigt, dass Herr Evers zwar gemeint ist, aber gar nicht duschen will, obwohl er dafür keine Hilfe benötigen würde. Das Wollen kommt von außen, wird von außen bestimmt, aber so auferlegt, als ob es aus dem “Ich” kommt. Das “Ich” spricht hier aber nicht für oder über ein Individuum, wie in diesem Fall nur für Herrn Evers, sondern für eine ganze stigmatisierte Gruppe, die sich körperlich wohl fühlen “will”. Was sich körperlich-wohlfühlen bedeutet, wird aber nicht genauer ausgeführt; so bleibt die Person, die ihrer Körperhygiene nicht oder im Rahmen eines Nicht-duschen-Limits durchführen will, nicht erwähnt.

In diesem Beispiel gibt es keine “bad medicine“, wie im Theoriekapitel genannt. Es gibt keine andere Person, die für Herrn Evers gehandelt hat, so wie es bei dem Beispiel der Mutter der Fall war (siehe 4.3 Personenkonzepte und der Wille). Obwohl sie sich anders verhalten hat, als es erwünscht war, nämlich durch Schreien und Streit mit anderen Personen, wurde sie nicht dafür verantwortlich gemacht. In diesem Fall wird das “Ich” dem Individuum zugeschrieben. Verantwortlich im moralischen Sinne wird in dem Fall jedoch nicht einer anderen abnorm handelnden Person, wie “bad medicine” zugeschrieben, sondern die Verantwortung wird an Herr Evers persönlich zugetragen. Da er für das “Ich” im Rahmen dieses Konzepts seiner Verantwortung nicht nachgegangen ist. Somit hat auch das nachträgliche Kopfschütteln der Besucherin das Scheitern der Überredung zum Duschen nicht bei der Pflegekraft, bei sich selbst oder beim Konzept gesucht, sondern bei der Widerstandshandlung von Herrn Evers, der sich nicht so verhält, wie es insgeheim vom “Ich” erwartet wird. Damit möchte ich zeigen, dass die Perspektive und die zugeschriebene Verantwortlichkeit als maßgeblicher Faktor für die Bewertung der Person wirken.

⁸ <https://kwp.at/>, abgerufen am 07.03.2024

⁹ <https://www.caritas-pflege.at/wien/infos-aktuelles/pflegeratgeber/lebensqualitaetskonzept>, abgerufen am 22.02.2024

In Anbetracht des Konzepts des Pflegeheims lässt sich ableiten, dass der Widerstand von Herrn Evers möglicherweise nicht die erhoffte Wirkung gezeigt hat. Jedenfalls geht die Körperpflege nicht von dem Satz aus, der beschreibt, dass das "Ich" so lange wie möglich seine Körperpflege selbst machen möchte. Bei Herrn Evers ist es möglich, dass man hier die psychische ‚Unmöglichkeit‘ hinzuziehen könnte. Herr Evers wäre körperlich in der Lage, sich um sich selbst zu pflegen. Er wäre auch körperlich ohne Pflegerin dazu imstande, sich zu duschen. Da Herr Evers aber darüber berichtet, dass er Angst davor habe zu duschen, tut er es schlussendlich nicht. Hier könnte man zwar weniger von einer vorübergehenden Krankheit sprechen, die dazu führt, dass Herr Evers die Dusche meidet, wie es bei bad medicine der Fall ist. Zumal er sein Verhalten nicht so wie die Mutter von einem auf den anderen Zeitpunkt ändert, sondern in verschiedenen Situationen von einer Angst über einen längeren Zeitraum während meiner Forschung, innerhalb einiger Wochen, immer wieder mal berichtet. Wenn also davon ausgegangen wird, dass Herr Evers handelt anstatt einer anderen Person, die sich in ihm befindet, und über ihn bzw. für ihn handelt, so würde demnach die Verantwortung darüber, dass Herr Evers nicht duscht, auf ihn zurückfallen. Es besteht zwar die Möglichkeit, dass auch weitere anwesende Personen, wie die Pflegekraft oder die Besucherin, in die Verantwortung einbezogen werden könnten, aber die "Ich"-Form impliziert, im westlichen Kontext zumindest, eine einzelne Person. Auch wenn die einzelne Person eine gesamte Gruppe von Menschen hohen Alters, die in einem Pflegeheim leben, meint. Die Interpretation des "Ich" als Einzelperson in diesem Fall führt dazu, dass die heterogene Gruppe als solche nicht angesehen wird, sondern stattdessen als einheitlich homogen wahrgenommen wird.

Mein Argument ist jedoch, dass niemand von den einzelnen AkteurInnen scheitern kann, da es keine Situation ist, wo drei Individuen aufeinandertreffen, sondern eine Dividuumsbeziehung entsteht. Herr Evers ist jedenfalls trotzdem die Person, der das "Ich", als "autonom handelnder" aktiver Mensch zugeschrieben wird. Seine Unterstützung, die Pflegekraft, die dem "Ich" dabei helfen sollte, so lange unabhängig wie möglich den Anforderungen der Pflege zu folgen, konnte nicht helfen, da der Bewohner widerständig gehandelt hat.

Hier möchte ich noch ein weiteres Beispiel unterschiedlichen Wollens in der Pflege von Körperhygiene näher ausführen. Oft beschränken sich diese Kontrollmechanismen in der Care-Arbeit nicht nur auf Empfehlungen oder Überredungsversuche in der Sprache. In folgendem Beispiel wird vorgeschlagen, bei der Pflegearbeit körperlichen Einfluss zu nehmen, um die Sicherheit des Pflegepersonals zu wahren: Am 27.07.2023, um 11.30 Uhr, fand im Zimmer der Bereichsleitung eine BewohnerInnen-Sitzung/Besprechung statt. Eine Pflegerin fragt mich, ob ich dabei sein möchte. Ich stimme der Pflegerin zu und gehe ins Zimmer, es sind vier Sessel

im Kreis aufgestellt, die nicht besetzt sind. Im Zimmer der Bereichsleitung am Standplatz, am Tisch vom Computer sitzt eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin (DGKP), eine weitere DGKP sitzt daneben am selben Tisch mit Laptop, außerdem sind noch zwei weitere Mitarbeiterinnen dabei, und noch fünf weitere Personen (Pflegerinnen) befinden sich im Raum. Also, insgesamt mit mir sitzen 10 Personen im Zimmer, die Tür ist zu. Sie sprechen über Frau Müller, die als Ersatz für Frau Vaclik neu dazukommt, denn Frau Vaclik ist kürzlich verstorben. Die Pflegerinnen überlegen stattdessen, sie ins ehemalige Zimmer von Frau Ibert zu legen. Frau Ibert ist jetzt im Zimmer von Frau Schopp, da es Sinn macht, da sich die beiden gut miteinander verstehen und bereits kennen und daher ist nun ein Bett im Zimmer, in dem früher Frau Ibert lag, frei. Des Weiteren sprechen sie über Herrn Thaler, einen Bewohner, der bei Pflegetätigkeiten um sich schlägt. Sie meinen, dass er das Personal manchmal schlägt, aber auch gleichzeitig mithelfen würde, indem er sich z.B. zur Seite dreht. Eine Pflegerin fügte hinzu, dass er das Personal auch beschimpfte. Eine der Mitarbeiterinnen schlägt vor, dass man zu zweit hinget und bestimmte Pflegetätigkeiten nicht allein macht. Sie fügen hinzu, dass er isst, wenn man ihn füttert, aber nur ein paar Löffel; wenn man ihm das Essen nur hinstellt, isst er nicht allein. Sie wissen nicht, was sie tun sollen, wenn er es verweigert. Außerdem sprechen sie über seinen Bart, den möchte er sich auch nicht rasieren lassen, beim männlichen Personal geht es, aber von sich aus würde er ihn gar nicht rasieren. Es wird besprochen, ob man seinen Bart lange stehen lassen kann, so wie bei einem anderen Bewohner und nur trimmen soll. Eine der Mitarbeiterinnen meint, das wäre eine Möglichkeit, da das das einzige ist, worüber er entscheiden könnte, beim anderen nicht. Sie empfiehlt auch wenn er schlägt, dass man ihn festhalten soll, aber richtig; wie es richtig ist, dass wusste sie nicht, das wisse das Pflegepersonal, meint sie. Eine Pflegerin meint, dass sie das nicht tun sollen. Die Mitarbeiterin meint, doch, sie können das machen, da es auch um ihren eigenen Schutz geht und sie sich ja auch um ihr eigenes Wohl kümmern sollen. Sarah, jene DGKP, die am Schreibtisch mit Laptop sitzt, stimmt zu, dass sie es zu zweit probieren können, aber scheint nicht sehr überzeugt zu sein, da sie beim Reden etwas überlegt und sich Zeit lässt, bevor sie meint, dass sie es probieren könnten.

Ich höre inzwischen den Stress hinter der Tür, ich versuche mir alles zu merken, aber gleichzeitig fühle ich mich schlecht, da ich weiß, dass ich dem Zivildienstler gesagt habe, dass ich ihm helfe beim Mittagessen und es ist mittlerweile kurz vor 12.00 Uhr, aber ich wollte auch bei der Besprechung dabei sein, da es eine seltene Gelegenheit war. Eigentlich ist die Uhrzeit nicht so gut geeignet für die Besprechung, da ab 11.30 Uhr die Vorbereitungen für das Mittagessen beginnen, da es um 12.00 Uhr bereits ausgeteilt wird. Eine Pflegerin meinte auch

mal im Vorhinein, dass sie zwar manchmal diese Besprechung machen, aber dass es sich nicht immer ausgeht, dann müssen sie sie auch manchmal absagen.

Die Pflegekräfte schließen die Sitzung ab, einige stehen schon auf und besprechen im raschen Tempo noch alles fertig, dann machen sie die Tür auf, ich stürmte hinaus und beim Mittagessen gab es Stress. Später beim Austeilen des Mittagessens: Ich merke, dass während des Essens eine Pflegerin die andere fragt: “Warum hast du gesagt, wir sollen zusammen hingehen?” (Ich gehe davon aus, dass es sich um die Sitzung zuvor handelt und sie sich auf das Gespräch über Herrn Thaler bezieht, wo eine der DGKPs zugestimmt hat, dass sie aufgrund seiner körperlichen Übergriffigkeit während der Pflege zu zweit hingehen sollen).

Was mir aufgefallen ist, ist, dass die PflegerInnen trotz Anweisung der Mitarbeiterin hier etwas zurückhaltend sind, was das Festhalten des Patienten während der Pflege zum eigenen Schutz der Pflegerinnen betrifft, trotz nochmaliger Empfehlung, dass es als Schutz für die PflegerInnen dient und richtig gemacht werden soll. Im Gegensatz zur Länge seines Bartes, worüber der Patient frei entscheiden kann, wird der Vorschlag des Festhaltens während der Pflege bzw. während der körperlichen Pflege, aus der Sicht der einen Mitarbeiterin, als notwendig erachtet und dies könnte nicht frei entschieden werden.

Die Situation zeigt, dass die PflegerInnen ebenfalls unter einem Imperativ stehen, um ihre Arbeit auszuführen und die eigenen Wünsche beispielsweise im Überreden, dass sich jemand duscht, schon erprobter sind, aber große Verunsicherung darüber besteht, jemanden zu etwas zu überreden und körperlich eingreifen zu müssen, auch wenn es dem Schutz der PflegerInnen gilt.

Diese Situation zeigt unter anderem, dass Care sich nicht nur auf die fürsorgliche Pflege, die durch Herzlichkeit und Barmherzigkeit definiert ist, reduziert. Zudem sind meine Daten nicht die einzigen, die von solchen Situationen berichten. So stellt Vesperi in ihren ethnographischen Daten ebenfalls Schwierigkeiten, die bei einem Bewohner hinsichtlich der Bartrasur auftreten können, seitens der BewohnerInnen-Perspektive, dar:

“Ha! I told you when they shaved me, one held my arm so I couldn’t push them away or hit them” (Vesperi 2003, 99).

Dies könnte mitunter daran liegen, dass im Konzept der Organisation des Heims zumindest die Darstellung nach außen so ist, dass Selbstbestimmtheit als Wert eines guten Lebens im Vordergrund steht. So zeigt beispielsweise das “Ich”, das für eine ganze Personengruppe stehen soll bzw. steht (nämlich BewohnerInnen in einem Pflegeheim, die in ihren Wünschen und Abläufen je nach Persönlichkeit, Alter, Behinderung, Erkrankung, Umfeld etc. sehr heterogen sind.) und die großen Überschriften zu unterschiedlichen Themen wie beispielsweise der

Körperpflege, dass Selbstbestimmtheit von den zwei genannten Institutionen (Häuser zum Leben und Caritas) ein anerkannter und zentraler Wert ist. Außerdem ist es ein Zeichen dafür, dass davon ausgegangen wird, dass alle Menschen in dieser Altersgruppe, oder jene Menschen, die in einem Pflegeheim wohnen, dieselben Wünsche haben. Unter der Überschrift “Ich will mich körperlich wohl fühlen” sind zwar jene BewohnerInnen eingeschlossen, die gerne Pflegeleistungen im Hinblick auf Körperpflege durchführen lassen oder selbst durchführen, aber nicht berücksichtigt sind jene Personen, die keine Körperpflege in Anspruch nehmen wollen, egal ob sie durch eine Pflegeperson oder durch sich selbst ausgeführt wird. Personen wie Herr Evers, der nicht duschen möchte oder Herr Thaler, der bei der Körperpflege um sich schlägt und seinen Bart nicht rasieren lassen möchte, sind im Konzept des Heims ausgeschlossen. Im Konzept steht zwar: “Überlegen Sie, wie Sie selbst gepflegt werden wollen und behandeln Sie mich entsprechend”, aber dennoch werden selbstbestimmte BewohnerInnen, die nicht duschen möchte und sich damit wohlfühlen (zumindest im Rahmen des Konzepts) nicht inkludiert. Dies zeigt das Beispiel aus meinen Beobachtungen in der Praxis und das Konzept, welches als Repräsentation der Bedürfnisse nach außen gilt. Der Fokus auf die PatientInnen, die mit ihrer Selbstbestimmtheit anerkannt werden, ist kultur- und vielleicht auch je nach Institution unterschiedlich. Während in dem Konzept, das ich analysierte, Selbstbestimmtheit, zumindest im schriftlichen Konzept des Pflegeheims, einen hohen Stellenwert hat. Malik schreibt über Praktiken und Normen in einem philippinischen Krankenhaus, dem Martinez Memorial Hospital, in dem ein “guter” Patient zu sein bedeutet: “[...] einerseits, passiv, immobil und wenig anspruchsvoll zu sein und andererseits, eingebettet in ein ‘Familien-Kollektiv’ im Krankenhaus behandelt zu werden” (Malik 2021, 40). Dem ist jedoch hinzuzufügen, dass auch in Österreich PflegerInnen von einem PatientIn, der/die sich waschen lässt, isst und Angehörige hat, die sich um organisatorische Arbeiten (Inkontinenzversorgung, Lieblingspeise, Biographiearbeit mit PflegerInnen oder Personal, etc.) kümmern, profitieren. Darüber hinaus gibt es auch weitere Berichte über Vorteile von Angehörigen im westlichen Kontext. So erklärt beispielsweise Henderson, dass die Familie in den westlichen USA auch stellvertretende Funktionen hat, mit der Perspektive in Alzheimer-Einrichtungen:

“For residents with cognitive dysfunction, the family member serves as a proxy for their history, patterns, and preferences regarding activities of daily living” (Henderson 2003, 162).

Also sowohl die Einbindung seitens der ‚Familie‘ als auch Passivität im Sinne einer zustimmenden Pflege werden als gut betrachtet.

Ähnlich wie im Konzept des Pflegeheims in Österreich, indem ich forschte, verhält es sich in den staatlich geförderten Seniorenheimen ‚Häuser zum Leben‘, hier steht auf der Website: “Zur ganzheitlichen Pflege und Betreuung von SeniorInnen gehört mehr als nur Fachwissen. Jeder ältere Mensch möchte mit Respekt behandelt werden und sein Leben selbstbestimmt gestalten”¹⁰. Hinzuzufügen ist, dass auf der Website auch der Ethikbeirat genannt wird, der seit 2011 in regelmäßigen Abständen die ethische Grundlage des Tuns überprüft.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es in Konzepten österreichischer Pflegeheime, eine Darstellung nach außen zu geben scheint, die sich auf ein homogenes und selbstbestimmtes “Ich” bezieht, welches in der Realität nicht existiert. In der Praxis zeigt sich nämlich, dass die BewohnerInnen in ihrer Selbstbestimmung nicht immer nachgehen können. Die Realität ist vielschichtiger und viel komplexer. Die Wirkung von divergierenden Interessen der Angehörigen und PflegerInnen sowie gegebenen Regelungen beeinflussen das dargestellte “Ich”, das wiederum etwas anderes ist als eine homogene Gruppe.

6.2.1 Active Ageing

In Anbetracht meiner Datenerhebungen und in Verbindung zu den Personen-Konzepten, in denen das Wollen eine moralische Komponente aufweist, stellt sich die Frage, wer wird als “agent” (im Sinne von “agency“), Person oder Selbst betrachtet, wer trägt die Verantwortung in einem Pflegeheim und wer wird somit moralisch auf- oder abgewertet? Die BewohnerInnen, die Pflegekräfte, die Besucherin oder die Angehörigen? Und wer ist dafür verantwortlich, aktiv zu altern bzw. warum wird Altern als Misserfolg oder Erfolg auf Basis des “active ageing“ Konzepts betrachtet? Sind es die BewohnerInnen oder die Pflegekräfte, die das aktive Altern ‚erreichen‘ oder nicht ‚erreichen‘?

Das Konzept “active ageing” ziehe ich heran um zu erklären, wie der Wille durch kulturelle Denkweise beeinflusst werden kann. Ich untersuche in diesem Rahmen daher, was als aktives Altern bzw. gutes Altern verstanden wird. Diese Masterarbeit soll einen Blickwinkel öffnen, wie in der Praxis aktives Altern umgesetzt wird, um hier einen Einblick zu geben und für weitere Forschungsarbeiten die Möglichkeit zu bieten, die Relevanz dieses Themas wahrzunehmen. Laut Lassen und Moreira gibt es für “active ageing“ keine einheitliche Definition. Das Konzept bezieht sich in der Regel auf individuelle oder kollektive Strategien zur Optimierung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Teilhabe während des gesamten Lebensverlaufs (Lassen und Moreira 2014, 33).

¹⁰ <https://kwp.at/uber-uns/>, abgerufen am 27.02.2024

“Active ageing overlaps with other qualifications of the aging process – e.g. successful ageing, healthy ageing, and productive ageing – but it is unique within gerontology for being primarily a policy concept” (Lassen und Moreira 2014, 33).

Lassen und Moreira beziehen sich auf Rozanova, auf eine Studie über Medienrepräsentation bezüglich active ageing in Kanada. In dieser Studie wird argumentiert, dass der/die HauptakteurIn eines erfolgreichen Alterungsprozesses und einer funktionierenden alternden Gesellschaft das Individuum ist (Rozanova 2010 zitiert nach Lassen und Moreria 2014, 34). Die normativen Erwartungen von active ageing werden offensichtlich, wenn man darauf achtet wie Aktivitäten, die normalerweise mit Altern in Verbindung gebracht werden, wie beispielsweise ein Nickerchen machen, stigmatisiert werden (Venn und Arber 2011 zitiert nach Lassen und Moreira 2014, 34).

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass aktivem Altern bei der WHO auf dem individuellen Lebensstil basiert, während das Verständnis von active ageing bei der Politik der EU bevölkerungsbezogen ist. Hier führt nämlich der Bevölkerungsumschwung von weniger SteuerzahlerInnen und eine höhere Population an Menschen im hohen Alter zu einer Neuartikulation des Alterns (Lassen und Moreira 2014, 40).

Lassen und Moreira nehmen hier Bezug auf Townsend, einen britischen Gerontologen und Theoretiker, der Ende der 70er, Anfang 80er Jahre meinte, dass die Abhängigkeit der älteren Bevölkerung eine soziale Konstruktion des 20. Jahrhunderts ist, die von sozialen Institutionen (Pensionistenheim, Gemeinschaftsbetreuung, etc.) und Strukturen produziert wurde. Er meint, dass die ökonomische Inaktivität von Älteren von den 1930er bis zu den 1960er Jahren massiv angestiegen sei (Townsend 1981 zitiert nach Lassen und Moreira 2014, 40). 1990 hat die EU begonnen, den Blickwinkel auf das Altern zu ändern, bzw. anstatt Altern als eine statische Altersgruppe zu betrachten, würde Altern mehr als Lebensabschnitt angesehen und diese neue Wahrnehmung wurde in Politik und Verwaltung berücksichtigt. Diese Änderung führte dazu, dass in die Richtlinien alle einbezogen wurden, nicht nur alte Menschen (Lassen und Moreira 2014, 40).

“What does life consist of besides ageing? It is so banal. If you cannot relate to the fact that you are ageing, you cannot relate to life. It is a form of ethics of life, it is the most essential, and you need to talk about it in all ages” (Nordheim zitiert nach Lassen und Moreira 2014, 40).

“Old age” wurde mit “ageing” etwa zur selben Zeit ersetzt als Kalache diese Terminologie in der WHO änderte, aber während die WHO mit “active ageing” die physische Aktivität meint, bedeutete die Veränderung der Begrifflichkeit bei der EU den Schlüssel für die Mobilisierung

inaktiver Personalressourcen bzw. Arbeitskräfte (EC 1999a zitiert nach Lassen und Moreira 2014, 40). Alan Walker, Gerontologe und Student von Townsend, hat im Jahr 1999 seine Sicht als Kritiker von strukturierter Abhängigkeit etwas distanziert und nutzte diese Ideen der Abhängigkeit stattdessen für eine Politik des active ageings, die er in der “Active Ageing Conference” in der Keynote verkündete (EC 1999b zitiert nach Lassen und Moreira 2014, 41):

“With catchphrases such as ‘Living longer, working better – working longer, living better’ the EU active ageing policy is a coordination of pension reforms, age integration, age management and a change in the European attitude towards early withdrawal and old age” (Nordheim 2000 zitiert nach Lassen und Moreira 2014, 41).

Die Devise der EU-Politik lautet dabei, das Pensionsalter zu verlängern und Altersmanagement in der Arbeitswelt zu betreiben, die anschließend dazu führen soll, ein gesundes und glückliches Altern zu ermöglichen (Lassen und Moreira 2014, 41). Aus der Sicht der Politik schaffe sie es damit, sowohl wirtschaftlich vernünftig zu agieren als auch ‚moralisch‘ korrekt zu handeln, da Aktivität mit Gesundheit in Verbindung gebracht wird und dadurch zwei Praktiken dargestellt werden, die sich gegenseitig verbessern. Die EU koordiniert mehrere Modelle, um die Bevölkerung zu klassifizieren und durch das Etablieren einer gesunden Bevölkerung einen tragfähigen und effizienten Arbeitsmarkt zu schaffen:

“[...] the age pyramid, the dependency ration and the economic dependency ratio - and builds into each other. These models invest in forms such as population age and cohorts and assumptions about the intergenerational division of labour” (Lassen und Moreira 2014, 41).

Die Alterspyramide ist ein zweiseitiger Netzplan, der die Bevölkerung in Gender und Altersgruppen aufteilt:

“This structure is conceived of as healthy if it has the shape of a pyramid, whereby the greater proportion of working people can take care of the children and the old. [...] In this way the age pyramid is an instrument that configures population policy through a visualisation of the present population and its prediction of the future population” (Lassen und Moreira 2014, 41).

Während das “dependency ratio“ wichtig war, um zu bestimmen in welchem Alter Menschen aus wirtschaftlicher Sicht in Pension gehen sollen, wurde diese Herangehensweise kritisiert, da sie davon ausgeht, dass junge und alte Menschen unproduktiv sind. Dieser Zugang lässt jedoch jene ältere Bevölkerung außer Acht, die weiterhin arbeitet und ein hohes Alter hat. Das führte zu einer Weiterentwicklung einer Berechnung des Abhängigkeitsverhältnisses von Ressourcen bei Pensionen. Bei der “economy dependency ratio“ wird nämlich nicht vom Alter ausgegangen, sondern von jener Bevölkerung, die tatsächlich arbeitet.

Im Großen und Ganzen lässt sich sagen, dass die WHO, Aktivität als gesund wahrnimmt und dies zur Passivität kontrastiert. Die EU-Politik bezieht sich auf Aktivität mehr im Sinne einer produktiven Aktivität:

“In this line of thought, old age is socially embedded in the institutions rather than a determined by biological decline or unhealthy lifestyle” (Lassen und Moreira 2014, 43).

Abschließend fordern Lassen und Moreira diese Perspektive auf aktives Altern heraus, indem sie meinen, dass eine komplette Abschaffung des Alters eine Illusion sei. Sofern Active Ageing mehr werden soll als ein politischer Traum plädieren sie für mehr Offenheit für andere Versionen des guten Alterns:

“The need for openness towards local adaptation and existing forms of specific everyday practices. Perhaps this would allow people to mould active ageing into their everyday lives and to accommodate alternative versions of the good late life that are not centred solely around health, longevity or productivity” (Lassen und Moreira 2014, 44f.).

7. Conclusio

Auf Basis meiner Daten beantworte ich die Forschungsfrage “Wie wird Care in einem Pflegeheim in der Praxis verstanden?” In dieser Arbeit habe ich versucht, den Begriff Care offen zu halten und wie bereits Thelen und andere AutorInnen vorgeschlagen haben, ihn aus klassischen Dichotomien zu lösen. Denn diese begrenzen Care und drängen den Begriff in eine weiblich, häuslich private, emotionale Sphäre, die dann besser bewertet wird als jene der institutionalisierten Pflege. Durch die Forschung in einem ausgewählten Pflegeheim habe ich gezeigt, dass diese Zuschreibung von “besser” und “schlechter” aufgelockert werden sollte, da sie aus den Dichotomien wie beispielsweise Anthropologin Thelen zusammengefasst hat zwischen privat und öffentlich entstanden sind. Um nicht nur den Care-Begriff auszuweiten, sondern auch den Begriff der Verwandtschaft, habe ich zu den Angehörigen, die mit den BewohnerInnen interagieren, auch FreundInnen, NachbarInnen, Besuchsdienste und PflegerInnen in meinen Erhebungen mit untersucht. Die Theorie basiert auf anthropologischen Konzepten des “Willens” und der “agency” und wird verknüpft mit gegensätzlichen Wünschen zwischen BewohnerInnen eines Pflegeheims und ihren InterakteurInnen. Ich habe Leitbilder-Konzepte von Pflegeheimen mit der Praxis verglichen. Diese habe ich in vier Themenbereichen untersucht und aufgearbeitet, und zwar: Freizeit, Hygiene, Essen, Risiko & Prävention. Es zeigt sich in meinen Daten, dass der “Wille” bzw. die “agency” entweder durch Zustimmung oder durch einen entgegengesetzten “Willen” (der sich auch durch, einen Zustand wie, absichtliches untätig sein zeigen kann) gelebt wird. Anhand der theoretischen Ausarbeitung von “agency”, zeigt Ortner jedoch, dass der Widerstand genauso gelebte “agency” ist, wie auch eine Zustimmung (vgl. Ortner 2020). Dubois zeigt am Beispiel des Staates, dass die Kontrolle über die Ausführung von Regelungen sich viel diverser und variabler gestaltet als die Formulierungen in Gesetzestexten (vgl. Dubois 2014). Denn die Kontrollen werden situativ und prozesshaft zwischen den AkteurInnen verhandelt. Bei Aushandlungen spielt unter anderem Sympathie eine große Rolle. Die unterschiedlichen Aushandlungen zeigen sich auch in den Care-Beziehungen zwischen BewohnerInnen und den mit ihnen interagierenden Personen sowie den Konzepten von staatlich geförderten Pflegeheimen. Also wird in meinen Daten zwar versucht Pflegekonzepten und gesetzlichen Regelungen nachzugehen; wenn die BewohnerInnen jedoch Widerstände zeigen, wird je nachdem wie die Beziehung zwischen InterakteurInnen und BewohnerInnen gestaltet ist, diesen Regelungen lockerer oder weniger locker nachgegangen. Zudem zeigt das Beispiel der Diskussion über das Abrasieren des

Bartes eines Bewohners, dass Care auch außerhalb der Strukturen von reiner Fürsorge betrachtet werden kann und der Faktor der Kontrolle miteinbezogen werden muss, um Care aus ganzheitlicher Perspektive zu betrachten. Zu viel Kontrolle kann im Rahmen von Care auch als Freiheitsberaubung betrachtet werden, wie ich anhand des Beispiels von Frau Mayreder reflektiere. In meinen Reflexionen über meinen Nebenjob als persönliche Assistentin, wo die Selbstbestimmtheit der Care-Nehmerin im Vordergrund steht, ziehe ich Vergleiche zur Care-Arbeit im untersuchten Pflegeheim. Care befindet sich dort in einem Spannungsfeld der Ambiguität von Kontrolle und Unabhängigkeit. Der Wert der Unabhängigkeit wird dadurch geprägt, dass die Gruppe älterer Menschen, als besonders pflegebedürftig wahrgenommen wird, mehr als andere demographische Gruppen. Menschen höheren Alters sollten aufgrund des Konzepts des "Aktiven Alterns", die auf den Empfehlungen der WHO und der EU basieren, so lange wie möglich unabhängig und aktiv bleiben, um ihren eigenen Bedürfnissen nachgehen zu können. Diese Bedürfnisse werden jedoch ebenfalls (kulturell) vorgegeben. So deutet das formulierte "Ich" in Leitbilder-Konzepten wie: "Ich esse und trinke mit Genuss" oder "Ich will mich körperlich wohl fühlen" darauf hin, dass davon ausgegangen wird, dass BewohnerInnen eines Pflegeheims für eine gesamte Gruppe stehen, welche einheitlichen Bedürfnisse haben sollte. Allerdings erweisen sich die in Konzepten enthaltenen Werte, welche sich auf Freizeit, regelmäßige Körperhygiene oder das genussvolle Essen beziehen, für einen Teil der Bewohnerinnen als unzutreffend. Dies zeigt, dass das Konzept realitätsfern und vereinheitlichend ist. Denn das "Ich" in einem der Konzepte der Pflegeheime zeigt, dass eine bestimmte demographische Gruppe, und zwar jene der Menschen höheren Alters, als ein homogenes Ganzes wahrgenommen werden. Pläne wie z.B. Aktives Altern, die Menschen höheren Alters dazu auffordern, aktiv zu werden oder zu bleiben deutet darauf hin, dass sie nicht als differenziert, heterogen oder komplex gesehen werden. Daher nehme ich eine Notwendigkeit wahr, dass Institutionen mehr auf einzelne Personen in dieser Gruppe, vor allem in Pflegeheimen, aber auch in anderen Bereichen, achten sollten. Diese Auswirkungen der Werte von gut bewerteter Aktivität und schlecht bewerteter Inaktivität zeigt sich auch in meinen Daten, als eine Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin ein Leben ohne Arbeit als weniger sinnhaft beschreibt. Die Anthropologin Annemarie Mol kritisierte dies und meinte, dass die 'Wahl' ein aktives Leben zu führen nur dazu führen würde, dass nur die Lebensqualität der ohnehin bereits gesunden Bevölkerung verbessert werde. Damit die öffentliche Gesundheit verbessert werden kann, wird dazu ermutigt, dass Personen vorgelegte Regeln einhalten. Doch Mol hinterfragt dies, und zwar insbesondere kritisiert sie die Maßnahmen, die in der öffentlichen

Gesundheitsdebatte diskutiert wurden und nicht zwingen positive Auswirkungen auf einzelne Personen haben. Ich füge eine gewisse Skepsis gegenüber dem Konzept des “active ageing“ hinzu und frage, inwiefern aktives Altern sich positiv auf eine homogen wahrgenommene Gruppe auswirkt. Es sei darauf verwiesen, dass die Gegenüberstellung von Aktivität und Inaktivität lediglich eine weitere Dichotomie betont und ein gewisses Maß an Passivität, unabhängig vom Lebensalter, zu einem aktiven Leben dazugehört.

Zudem kommt hinzu, dass die Zuschreibung des “Ich” sich zwar gleichzeitig auf eine ganze Gruppe, aber auch auf die Individuen der Gruppe bezieht und dies geht mit einer gewissen Bewertung einher, wenn jene Personen nicht nach den kulturell auferlegten Werten handeln. So zeige ich anhand des Beispiels von Herrn Evers, dass dieser für seinen Wunsch nicht duschen zu wollen als Handelnder verantwortlich gemacht wird. Diese Zuschreibung wer für etwas als verantwortlich bezeichnet wird ist jedoch kultur- und kontextabhängig.

Durch meine Perspektive und Rolle als Wohnbuddy konnte ich einen besonderen Einblick in dieses Feld bieten. Ich plädiere anhand meiner Masterarbeit daher dafür, die Gruppe älterer Menschen als heterogen wahrzunehmen und mehr Offenheit, speziell im Hinblick auf Konzepte und Regelungen, für bestimmte Wünsche und Widerstände der Betroffenen zu bewahren. Diese Arbeit zeigt, inwiefern Menschen in einem Pflegeheim in Care-Beziehungen miteinander interagieren. Die kulturellen Einflüsse in Pflegeheimen prägen dabei den Willen der AkteurInnen. Diese Einflüsse zeigen sich anhand der Leitlinien und deren Werten in Gesetzen und Konzepten, die von Institutionen wie der WHO, der Caritas oder Häuser zum Leben, (die beiden letzteren sind staatlich gefördert) ausgehen. Und genau das habe ich versucht mit dem Konzept von “active ageing” zu zeigen, welches Werte wie Aktivität und Produktivität in einem westlichen System propagiert. Außerdem möchte ich darauf hinweisen, dass die übergeordneten Werte auf beiden Seiten, sowohl seitens der BewohnerInnen als auch der PflegerInnen in dem chaotischen und unberechenbaren Feld des Alltäglichen ausgelebt und verhandelt werden.

7.1 Grenzen der Untersuchung

Ich bin mir darüber bewusst, dass es verschiedene Einbettungsmöglichkeiten zum Konzept des Willens gibt. Zum Beispiel gibt es Literatur zu “Manufacturing Consent” von Noam Chomsky, Edward Herman und Burawoy (vgl. Herman und Chomsky 1994; Burawoy 1991). Diese Arbeit in diese genannten Debatten einzuordnen, würde den Rahmen dieser Masterarbeit überschreiten. Da es in diesen Werken vor allem um größere Themen wie

Arbeit, Kapitalismus und Propaganda geht, übersteigt dies die Theorie, die ich für diese Arbeit festgelegt habe. Auch Foucaults Konzept der Biopolitik könnte in einer erweiterten Ausarbeitung zeigen, wie der Staat und Institutionen wie Pflegeheime, das Leben der Bevölkerung regulieren, was auch Einfluss auf die Interpretation von Care haben könnte. Des Weiteren könnte die Interpretation des Staats, die ich im Zusammenhang mit Dubois erwähne noch vertieft werden. Durch Foucaults Konzept könnte dargestellt werden, inwiefern Macht Einfluss auf die individuellen Entscheidungen der AkteurInnen des Pflegeheims hat (vgl. Foucault 2010). Ich habe jedoch beschlossen, den Fokus auf eine anthropologische Perspektive und die täglichen Aushandlungsprozesse, in denen Care stattfindet, zu legen. Dies habe ich innerhalb der Beziehungen zwischen Angehörigen und MitarbeiterInnen, die täglich mit den BewohnerInnen interagieren getan. Für eine weitere interdisziplinäre Untersuchung von Care- und Pflegeheimen könnten die oben genannten Autoren jedoch hinzugezogen werden und Wertvolles beitragen um die Rolle des Willens in einem größeren Kontext situieren.

Weitere Ideen für Forschungsthemen wären Datenerhebungen zu Wohnbuddys und wie diese die Idee des aktiven Alterns fördern könnten und dies tun oder nicht tun. Diesbezüglich könnten Ziele in der Theorie und Praxis verglichen werden, und noch vertiefter geforscht werden. Auch Umbrüche während einem Umzug und dies zu begleiten wären weitere mögliche Ideen für einen Fokus. Auch wenn es ein sehr spezifischer Fall ist, könnte die genauere Forschung darüber Aufschlüsse geben wo es in Umbruchsituationen größere Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis gibt. Zumal wird es in der Zukunft aufgrund von Zuwachs der älteren Generationen vermutlich vermehrt Neu- oder Umbauten von Pflegeheimen geben, was das Feld bereichern würde.

8. Literaturverzeichnis

- Appell-Warren, L.P. (2014) *“Personhood”: An examination of the history and use of a concept in the anthropological literature*. United States: The Edwin Mellen Press.
- Breidenstein, G. et al. (2020) *Ethnografie: Die Praxis der Feldforschung*. 3. UVK Verlag.
- Burawoy, M. (1991) *Manufacturing consent: changes in the labor process under monopoly capitalism*. 11th edn. Chicago: University of Chicago Press.
- DeWalt, K.M. and DeWalt, Billie R. (2011) *Participant observation: a guide for fieldworkers*. 2nd edn. Lanham: AltaMira Press.
- Driessen, Annelieke, Van der Klift, I. and Krause, K. (2017) ‘Freedom in Dementia Care - On Becoming Better Bound to the Nursing Home.’, *Etnofoor*, pp. 29-41.
- Driessen, Annelieke. (2018) Sociomaterial Will-Work: Aligning Daily Wanting in Dutch Dementia Care. In: Boldt (Hg.) *Care in Healthcare: Reflections on Theory and Practice*. (1. Auflage). Cham: Springer International Publishing, pp. 111–133.
- Dubois, V. (2014) ‘The State, Legal Rigor, and the Poor: The Daily Practice of Welfare Control’, *Social Analysis*, 58 (3): 38-55.
- Durham, D. (2005) ‘Did you Bathe this Morning? Baths and Morality in Botswana’, in A. Masquelier (ed.) *Dirt, undress, and difference: critical perspectives on the body’s surface*. Bloomington (Ind.): Indiana university press. pp. 190-213.
- Eagle, T., Baltaxe-Admony, L.B. and Ringland, K.E. (no date) ‘Proposing Body Doubling as a Continuum of Space/Time and Mutuality: An Investigation with Neurodivergent Participants’, *ASSETS 2023 Proceedings of the 25th International ACM SIGACCESS Conference on Computers and Accessibility*, Article No. 85. pp. 1–4.
- European Commission (1999). *Active ageing - Conference report*. Brussels: EC.
- Foucault, M. (2010) *The birth of biopolitics: lectures at the Collège de France, 1978 - 79*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Garro, Linda C. (2010) ‘By the Will of Others or by One’s Own Action? In: K.M. Murphy and C.J. Throop. (Hg.) *Toward an Anthropology of the Will*. United States: Stanford University Press.’. 69-100.
- Henderson, N.J. (2003) ‘Alzheimer Units and Special Care - A Soteriological Fantasy.’, In: P.B. Stafford. (Hg.) *Gray Areas: Ethnographic Encounters with Nursing Home Culture*. (1. Auflage) School of American Research advanced seminar series, pp. 153-173.

- Herman, E.S. and Chomsky, N. (1994) *Manufacturing consent: the political economy of the mass media*. London: Vintage.
- Holland, D. (1992) 'How Cultural Systems Become Desire: A Case Study of American Romance.', in R. D'Andrade and C. Strauss (eds) *Human Motives and Cultural Models*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 61–89.
- Huhn, Siegfried. (2018) 'Essenreichen will gelernt sein', *Die Schwester der Pflege*. Available at: <https://www.bibliomed-pflege.de/sp/artikel/30001-essenreichen-will-gelernt-sein>, abgerufen am 20.09.2024
- Kroisleitner, Oona. (2019) 'Österreich braucht 50.000 zusätzliche Pflegekräfte bis 2050.', *DerStandard*, 8 October. Available at: <https://www.derstandard.at/story/2000109620605/wien-benoetigt-9-000-neue-pflegekraefte-bis-2030>, abgerufen am 01.09.2023
- La Fontaine, Jean Sybil. (1985) 'Person and individual: some anthropological reflections.'. In: M. Carrithers, S. Collins, and S. Lukes (Hg.) *The category of the person*. (1. Auflage). Cambridge: Cambridge University Press, pp. 123–140.
- Lassen, Aaske.J. and Moreira, Tiago. (2014) 'Unmaking old age: Political and cognitive formats of active ageing', *Journal of Aging Studies*. 30 (1). pp. 33–46.
- MacFarlane, A. (1992) 'Louis Dumont and the Origins of Individualism', 16 (1). Cambridge University, pp. 1–28.
- Malik, J. (2021) *Sorge am Krankenbett: Praktiken und Normen in einem philippinischen Krankenhaus*.
- Mol, A. (2008) *The logic of care: health and the problem of patient choice*. London: Routledge.
- Mariott, M. (1976) 'Hindu Transactions: Diversity without Dualism.', In: B. Kapferer (Hg.) *Transaction and Meaning. Directions in the Anthropology of Exchange and Symbolic Behaviour*. Philadelphia, Pennsylvania: Institute for the Study of Human Issues, pp. 109–137.
- Mattingly, C. (2010) 'Moral Willing as Narrative Re-Envisioning', In: K.M. Murphy and C.J. Throop (Hg.) *Toward an Anthropology of the Will*. United States: Stanford University Press, pp. 50-69.
- Murphy, K.M. and Throop, C.J. (2010) 'Willing Contours: Locating Volition in Anthropological Theory', In: K.M. Murphy and C.J. Throop (Hg.) *Toward an Anthropology of the Will*. Redwood City: Stanford University Press, pp. 1–27.

- Ortner, S.B. (2020) 'Power and Projects: Reflections on Agency', in *Anthropology and Social Theory*. New York: Duke University Press, pp. 129–154.
- Priddat, B.P. (2002) *Theoriegeschichte der Wirtschaft. Neue Ökonomische Bibliothek*. München: Wilhelm Fink.
- Robertson, A. (1990) 'The Politics of Alzheimer's Disease: A Case Study in Apocalyptic Demography', *International Journal of Health Services*, 20(3), pp. 429–442.
- Schram, R. (2015) 'A society divided: Death, personhood, and Christianity in Auhelawa, Papua New Guinea', *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 5(1), pp. 317–337.
- Siddiqui, Amber Tahir; Hasan, Mohammad; Abbas, Kiran; Tariq, Syed Maaz; Haider, Syed Ali (2019) 'Health related quality of life of home dwelling v. nursing facility dwelling elderly - A Cross-sectional study form Karachi, Pakistan', *Journal of Pakistan Medical Association*, 69(6), pp. 892–895.
- Spiro, M.E. (1993) 'Is the Western Conception of the Self "Peculiar" within the Context of the World Cultures', *American Anthropological Association*. 21 (2), pp. 107–153.
- Strathern, M. (1998) *The Gender of the Gift: Problems with Women and Problems with Society in Melanesia*. Berkeley, Calif: University of California Press.
- Taylor, J.S. (2008) 'On Recognition, Caring, and Dementia', *Medical Anthropology Quarterly*, 22(4), pp. 313–335.
- Thelen, T. (2014) *Care/Sorge: Konstruktion, Reproduktion und Auflösung bedeutsamer Bindungen*. (1. Auflage). Bielefeld: transcript.
- Thelen, T. and Coe, C. (2019) 'Political belonging through elderly care: Temporalities, representations and mutuality', *Anthropological Theory*, 19(2), pp. 279–299.
- Thelen, T. and Lammer, C. (2021) 'Introduction: Measuring Kinship, Negotiating Belonging', *Social Analysis*, 65(4), pp. 1–22.
- Tonolli, Linda, Teli, Maurizio and D'Andrea, Vincenzo (2015) 'A Design Anthropology Critique of Active Aging as Ageism', *Interaction Design and Architecture(s)*, (26), pp. 95–113.
- Van Der Geest, S. (2017) 'The Toilet: Dignity, Privacy and Care of Elderly People.', In: S. Makoni and K. Stroeken (Hg.) *Ageing in Africa: Sociolinguistic and anthropological approaches*. (1. Auflage). Longon: Routledge, pp. 227–243.
- Vesperi, M.D. (2003) 'A Use of Irony in Contemporary Ethnographic Narrative.', in P.B. Stafford (ed.) *Gray Areas: Ethnographic Encounters with Nursing Home Culture*. 1st edn. School of American Research advanced seminar series, pp. 69–103.

- Vorhölder, J. (2024) 'Agency', *The Open Encyclopedia of Anthropology*. (Hg.) R. Cantave.
- Wancata, J. *et al.* (2003) 'Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050', *European Psychiatry*, 18(6), pp. 306–313.
- Weller, Susan C. (2015) 'Structured Interviewing and Questionnaire Construction'. In: B.H. Russel and C.C. Gravlee (Hg.) *Handbook of methods in cultural anthropology*. (2. Auflage). Lanham: Rowman & Littlefield, pp. 343–390.
- WHO. (2002). Active ageing: A policy framework. WHO
- Zeman, K., T. Sobotka, R. Gisser, and M. Winkler-Dworak. (2019). Birth Barometer: Monitoring Fertility in Austria. Vienna Insitute of Demography. Available at: www.birthbarometer.at

10. Abstract Deutsch

Diese Arbeit beschäftigt sich mit dem Verständnis von Care in einem Pflegeheim in Wien. Anhand von teilnehmenden Beobachtungen und vereinzelten Interviews habe ich mich auf drei Bereiche gestützt: die Angehörigen, PflegerInnen und eine Besucherin des Vereins Jung und Alt. Hierbei fokussierte ich mich auf die Art, wie Care-Praktiken mit den BewohnerInnen des Pflegeheims verhandelt werden. Dabei geht es hierbei insbesondere darum, dass das, was ein/e BewohnerIn möchte, nicht immer mit den Wünschen der Pflegekräfte übereinstimmt. Basierend auf den Leitbildern, die im Konzept des Pflegeheims verfasst sind, untersuche ich insbesondere die Bereiche Ernährung, Sicherheit, Körperpflege und Freizeit. Ich analysiere dabei, welche Werte hinter “Ich esse und trinke mit Genuss”, “Ich will mich körperlich wohlfühlen” etc. stecken. Und gleichzeitig beleuchte ich, wie diese in der Realität umgesetzt werden und welche Wünsche und BewohnerInnen von diesem Leitbild ausgeschlossen werden. Ich stelle mir dabei unter anderem die Frage, wo die Grenzen zwischen Kontrolle und Care liegen und ob es zwei voneinander getrennte Praktiken sind oder sie doch zusammengehören. Weiters versuche ich mit der Theorie des Willens aus einem anthropologischen Verständnis heraus zu zeigen, wie der Wille kulturell geprägt ist, der wiederum hinter den (gegensätzlichen) Wünschen von BewohnerInnen und ihren InterakteurInnen eines Pflegeheims steckt.

11. Abstract English

This Master thesis concerns the understanding of care within a nursing home in Austria. Based on participant observations and a few interviews I focused on three areas: relatives, care-workers and a visitor from the association Jung und Alt. In the center of this elaborations stands the care-practices and the negotiations between the residents and their interactors within the nursing home. I am starting with the aim to depict that the wants of the residents do not always correspond with the wants of the care workers, relatives or visitors. On the base of different guiding principles in concepts of Austrian nursing homes I am exploring the areas of nutrition, security, hygiene and leisure time. I am analyzing what stands behind claims like “I eat and drink with pleasure” or “I feel physically well”. At the same time, I shed light on how these are implemented, and which wishes and residents are excluded from this model. I am posing the question of where the boundaries lie between control and care, and I am trying to find out if those are two separate practices or if they align after all. Furthermore, I use the theory of the will from an anthropological understanding to show how the will is culturally shaped, which in turn shapes the (contradictory) wishes of residents and the people involved in a care home.