

Wie entsteht Zufriedenheit?

Eine qualitative Studie in einer stationären Pflegeeinrichtung in Niederösterreich

Gregor Herzog

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magister(FH)/Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2007

Erstbegutachterin:
Mag. Dr. Sylvia Supper

Zweitbegutachter:
MMagistra. Andrea Rogy

Executive Summary

How does contentment originate?

A qualitative study in a stationary institution for the elderly in Lower Austria
A dissertation, submitted to the University of Applied Sciences St.Pölten in September 2007.

This qualitative study was carried out at the Lower Austrian nursing home for the elderly in Berndorf. The factors which are crucial for the well-being of residents were determined by unstructured interviews with six home inhabitants and one structured interview with an expert.

On the one hand the aim of the study was to acquire through direct questioning of the clients a most complete picture of the factors which influence their well-being, and on the other hand to reveal their mutual dependence.

It was discovered that there are factors which do not substantially change after entering the home, and again others that influence one another positively or negatively.

Further factors that were discovered relate to each other in a competitive manner. Finally, there are also factors, which cannot be attributed to the institution.

The main cognitions of this study are that the care profession has to consider its target to be in the direction of relationship work.

A precondition for this on the one hand, is that the relationship intensity of home residents among each other has to move into the foreground, and on the other hand, that care employees become competent enough to build up relationships on an equal footing.

These new aims can only be achieved when our society looks into the problems of the aged and the need for nursing care, and shares the responsibility with the institutions instead of delegating it.

On the other hand, one must allow room for more work on relationships by a deregulation of the legal requirements which are purely in line with „technical care“.

Finally it is important that every home resident becomes aware that a collaborative living together has advantages over the assertion of individual needs.

Both of the above can not be achieved due to limited financial resources and both are often inextricably opposed.

Kurzfassung

Wie entsteht Zufriedenheit?

Eine qualitative Studie in einer stationären Pflegeeinrichtung in Niederösterreich

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St.Pölten im September 2007.

Diese qualitative Studie wurde im NÖ Landespflegeheim Berndorf durchgeführt. Durch offene Interviews mit 6 HeimbewohnerInnen und einem strukturierten Interview mit einer Expertin wurden Faktoren ermittelt, die für das Wohlbefinden von Bewohnern ausschlaggebend sind.

Ziel war es einerseits durch die direkte Befragung der Kunden ein möglichst vollständiges Bild von Faktoren zu erhalten die Einfluss auf das Wohlbefinden haben, andererseits aber auch die gegenseitigen Abhängigkeiten aufzuzeigen.

Dabei stellte sich heraus, daß es Faktoren gibt, die sich mit dem Heimeintritt nicht mehr wesentlich verändern, andere wiederum sich gegenseitig positiv oder negativ beeinflussen. Weitere vorgefundene Faktoren stehen zueinander in einem Konkurrenzverhältnis. Schließlich gibt es auch Faktoren, die sich einer Beeinflussung durch die Institution größtenteils entziehen.

Die wesentlichen Erkenntnisse dieser Studie liegen darin, daß die Profession der Pflege sich mit einer Schwerpunktsetzung in Richtung Beziehungsarbeit auseinander setzen muß.

Das setzt voraus, daß einerseits die Beziehungsdichte der Heimbewohner untereinander in den Vordergrund rücken, andererseits die Mitarbeiter der Pflege befähigt werden, gleichberechtigte Beziehung aufzubauen.

Diese neuen Ziele sind nur zu erreichen, wenn die Gesellschaft sich mit den Problemen von Alter und Pflegebedürftigkeit auseinander setzt und die Verantwortung mit den Institutionen teilt und nicht vollständig delegiert.

Andererseits muß man den Freiraum für mehr Beziehungsarbeit durch eine De-regulierung von, rein auf „technische Pflege“ ausgerichtete gesetzliche Bestimmungen ermöglichen.

Schlussendlich gilt es auch bei jedem Heimbewohner einen Bewusstseinsprozess in Gang zu setzen, der einem gemeinschaftlichen Zusammenleben den Vorzug gegenüber der Durchsetzung individueller Bedürfnisse, gibt.

Beides wird aufgrund beschränkter finanzieller Ressourcen nicht zu verwirklichen sein und steht zueinander oft in einem unauflösbaren Widerspruch.

Inhalt

I.	Einleitung.....	4
II.	Zugang zum Forschungsthema	5
III.	Beschreibung des Forschungsobjektes.....	11
IV.	Vorbedingungen für die Studie.....	14
V.	Begriffsklärungen- definitionen- bedeutungen.....	15
a.	Zufriedenheit.....	15
b.	Biographie, Psychobiographie, Biographiearbeit in der Pflege.....	18
c.	Prägungen.....	20
d.	Intimsphäre.....	21
e.	Reaktivierende Pflege.....	21
f.	Verwurzelung.....	21
g.	Dienstleistungsbeziehung.....	22
h.	Totale Institution.....	22
VI.	Studie.....	24
A.	Systematik.....	24
B.	Codes.....	24
1.	Intimsphäre.....	24
2.	Wahrnehmung als Individuum.....	26
3.	Verwurzelung u. lebensgeschichtliche Beachtung.....	29
4.	Beschäftigung u. Alltagsgestaltung.....	32
5.	Natur erleben.....	35
6.	Kommunikation u. Beziehung.....	36
a.	Allgemein.....	37
b.	Zu den Angehörigen.....	38
c.	Zu Bekannten.....	39
d.	Zum Personal.....	39
e.	Zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern.....	40
7.	Professionelle Betreuung.....	44
8.	Besonderheiten des Heimeintrittes.....	50
9.	Mobilität u. Autonomie.....	51
10.	Selbstverantwortung u. Selbstbestimmung.....	53

11. Umgang mit Krankheit, Schmerz u. Tod.....	55
12. Umgang mit Veränderung.....	57
C. Zusammenhänge u. Schlussfolgerungen.....	60
a. Faktoren als Grundbedingung.....	60
b. Konkurrierende Faktoren.....	61
c. Unveränderliche Faktoren.....	65
d. Gleichberechtigt kommunizierende Faktoren.....	67
e. Beeinflussende, doch gering beeinflussbare Faktoren.....	69
D. Abschließende Zusammenfassung.....	71
1. Parameter gemeinschaftliche Aspekte.....	71
2. Parameter Personal.....	72
3. Parameter Alternskultur.....	73
4. Parameter Gesellschaft.....	73
VII. Exkurs-Demenz.....	74
VIII. Methodenteil.....	78
IX. Literatur.....	85
X. Abbildungsverzeichnis.....	87

I. Einleitung

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Fragestellung von welchen Faktoren das subjektive Zufriedenheitsempfinden von Bewohnerinnen und Bewohnern eines Pflegeheimes beeinflusst werden und wie die einzelnen Faktoren untereinander wirken.

Es erscheint dabei wichtig, ein möglichst umfassendes Bild dieser Faktoren zu erhalten um einerseits gegenseitige Wirkungsweisen vollständig aufzuzeigen und transparent zu machen, andererseits aber auch die Möglichkeiten der Einflussnahme von verschiedenen Adressaten (Heim, Angehörige, MitbewohnerInnen usw.) zu untersuchen.

Zufriedenheit als Maßstab für Dienstleistungsqualität benötigt gerade im Aufgabenbereich eines Pflegeheimes einen hohen Wissensstand über auftretende Faktoren und Zusammenhänge weil dieser sämtliche physischen, psychischen und sozialen Aspekte des menschlichen Lebens in seinem Vollversorgungsauftrag abdecken muß. Die Studie befasst sich daher auch mit der Übereinstimmung der Expertensicht über zufriedenheitsrelevante Faktoren mit den im Forschungsfeld der HeimbewohnerInnen vorgefundenen Daten.

Die demographischen Entwicklungsprognosen für einen rasant steigenden Pflegebedarf in den nächsten Jahrzehnten, aber auch die gegenwärtigen beschränkten finanziellen Ressourcen zur Finanzierung der Pflegeversorgung, erzwingen eine laufende Evaluierung der Prioritätensetzung in der Betreuung von pflegebedürftigen Menschen. Diese kann sich nur auf eine umfassende Kenntnis von Zufriedenheitsfaktoren und deren Zusammenhänge stützen, wenn sie qualitativ ausgerichtet sein will.

Die gegenständliche Studie versucht durch ihren qualitativen Ansatz in Form offener Interviews direkt bei den BewohnerInnen (als direkte Kunden des Pflegeheimes) ein möglichst dichtes Datenmaterial über die im Feld vorgefundenen Faktoren für Zufriedenheit zu sammeln. Das qualitative Instrument der Inhaltsanalyse ordnet und verdichtet diese Daten in überschaubare und damit bearbeitbare Kapitel (Codes). Diese Kapitel werden wiederum auf Zusammenhänge und Beeinflussungen untereinander untersucht.

Begleitend dazu fließen bei den jeweiligen Codes die Erkenntnisse des ExpertInneninterviews (in Form eines Leitfadeninterviews) ein, die Aufschluss über Übereinstimmungen oder Unterschiede bei den vorgefundenen Faktoren geben. Der eigentlichen Studie geht ein Kapitel (V) über Begriffsklärungen und Definitionen voraus um einen einheitlichen und unmissverständlichen Begriffsgebrauch in der Studie sicher zu stellen.

Der „Exkurs Demenz“ in Kapitel VII macht auf die beachtenswerte Problematik aufmerksam, daß es zunehmend Menschen in Pflegeheimen gibt, die kognitiv nicht vollständig erreichbar sind und bei denen man auf Interpretationen angewiesen ist, um zu Aussagen über Zufriedenheit zu gelangen.

Im Methodenteil (Kapitel VIII) wird die Studie von ihrer Systematik dargestellt.

II. Zugang zum Forschungsthema

Seit dem Jahr 1996 sind Niederösterreichische Landes-Pensionisten- und Pflegeheime eigenständige Betriebe im Rahmen der Privatwirtschaftsverwaltung des Landes Niederösterreich. Bis dahin waren sie den jeweilig örtlich zuständigen Bezirkshauptmannschaften untergeordnet.

Dieser strukturellen Änderung, die von außen betrachtet eine nur untergeordnete Auswirkungsmöglichkeit auf die Qualität der jeweiligen Pflegeeinrichtungen haben kann, geht eine Studie von Prof. Anton Amann voraus (*Amann u.a. 1991*), die einerseits, die Wichtigkeit einer derartigen struktureller Änderung belegte (*vgl. Amann u.a. 1991:59*) , andererseits Ausgangspunkt für den politischen Willen zur Umsetzung war.

Tatsächlich hat sich seither das professionelle Dienstleistungsangebot sowohl qualitativ durch Einführung von verbindlichen Standards in der Pflege, Aufstockung von professionellen Pflegemitarbeiterinnen und Pflegemitarbeitern, Anwerbung von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, als auch quantitativ durch die Aufstockung der Standorte, der Pflegebetten insgesamt und der Einführung von Sonderformen der Pflege, wie Kurzzeitpflege, Übergangspflege, Hospizpflege und zuletzt auch Tagespflege, stark verbessert.

Die Studie von Prof Amann zur Erarbeitung eines Bedarfs- und Entwicklungsplanes, des sogenannten „Landesaltenplanes“ zur Versorgung der Niederösterreichischen Bevölkerung mit familiären, mobilen oder stationären Pflegestrukturen hatte somit

konkrete Auswirkungen auf politische Entscheidungen und ist auch heute noch in seiner Entwicklungsprognose anerkannt und für die Errichtung von weiteren Pflegeheimstandorten ausschlaggebend. Bemerkenswert ist, dass seit 1991 eine begleitende Forschung in Niederösterreich zum Thema Pflegevorsorge etabliert ist und sich durch die regelmäßige Herausgabe des Altersalmanach, zuletzt Altersalmanach 2000 (*Amann u.a. 2000*) (Altersalmanach 2007 erscheint im Frühjahr 2008) manifestiert.

Neben der quantitativen Aufbereitung von statistischen Daten zur Entwicklung von Prognoseszenarien bezüglich der medizinisch/psychosozialen/pflegerischen Versorgung von alten Menschen durch familiäre, ambulante und stationäre Dienste um Rückschlüsse auf die Gestaltung von Ausbauprogrammen ziehen zu können, gibt es auch Forschungserkenntnisse zur Personalentwicklung, zu Betriebsstrukturen, zu Vernetzungsanforderungen, zu Entscheidungskriterien für Heimeintritte, zu Belastungspotentialen in der häuslichen Pflege durch Angehörige, zu Personalausforderungen und zur Qualität der angebotenen Dienstleistungen.

Letztere beruhen auf fachlichen Eindrücken und Beobachtungen von professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Führungsebenen von Heimen in Verbindung mit anerkannten pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Qualität wird dabei als Ausgangsbasis für die Zufriedenheit des Kundenkreises von Pflegeheimen genommen und in Synthese von Alltagswissen beteiligter Berufsgruppen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen konstruiert.

Dabei wären folgende Ausgangspunkte zu beleuchten:

1. Die Pflegewissenschaft ist eine „junge“ Wissenschaft und konzentriert sich aus dem Gesichtspunkt der Pflege auf die Ausformung von Thesen bezüglich der qualitativen Arbeit mit dem betroffenen Klientel. Auch wenn sie in diesem Zusammenhang in immer stärkerem Ausmaß auf die psychosozialen Kriterien und die lebensgeschichtlich relevanten Aspekte bei der Entwicklung von Pflegemodellen Rücksicht nimmt, könnte man eine wissenschaftliche Belegung von aus der Soziologie, der Psychologie, der Psychotherapie stammenden Daten oder Thesen bzw. deren Wichtigkeit, in der pflegerischen Betrachtung hinterfragen.
2. Eine Einbeziehung von Alltagswissen mit der Pflege und Betreuung befasster Personen, ist zwar ein praxisorientierter Schritt, der einer realitätsorientierten

Forschung löslich zuzuordnen ist und bei entsprechenden Befragungstechniken sicherlich Aspekte von Altenbetreuung berücksichtigen lässt, die durch quantitative Auswertung von Datenmengen nicht erfassbar sind, trotzdem handelt es sich um Aussagewerte, auf deren Repräsentanz für das eigentliche Klientel vertraut werden muss und die nicht belegt werden können. Im Hinblick auf die vielfach im Altersalmanach 2000 geforderte Beachtung der Wichtigkeit von biographischen Lebenswelten *„auf das Altersthema angewandt, und zwar in der Frageweise, wie sie eingangs angedeutet wurde, heisst dies, dass symbolische Deutung, normative Geltung, und sozialstrukturelle Gliederung des menschlichen Alterns in ihrem wechselseitigen Verhältnis und im historischen Kontext zu sehen sind. Um Geringeres ist die Wahrheit übers Altern nicht zu haben“.* (Amann u.a. 2000:16) und der historisch bedingten Unterschiedlichkeit dieser Lebenswelten zwischen dem befragten Personenkreis und den eigentlichen Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern könnte es ebenfalls zu Unschärfen in der Deckungsgleichheit der Aussageinhalte bei den betroffenen Personen kommen.

Letztendlich stellt sich die Frage, warum nicht das eigentliche Klientel befragt wurde, wobei die optimale Befragungsform sich aufgrund der Befragungsgruppe als qualitativ und möglichst offen definieren lässt. Beispielgebend dafür ist die Studie *„Lebensereignisse und gegenwärtige Lebenssituation älterer Wienerinnen und Wiener“* (Lang u.a. 2003) die 2003 neben einem quantitativen Forschungsteil auch eine qualitative Studie beinhaltet, in der durch Leitfadeninterviews und entsprechender Inhaltsanalyse, wichtige Ergebnisse zu den Befindlichkeiten der Zielgruppe gewonnen werden konnten.

Im Vergleich der einzelnen Veröffentlichungen (Amann u.a., Almanach 1991,1994 und 2000) der Begleitstudie, ist die Tendenz zur Abkehr von einer rein szenarienentwerfenden und prognoseevaluierenden Datenanalyse zu einer hermeneutischen Bearbeitung vielfacher außerhalb von Datensätzen liegenden Informationen zu bemerken. Wobei als nächster sinnvoller Schritt die qualitative Bearbeitung einzelner Kernthemen naheliegt. Die Tatsache, *„dass es keine historisch gewachsene positive Kultur des Alters gibt, macht eine weitreichende Forschungsschere auf, weil sie uns bewusst macht, dass die Verlegung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen in eigene Einrichtungen uns geläufiger ist als sie im sozial-ökologischen Gefüge zu halten, den Kontext von Alter, Krankheit und Pflege als*

Sonderprobleme zu behandeln fällt uns leichter als ihn unter Gesichtspunkten der Normalität zu begreifen. Eine neue Kultur oder Ökologie des Alters muß sich deshalb als Teil gesellschaftlicher Gesamtintegration erst herausbilden.

Es gilt mehr darüber herauszubekommen, was sich unter gegenwärtigen Bedingungen prinzipiell als Gestaltungsmöglichkeiten ergibt und was darüber hinaus unter anderen subjektiven und kulturellen Bedingungen möglich sein könnte“ (Amann u.a. 2000:15)

Teil der gegenwärtigen Bedingungen sind allerdings stationäre Einrichtungen der Altenpflege, die sich zwar anhand gesellschaftlicher Inkompetenzen mit dem Thema „Alter“ umzugehen etablieren mussten, sich aber gerade als Gegenstand von Forschungsinteresse anbieten, weil hinreichend ausgewiesen ist, *dass sie zum einen das letzte, eher ungewollte Glied in der Kette der Altenbetreuung sind (vgl. Schneider 1990:84 u. Amann u.a. 1990:100-101 u. Arnold 2004:42), zum anderen in Form ihrer Strukturierung, öffentlicher Verpflichtung und Abhängigkeiten zu Finanzierungsschienen auch zur Reaktion auf Forschungsergebnisse geeignet wären.*

Im Hinblick darauf, dass eine, auch noch so offene und qualitätsorientierte Altenpflegeeinrichtung aufgrund ihres Vollversorgungsauftrages die Merkmale einer „totalen Institution“ (siehe Begriffsdefinitionen, Seite 22) in sich trägt, legt nahe, daß sich Informationserhebungen am direkten Kunden abspielen müssen und nicht über Eindrücke von Vertretern der Institution gesammelt werden können.

Die „Kundenorientierung“ ist ein Schlagwort, dass inzwischen auch im Altenpflegebereich Einzug gefunden hat. Sie wird als Qualitätsmerkmal einer Einrichtung neben der Einhaltung diverser gesetzlicher Regelungen und einer ordnungsgemäßen, nach anerkannten Kriterien durchgeführten Pflege und hauswirtschaftlicher Betreuung, bedeutungsvoll.

Die Intensität der Kundenorientierung wird, wie bei anderen Unternehmen, mit dem höchstmöglichen Grad der Zufriedenheit mit der Dienstleistung gemessen.

Hier hört allerdings die Vergleichbarkeit mit anderen Unternehmensformen, auf jeden Fall partiell auf, was sich durch folgende Punkte belegen lässt:

1. Die Zufriedenheit bezieht sich auf eine Gesamtleistung, die nicht genau in einzelne Teildienstleistungen unterteilt werden kann, weil jede Teildienstleistung die andere beeinflusst.
2. Die Dienstleistung bezieht sich auf sämtliche Lebensbereiche (Vollversorgung).
3. Die Zufriedenheit wird von Faktoren beeinflusst die nicht im Ermessensbereich des Unternehmens liegen.

4. Die Kundenzufriedenheit konkurriert mit den Zufriedenheiten anderer Kunden.
5. Die individuelle Zufriedenheit kann mit gesetzlichen Bestimmungen und anerkannten Pflegemethoden konkurrieren.
6. Der Kunde steht in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Leistungserbringer.
7. Der Kunde steht in emotionaler Beziehung zum Leistungserbringer, deren Gelingen wiederum die Zufriedenheit beeinflusst.
8. Zufriedenheit wird von anderen als dem direkten Kunden definiert.

In Anbetracht dieser vielen Unsicherheitsfaktoren bezüglich einer klaren Definition von ZUFRIEDENHEIT wird deutlich, dass eine wesentliche Grundlagenarbeit unentbehrlich ist, die nachfolgende Kriterien erfüllen sollte:

1. Wesentliche Faktoren für Zufriedenheiten müssen erhoben werden.
2. Die Faktoren der Zufriedenheit müssen nach Prioritäten untersucht werden.
3. Die Faktoren der Zufriedenheit müssen nach Einflussmöglichkeit der Einrichtung untersucht werden.
4. Die gegenseitige Abhängigkeit der Faktoren muss untersucht werden.
5. Die Zufriedenheitsfaktoren müssen von der Heimbewohnerin, dem Heimbewohner direkt erhoben werden um Authentizität zu gewährleisten.
6. Reibungsflächen konkurrierender Zufriedenheiten müssen definiert werden.

Als Instrument einer solchen Erhebung bietet sich eine qualitative Forschungsarbeit, die inhaltsanalytisch möglichst offen Forschungunterlagen sammelt, aus folgenden Gründen an:

1. Alte, pflegebedürftige Menschen können aufgrund ihrer altersbedingten Sinneseinschränkungen systematisierten Befragungsmethoden oft nicht mehr folgen und erzeugen daraus Fehlerquellen in der Auswertung und der Interpretation.
2. Systematisierte Befragungsmethoden implizieren in ihren Vorgaben Vorstellungen von Zufriedenheitsfaktoren, die nicht vom alten Menschen generiert wurden und dementsprechend in ihrer Beantwortung beeinflusst werden könnten.

3. Es besteht keine umfassende Kenntnis von Zufriedenheitsfaktoren alter Menschen im Heim. Der Bedarf der Thesengenerierung kann daher nur qualitativ und nicht quantitativ erfolgen, weil sonst vielleicht wesentliche Faktoren für das Entstehen von Zufriedenheit verborgen blieben. Es geht eben nicht um die Erhebung von bestehenden Zufriedenheitsgraden, sondern um die Erhebung von Ursachen und Motiven für Zufriedenheit.

Die Bedeutung einer grundsätzlichen Erhebung von Zufriedenheitsfaktoren und deren gegenseitigen Beeinflussungen ist aus folgenden Gründen wichtig:

1. Aufgrund der demographischen Entwicklung ist eine immer größere Bevölkerungsgruppe mit dem Eintritt ins Heim konfrontiert.
2. Wirtschaftliche Ressourcenverknappung macht es notwendig gegenwärtige Heimstrukturen ständig zu evaluieren und Prioritäten zu setzen. Dabei geht es um eine Anpassung an den Bedarf, der sich grundsätzlich eben an den Bedürfnissen der Kunden zu orientieren hätte. Die Erhebung der Bedürfnisse muss allerdings von berufspolitischen Interessen, von gesellschaftlichen Stigmen und finanziellen Ängsten unabhängig gehalten werden, da diese die Inhalte verzerren. Letztendlich kann es bei der Prioritätensetzung aufgrund beschränkter Finanzmittel auch nur von Vorteil sein, wenn die Grundlagen objektiv erhoben wurden.
3. Die niederösterreichischen Pflegeheime werden künftig ihre Dienstleistungen auch teilstationär anbieten. Dabei wäre es wichtig, bereits bei der Umsetzung auf die Erkenntnisse von Zufriedenheitsfaktoren alter, pflegebedürftiger Menschen aufzubauen und bauliche, strukturelle und personelle Maßnahmen daran auszurichten.
4. Das sicherlich gesteigerte und notwendige Interesse der Öffentlichkeit macht es notwendig ein fundiertes Wissen über Bedürfnisse von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern zu haben um einerseits dieses öffentliche Interesse für berechtigte Anliegen zu nutzen, andererseits einen Meinungsbildungsprozess in die richtige Richtung zu lenken und Vorurteile über Alter und Pflege zu vermeiden.
5. Ausbildungseinrichtungen der Altenpflege oder der psychosozialen Betreuung alter Menschen benötigen zur Vermittlung berufsrelevanter Inhalte,

wissenschaftlich fundierte und doch alltagstauglich verwertbare Erkenntnisse über das zukünftige Klientel.

III. Beschreibung des Forschungsobjektes

Das Landespflegeheim Berndorf „Haus Theaterpark“ ist eine privatwirtschaftliche Einrichtung des Landes Niederösterreich. Es ist eines von insgesamt 48 Niederösterreichischen Landespflegeheimen und wurde 1998 in Betrieb genommen. Das Pflegeheim beherbergt insgesamt 108 Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auf insgesamt 3 Stationen zu je 36 Betten, damit repräsentiert es die durchschnittliche Größe eines Niederösterreichischen Landespflegeheimes. In jeder Station gibt es 12 Einbettzimmer und 12 Zweibettzimmer. In einer Station ist eines der 12 Einbettzimmer als Kurzzeitpflegezimmer konzipiert. Die durchschnittliche Pflegeeinstufung ist analog der Bundespflegegeldeinstufung 4,2.

Es handelt sich um ein reines Pflegeheim ohne eigenem Wohnteil für rüstige Senioren.

Die personelle Ausstattung stellt sich im Vollzeitäquivalent wie folgt dar:

Direktor	1
Direktorstellvertreterin	1
Pflegedienstleitung	1
Stationleitung	3
Heimärztin	0,75
Physiotherapie	1
Seniorenbetreuung/ehrenamtl. Koordination	1
Verwaltung	1
Diplompflegepersonal	25
PflegehelferInnen	17
HeimhelferInnen	3,5
Küchenleitung	1
Küche	6
Wäscherei/Näherei	1,5
Haustechnik	2

Das Pflegeheim bedient sich außerdem folgender externer Dienstleistungen:

Versorgung mit Mietwäsche	entgeltlich
Fremdreinigung des ganzen Hauses	entgeltlich
Musiktherapie (1 Person)	entgeltlich
Tanztherapie (1)	entgeltlich
Geronto-psychotherap. u. psychosoziale Betreuung (12)	entgeltlich
Ehrenamtlicher Besuchsdienst (25)	unentgeltlich
Ehrenamtlicher Hospizdienst (44)	unentgeltlich
Fachärzte	Krankenschein
Diverse Logopädische od. ergotherapeut. Leistungen	Verordnung

Im Haus angesiedelt ist eine verpachtete Cafeteria im öffentlichen Bereich und ein Friseurgeschäft im öffentlichen Bereich, die beide sowohl von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, den Gästen und der Bevölkerung genutzt werden.

Die hohe Besucherfrequenz wird durch die günstige zentrale Lage in Berndorf und durch das ansprechende Umfeld – direkt am Theaterpark und der Triesting-Promenade, begünstigt. Der Übergang zum Park ist fließend – dieser wird von den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern für Spaziergänge und zum Sitzen ebenso genutzt wie der zum Theaterpark befindliche Therapiegarten des Heims.

Die Bauweise des Heimes ist schlicht und modern, geprägt von großen Glasflächen, die die Raumbelichtung innerhalb des Hauses positiv beeinflusst. Die drei Stationen befinden sich übereinander in einem Pfelegetrakt, dem der Verwaltungs- Wirtschafts- u. öffentliche Trakt ebenerdig vorgelagert ist. Physiotherapie, Friseur und zwei Büros befinden sich zentral in einem kleinen Aufbau direkt über dem Eingangsbereich. Die Stationen sind annähernd baudent in drei aneinandergereichte leichte Bögen gegliedert. Es gibt auf den Stationen jeweils 1 großen und 2 kleine Aufenthaltsbereiche, die gegenüber dem Gangbereich offen sind. Die Gänge sind breit und dienen aus diesem Grund als weitere Aufenthaltsmöglichkeiten. Die Zimmer sind hell und mit einer zurückhaltenden Grundmöblierung (Pflegebett, Nachkästchen, Tisch, Regal, Schrankverbau im Vorraum) versehen. Es gibt ein Schwesternrufsystem, TV u. Telefonanschluss. Jedes Zimmer hat eine eigene vorgelagerte Sanitärzelle mit Dusche und WC (alles behindertengerecht). Außerdem gibt es auf den Stationen jeweils ein großes Stationsbad mit Hubwanne und sonstige Funktionsräume.

Für Raucherinnen und Raucher gibt es jeweils einen Wintergarten. Der Schwesternstützpunkt und die Teeküche ist direkt beim großen Aufenthaltsbereich offen angesiedelt.

Die Station im Erdgeschoss verfügt über einen separaten Raum mit integrierter, kleiner Küche für die sogenannte „OASE“, eine Gruppenbetreuungsform für 6 demente Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern, die in Gemeinschaft Montag bis Freitag, von 8 bis 16 Uhr dort betreut werden. Diese Gruppe hat einen eigenen Zugang zum Innenhofgarten, der von zwei Mitarbeitern im Rahmen eines Projektes in Eigeninitiative selbst gestaltet wurde. Direkt beim Eingangsbereich gibt es auch einen größeren Andachtsraum in dem regelmäßig Gottesdienste stattfinden.

Der Alltag der Bewohnerinnen und Bewohner wird hauptsächlich stationsbezogen, aber auch stationsübergreifend gestaltet. Es gibt große Feiern, wie Weihnachtsfeier, Faschingsfeier, Sommersonnwendfest, Aktionstag, die alljährlich unter öffentlicher Beteiligung angeboten werden. Außerdem gibt es anlassbezogene Aktivitäten wie Geburtstagsfeiern, Heurigenbesuche, kleinere Ausflüge in der Region und den jährlichen fünftägigen Heimbewohnerurlaub für ca. 10 Bewohnerinnen und Bewohner. Die Stationen und die „OASE“ richten aber auch kleinere Feste, wie „Maibaum aufstellen“ und „Katreifest“ aus. Ein Mitarbeiter veranstaltet wöchentlich einen musikalischen Nachmittag. Der Hospizverein veranstaltet wöchentlich einen Stammtisch für die Bewohnerinnen und Bewohner. Eine Schulklasse der Volksschule besucht ca. 1x im Monat das Haus und gestaltet gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern eine Stunde. An geplanten Aktivitäten gibt es außerdem wöchentlich eine Sitztanzgruppe, eine Gymnastikgruppe, eine Gedächtnistrainingsgruppe und monatlich eine Kräutergruppe.

Eine Besonderheit des Hauses ist die Partnerschaft mit einem Verein, der 10 Praktikumsstellen für PsychotherapeutInnen, klinisch. PsychologInnen, Lebens- u. SozialsberaterInnen koordiniert. Durch die PraktikantInnen bekommen 60 Heimbewohnerinnen u. Heimbewohner eine Einzelbetreuung. Daneben sind diese Praktikanten aber auch zu Gruppenbetreuungen eingeteilt.

Eine weitere Besonderheit stellt die hohe Anzahl von ca. 65 ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dar, die durch den Besuchsdienst und den Hospizverein entsprechende soziale Betreuungen durchführen.

Die Pflege basiert auf dem Pflegekonzept nach *Monika Krohwinkel (Löser 2004)* und wird durch regelmäßige interdisziplinäre Gespräche ganzheitlich ausgerichtet und multiprofessionell optimiert.

Auf den Stationen gibt es eine Tagesmindestpräsenz von 4 Pflegepersonen vormittags, 3 Pflegepersonen nachmittags und 1 Nachtdienst. Pro Station muss es durchgehend eine Diplomierte Pflegekraft geben. Die Stationsschwester und die Heimhilfen werden nicht in die Tagespräsenz eingerechnet.

Es gibt BereichsleiterInnenbesprechungen im 14 tägigen Rhythmus und eine jährliche Dienststellendienstbesprechung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auf den Stationen gibt es monatliche Teamgespräche. Mit jeder Mitarbeiterin, jedem Mitarbeiter hat die/der direkt Vorgesetzte ein MitarbeiterInnenfördergespräch jährlich zu führen.

Die Heimbewohnerinnen und Heimbewohner haben ein Durchschnittsalter von 84 Jahren. Die älteste Heimbewohnerin ist 103 Jahre. Die jüngst Heimbewohnerin ist 54 Jahre alt. Die geschlechtliche Aufteilung ist 91 Frauen zu 17 Männern. 67 Prozent haben aufgrund des „*Minimental State*“-Tests (*Grünberger/Löw-Wirtz 2007, :160*), dementielle Auffälligkeiten, die in ihrer Ausprägungsform jedoch stark variieren.

IV. Vorbedingungen für die Studie:

Die Studie wurde in einem sogenannten „Normheim“ des Landes Niederösterreich durchgeführt, wobei die Norm sich auf die Bettenkapazität von 108 Plätzen in Ein- u. Zweibettzimmern bezieht.

Die Studie wurde in einem Heim durchgeführt, dass sich durch den Träger (Land Niederösterreich) und die Zugehörigkeit zur Arbeitsgemeinschaft der Niederösterreichischen Heime, einem festgelegten Qualitätsstandard verpflichtet und dieser durch regelmäßige Einsichten der Fachaufsicht der Abteilung GS4 beim Amt der NÖ Landesregierung auch gewährleistet ist (letzte Einsicht im April 2007).

Diese Bedingung wurde darum bewusst gewählt um die Aussagekraft von Motiven zur Zufriedenheit nicht durch existenzielle Defizite zu verzerren.

Die Studie wurde aus kosten- und zeitressourcenbedingten Gründen in der Einrichtung vorgenommen, die der Studienersteller leitet. Zum einen ist dies aus dem massiven Forschungsinteressen und den rasch umsetzbaren Möglichkeiten zur Initiierung von Veränderungen aus den Erkenntnissen der Studie erklärbar, zum anderen wurden folgende Maßnahmen getroffen um einer Beeinflussung in der Datensammlung entgegenzuwirken.

1. Es wurde bewusst ein Forschungsthema gewählt, in dem es um Motiverhebungen und Ursachenerhebungen für die Entstehung eines Zufriedenheitsgefühles geht, was nur im Interesse des Einrichtungsleiters sein sollte und keinen Aufschluss über den Zufriedenheitsgrad in der Einrichtung (weder positiv noch negativ) geben kann. Das Forschungsinteresse ist somit beim Forscher gewährleistet, eine Motivation, Ergebnisse vorzutäuschen oder vorzuenthalten ausgeschlossen.
2. Die Interviews wurden von einer Person durchgeführt, die in keinem Abhängigkeitsverhältnis zum Einrichtungsleiter oder zu den Interviewpartnern steht.
3. Die Interviews wurden bewusst offen geführt und keinem Leitfaden unterstellt, dem suggestive Fragestellungen vorgeworfen hätten werden können. Die Transkriptionen wurden vollständig durchgeführt und sind jederzeit nachlesbar.

V. Begriffsklärungen - Begriffsdefinitionen - Begriffsbedeutungen

a. Zufriedenheit:

Zufriedenheit ist ein Begriff der vom allgemeinen Verständnis her eine starke subjektive Färbung hat, trotzdem aber oft auch kollektive Assoziationen erzeugt, die sich in Redewendungen aus Märchen, wie „.....und lebten glücklich und zufrieden bis an ihr Ende!“ manifestiert. Daraus kann man ableiten, dass es keine ausreichende Differenzierung zwischen Glück und Zufriedenheit gibt. Im allgemeinen Sprachgebrauch kann man davon ausgehen, dass Glück ein sequenzielles, kaum unter gleichen Bedingungen wiederholbares emotionales, positiv besetztes Hochgefühl ist, während Zufriedenheit eine gewisse Kontinuität darstellt und auf wiederholbare bzw. wieder abrufbare Bedingungen abzielt. Zufriedenheit ist damit berechenbarer.

Herbert Laszlo (2006:204), Leiter des Institut für experimentelle Glücksforschung in Wien definiert wiederum als primäre Gefühlsursache für Glück die Optimalbelastung.

Das heißt, Glück entsteht, wenn ich in meiner persönlichen Belastbarkeit weder überfordert noch unterfordert bin. Diese Definition ließe sich sinniger Weise auch auf Zufriedenheit ausdehnen. Wenn man Glück und Zufriedenheit anhand von Selbstkompetenz und Fremdeinwirkung differenzieren will, scheitert man zwangsläufig an dieser Definition, weil „Belastbarkeit“ von beiden Faktoren vehement beeinflusst wird.

Zufriedenheit setzt aber auch im Gegensatz zu „Wohlbefinden“ einen Zusammenhang her zwischen den Realitäten der individuellen geistigen, körperlichen, seelischen, sozialen und materiellen Situation und den subjektiven Vorstellungen davon.

Auf der Internetplattform Wikipedia sind folgende Definitionen zu finden:

„1. Zufriedenheit ist ein emotionaler Zustand des Menschen, in dem seine Bedürfnisse von ihm als befriedigt angesehen werden. Das Bedeutungswörterbuch des Duden definiert ebenso trefflich wie kurz und bündig: zufrieden a) innerlich ausgeglichen und nichts anderes verlangend als man hat; b) mit den gegebenen Verhältnissen, Leistungen o.ä. einverstanden, nichts auszusetzen habend. „Zufriedenheit“ als Vorsatz wird auch mit Genügsamkeit bezeichnet - als Weltanschauung ist sie oft religiös abgestützt.

2. Kundenzufriedenheit bezeichnet in der Betriebswirtschaftslehre (insb. im Verkauf bzw. der Verkaufspsychologie) ein abstraktes Konstrukt der Sozialforschung, das zumeist als das Verhältnis von Kundenerwartung zu Bedürfnisbefriedigung beschrieben wird. Zufriedenheit entsteht als Empfindung des Kunden durch seinen Vergleich von wahrgenommenem Wertgewinn (als Resultat des Kaufs) und erwartetem Wertgewinn (vor dem Kauf).

Die verbreitetsten Messansätze für Kundenzufriedenheit stützen sich stark auf sozialwissenschaftliche Methodik (cf. Meinungsforschung).

Die Kundenzufriedenheit dient als Indikator für die Qualität von Kundenbindungsmaßnahmen und Qualitätsmanagement. Sie spielt eine zentrale Rolle in der aktuellen Marketingtheorie und -praxis, daher ist das Management der Kundenzufriedenheit zu einer wichtigen Herausforderung für viele Manager geworden. Bei der Bestimmung der "optimalen" Kundenzufriedenheit ist der Kundenwert zu berücksichtigen.

Wenn ein Kunde seine Erwartungen an die Leistung erfüllt sieht, also der Ist-Zustand dem Soll-Zustand entspricht, ist der Kunde zufrieden. Man spricht von Konfirmation.

Wenn die Erwartungen übertroffen werden, wird der Kunde begeistert. Hier wird auch von positiver Diskonfirmation gesprochen.

Wenn die Erwartungen dagegen nicht erfüllt werden, also die Ist-Leistung unter der Soll-Leistung liegt, wird der Kunde enttäuscht oder befindet sich im Zustand der negativen Diskonfirmation.“ (www.wikipedia.de, Schlüsselwort „Zufriedenheit“, 5.8.2007)

Beide Definitionen stellen einen Zusammenhang zwischen Vorstellung und Wirklichkeit her und weisen damit auf den starken subjektiven Charakter von Zufriedenheit hin, der somit einer erheblichen intersubjektiven Varianz ausgesetzt ist und Zufriedenheit unmessbar machen würde, wenn man ihn als einen Ort mit fix beinhalteten Zuständen definieren würde.

Daraus folgt, das Zufriedenheit prozesshaft als

Selbst akzeptierter Grad der Übereinstimmung von Vorstellung und Wirklichkeit

zu definieren wäre. Glück wäre dabei ein kurzfristiges nicht wiederholbares völliges Übereinstimmen von Vorstellung und Wirklichkeit, weil sich die Faktoren laufend ändern. Zufriedenheit bewegt sich hingegen in einem selbst entworfenen Rahmen. Das dieser „Rahmen“ allerdings in seinem „Selbstentwurf“ ständigen Beeinflussungen ausgesetzt ist, die hinterfragt werden müssen, beweist Pleschbergers Studie: *„Über das Handlungsmuster möglichst wenig Hilfe anzufordern scheint es vor allem darum zu gehen, keinerlei Sanktionen zu riskieren und damit auch auf Ebene der Würde und Würdigung kein Risiko einzugehen. Die Frau zeigt im obenstehenden Zitat, wie man in dieser Situation Würde bewahrt, nämlich indem man seine Ansprüche auf das reduziert, was realistisch erfüllt werden kann.“ (Pleschberger 2004:95)*

Zufriedenheit wäre aber auch im Bezug auf Belastung, aus diesem prozesshaften Denken, als

selbst akzeptierter Grad von Belastung zu definieren

Beide Definitionen können nebeneinander bestehen, weil sie Zufriedenheit mit einem unterschiedlichen Fokus betrachten.

b. Biographie, Psychobiographie, Biographiearbeit in der Pflege

Biographie wäre schlicht als „individuelle Lebensgeschichte“ (Böhm 1999:7) zu bezeichnen. In der Pflege hingegen wird dieser Begriff mit mehr Bedeutung gefüllt, weil man sich in der Biographiearbeit mit Interpretationen von Verknüpfungen und Unterschiedlichkeiten zu einem sogenannten „Normallebenslauf“ (Böhm 1999:8) im geschichtlichen und örtlichen Kontext beschäftigt.

„Die Normalbiographie stellt einen Durchschnitt dar, was z.B. alle fünf Jahre im Leben eines Menschen passieren sollte, was eigentlich im 14. Lebensjahr sein sollte, wann man durchschnittlich heiraten und wann man sterben sollte. Hält man sich nicht an diese Normen, hat man einen interessanten Lebensweg beschritten: Man ist ein Sonderling, Einzelgänger, Frühentwickelter, Spätentwickelter, Dementer, Eigenbrötler, Obdachloser usw.“

(Böhm 1999:8)

Der zeitgeschichtliche Kontext ist im Vergleich der individuellen Biographie mit der Normalbiographie wichtig

„denn das menschliche Altern ist immer zugleich ein individueller und ein gesellschaftlicher Vorgang, indem die sozialen Lagen der historischen Zeit angehören – die Lage der heute Fünfzigjährigen ist durch deutlich andere endogene Bedingungen gekennzeichnet, als jene derer, die 1969 fünfzig Jahre alt waren“ (Amann u.a. 2000:7).

Biographiearbeit geht allerdings weiter, als Normalbiographien mit individuellen Biographien zu vergleichen. Sie erhebt einerseits „in einem psychoanalytischen Ansatz den Hintergrund, vor allem aber die Verarbeitung von Biographie. Dabei beschäftigt sie sich mit Fragen über die Angst vor den eigenen Gefühlen, Störungen der Zwischenmenschlichkeit, Störungen des Ichs, tiefen Lebensregungen und deutet diese nicht hermeneutisch sondern analytisch. So nimmt man an, dass jeder Mensch, auch bevor er seinen Urschrei ausstößt, verschiedenes mitbringt, das seine Biographie später gestalten und beeinflussen wird. Aus verschiedenen Lebensabläufen lassen sich verzerrte und verformte Lebensinhalte ableiten, die dann bei unseren Klienten als Vorschäden auftauchen. Das heißt, dass es sehr viele neurotische Reaktionsmuster im Leben des Menschen gibt; diese sind aber nicht der Demenz zuzuordnen, sondern bestehen eigentlich ein Leben lang, nur in der Praxis der Altenpflege werden sie etwas deutlicher“ (Böhm 1999:10).

Andererseits legt die Biographiearbeit in der Pflege nach dieser analytischen Erhebung, ihren Schwerpunkt auf die Auswirkungen der erworbenen Copings in der Gegenwart unter Beachtung der örtlichen und zeitlichen Prägung der Vergangenheit. Dabei ist es wichtig gute Kenntnisse über Copingmuster und Verhaltensregeln der Prägungszeit zu haben um das Verhalten richtig zu deuten

„Beispiel: Problem - Ein ehemaliger Knecht hat immer Probleme mit weiblichen Patienten. Er ist ungalant, rüpelhaft und erscheint hartherzig.

Diagnose - „Weibersterben kein Verderben. Rossverrecken, Bauernschrecken.“ Dieser Folkloresatz aus 1910 sagt alles aus: Prägungsphänomenal war und ist ein Ross mehr wert als eine Frau. Impuls - Patient zu einem Mann setzen“

(Böhm 1999:156)

Wie das Beispiel belegt ist es aber auch wichtig, neben einem zeitgeschichtlichen und örtlichen Kontext, die Biographie auf einen Kontext der sozialen Lebenslagen zu untersuchen, auch um innerfamiliäre Verhaltensregeln zu deuten, weil *„Benachteiligungen und Privilegien biographisch „erworben“ (und auch weitergegeben werden) und sich im Alter sogar verschärfen können“ (Amann u.a. 2000:9).*

Soziale Lebenslagen sind laut Amann, *„Ausdruck gesellschaftlich produzierter Ungleichsysteme, in ihnen wird die jeweils vollzogene und sich vollziehende Vermittlung zwischen Struktur und der ihre Realität produktiv verarbeitender Subjekte manifest. Damit ist deutlich, dass Lebenslagen Start- und Entwicklungschancen festlegen, die auf zweierlei Art im historischen und im individuell-biographischen Verlauf formierenden Charakter bekommen:*

Lebenslage heißt einerseits die für aufeinanderfolgende Kohorten unterschiedliche Höhe und Verteilungsform des gesellschaftlichen Reichtums, der sozialen Chancen und der politischen Freiheiten sowie der kulturellen Potentiale, unter denen Menschen leben, und schließlich die auf diesem Hintergrund sich ergebenden tatsächlichen und potentiellen Zugangs- und Verfügungschancen im individuellen Fall.

Lebenslage heißt aber auch der Spielraum, den die einzelnen innerhalb dieser Verhältnisse zur Gestaltung ihrer Existenz potentiell vorfinden und tatsächlich verwerten und in denen sich Chancen als strukturierte Wahlmöglichkeiten, als Dispositionsspielräume darstellen“ (Amann u.a. 2000:9).

Erwin Böhm erkennt in seinem von ihm entworfenen „psychobiographischen Pflegemodell“ einerseits die Wichtigkeit der Einbettung von Biographien in die Pflegearbeit, andererseits aber auch, dass eine reine Biographieerhebung nicht ausreicht, was durch die Wortschöpfung „Psychobiographie“ zum Ausdruck kommt. Biographie bzw. Biographiearbeit meint in dieser Studie die Betrachtung lebensgeschichtlicher Ereignisse im zeitlichen, örtlichen, sozialen und entwicklungspsychologischen Kontext.

c. Prägungen

Prägung nennt man in der Verhaltensbiologie eine irreversible Form des Lernens: Während eines meist relativ kurzen, genetisch festgelegten Zeitabschnitts (sensible Phase) werden Reize der Umwelt derart dauerhaft ins Verhaltensrepertoire aufgenommen, dass sie später wie angeboren erscheinen. Im Rahmen der Instinkttheorie wird das Phänomen Prägung gedeutet als die Aneignung eines Schlüsselreizes durch Lernen.

Das englische Wort für Prägung („imprinting“) wird heute in der Genetik auch in einem gänzlich anderen Zusammenhang benutzt.

** Lernen durch Prägung findet statt, ohne dass Belohnung oder Bestrafung eine Rolle spielen. Lernen durch Prägung unterscheidet sich daher fundamental von einer Lernform wie dem Lernen durch Versuch und Irrtum.*

** Prägung ist dadurch gekennzeichnet, dass sie nur in einer bestimmten Zeitspanne stattfinden kann, die daher als sensible Lebensphase bezeichnet wird. Prägung ist also nicht nachholbar. In welchem Alter diese Phase nachweisbar ist und wie lange sie dauert, kann je nach Tierart sehr unterschiedlich sein.*

** Prägung ist unwiderruflich, das durch sie Gelernte wird besonders schnell und effektiv gelernt und auf Lebenszeit behalten; zumindest werden die durch Prägung erworbenen Auslöser („Schlüsselreize“) auf Dauer bevorzugt.*

** Durch Prägung werden stets nur eng begrenzte Inhalte gelernt, also zum Beispiel eine bestimmte Reaktion auf ein bestimmtes Objekt der Umwelt oder eine bestimmte, klar gegen andere Verhaltensweisen abgrenzbare Verhaltensweise.*

** Prägung kann in einer Zeitspanne stattfinden, in der die geprägte Verhaltensweise noch nicht vollzogen werden kann.*

*.... *. Erfolgt schnell und ist sehr effektiv.*

(www.wikipedia.de, Schlüsselwort „Prägung“, 5.8.2007)

Diese Definition von Prägung entspricht der Verwendung in dieser Studie. Die Prägungszeit wird laut Erwin Böhm mit den ersten 20-25 Jahren festgelegt. (vgl. Vogelauer/Pfusterer 2007)

d. Intimsphäre

Entgegen der allgemein gültigen Definition, der lediglich

„die intimsten, innersten bzw. persönlichsten Gedanken und Gefühle (der Bundesgerichtshof definiert sie als die "innere Gedanken- und Gefühlswelt und den Sexualbereich)" (www.wikipedia.de, Schlüsselwort „Intimsphäre“, 5.8.2007) als Intimsphäre bezeichnet, werden in dieser Studie auch die notwendigen Rahmenbedingungen (Raum, Zeit, Ruhe) zur Ausübung dieses geistigen und emotionalen Vorganges inkludiert.

e. Reaktivierende Pflege

„Reaktivierende Pflege meint eine pflegerische Beziehung zu einem bedürftigen Menschen, die Situationen schafft, in denen der Patient lernt, verlorene Fähigkeiten wieder zu erlangen und aus eigenem Antrieb für sich selbst zu tun.“

(Luksch 2007)

f. Verwurzelung

Alte Menschen sind im Besonderen mit ihrer gewohnten Lebenswelt verbunden. Diese Lebenswelt besteht aus einer Summierung verschiedener Faktoren, wie Örtlichkeit, Ausstattung der Örtlichkeit, soziale Kontakte, gewohnte Abläufe. Diese Faktoren generieren ein Gesamtbild, dass auf den Menschen insgesamt wirkt und bei Wegfall einzelner Faktoren in seiner Wirkung überproportional gehemmt ist. Objekte haben in dieser Konstellation nicht nur einen sachlichen, sondern auch einen emotionalen Wert, weil sie Verbindungsglieder zur Vergangenheit und den damit verbundenen Erinnerungen sind. Die Örtlichkeit stellt hierbei einen sehr starken Faktor dar, weil sie quasi den „Grundanker“ oder den „Behälter“ aller mit Erinnerungen verbundenen Objekte darstellt. Sie verknüpft somit Erinnerungen miteinander, bzw. ist selbst mit wesentlichen Erinnerungen verknüpft. Außerdem ist sie ein sicherer Raum mit eingewöhnten Abläufen. Auch die Art und Dichte sozialer Kontakte und Beziehungen laufen in diesem sozialen Raum gewohnt und abschätzbar.

Die Herauslösung aus dieser gewohnten Umgebung kann nur schmerzhaft erlebt werden, selbst wenn sie objektiv mit Vorteilen verbunden ist (höherer Standard, gesicherte Versorgung), weil die Vergangenheitsbezogenheit und emotionale Sicherheit durch gewohnte Arbeits- und Beziehungsabläufe einen weitaus höheren Stellenwert einnimmt.

Die Mitnahme von lieb gewonnenen Gegenständen, die Beibehaltung von Beziehungen, die Beibehaltung von Gewohnheiten, können den Verlust des „Gesamtbildes“ nur in geringem Ausmaß kompensieren.

Verwurzelung ist ein prägnanzrelevanter Prozess, der von der sozialen, zeitlichen und örtlichen Lebensgeschichte abhängt. *(vergleiche auch: „In zwei Interviews wird der Zuzug nach Wien aus einer ländlichen Region Österreichs während der Kindheit bzw. aus einem anderen Staat als nachwirkend negativ empfunden“ (Lang u.a. 2003:108))*

Menschen, die freiwillig „übersiedlungsfreudig“ waren, örtlich breitgefächerte soziale Kontakte hatten und ihre gesellschaftliche Integration nicht über die Zugehörigkeit mit einer lokalen Einheit verbanden, werden mit einem Ortswechsel durch Heimeintritt weniger Probleme haben als Menschen, die aufgrund Zwangssituation (Krieg) ihren Ort verlassen mussten, durch den sich ihre gesellschaftliche Integration definierte und in den sie nach traumatischen Erfahrungen als Ort der Sicherheit wieder zurückkehrten.

g. Dienstleistungsbeziehung

Damit wird eine Beziehung definiert, in der die sachliche Befriedigung eines Kundenwunsches unabhängig von emotionalen Beziehungsbedürfnissen im Vordergrund steht. Es gibt dabei keine Anforderungen an die Qualität der Leistungsnachfrage bei Kunden und kein Interesse an einer Rücksichtnahme auf Bedürfnisse des Dienstleistungserbringers.

h. Totale Institution

Totale Institution ist ein soziologischer Begriff, der von Erving Goffman geprägt wurde.

„Nach Goffman ist die totale Institution eine Unterform des allgemeineren Begriffs soziale Institution, die er definiert als „Räume, Wohnungen, Gebäude oder Betriebe, in denen regelmäßig eine bestimmte Tätigkeit ausgeübt wird“. Sie können sich prinzipiell nach Kriterien, wie z. B. Zugänglichkeit, Zielsetzung und Umfassendheit unterscheiden. Die totale Institution bildet einen Extremfall auf letzterer Skala, da sie „durch Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Außenwelt“ einen „allumfassenden oder totalen Charakter“ annimmt. Eine Institution wie ein Fußballclub oder ein Laboratorium nimmt also nur jeweils einen Teil des Lebens ein, während ein Insasse in einer totalen Institution, wie einem Gefängnis, seine gesamte Zeit dort verbringt.“

Eine Totale Institution weist nach Goffman folgende Merkmale auf:

- * Totale Institutionen sind allumfassend. Das Leben aller Mitglieder findet nur an dieser einzigen Stelle statt und sie sind einer einzigen zentralen Autorität unterworfen.*
- * Die Mitglieder der Institution führen ihre alltägliche Arbeit in unmittelbarer (formeller) Gesellschaft und (informaler) Gemeinschaft ihrer Schicksalsgefährten aus.*
- * Alle Tätigkeiten und sonstigen Lebensäußerungen sind exakt geplant und ihre Abfolge wird durch explizite Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.*
- * Die verschiedenen Tätigkeiten und Lebensäußerungen sind in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.*

Fünf Gruppen der totalen Institutionen nach Zielsetzungen

- * zur Fürsorge von unselbstständigen und harmlosen Menschen (Blinden-, Alters- und Waisenheime)*
- * zur Fürsorge von unselbstständigen Personen, die in irgendeiner Weise eine Gefahr für die Gesellschaft darstellen (Tuberkulosesanatorien, psychiatrische Kliniken)*
- * zum Schutz der Gesellschaft vor Personen, die als gefährlich angesehen werden; nicht primär zum Wohle der abgesonderten Personen (Gefängnisse, Kriegsgefangenenlager, KZs)*
- * mit arbeitsähnlichen Zielen (Kasernen, Internate, Schiffe, Arbeitslager)*
- * als Zufluchtsort oder religiöse Ausbildungsstätten (Abteien, Klöster)*

Ungeachtet der verschiedenen Ziele sei das zentrale Merkmal der Institutionen „die Handhabung einer Reihe von menschlichen Bedürfnissen durch die bürokratische Organisation ganzer Gruppen von Menschen“, aus der automatisch eine Trennung zwischen Verwaltern (dem Personal) und Verwalteten (den Insassen) entsteht. Diese Trennung ist die Hauptquelle von sozialen Konflikten und Problemen innerhalb der Institution.“

(Goffman 1972, zusammengefaßt in www.wikipedia.de)

Auch wenn sich eine Institution der stationären Pflege so weit wie möglich öffnet, ehrenamtliche Mitarbeiter einbezieht, das Heim transparent macht, HeimbewohnerInnenbeiräte installiert, öffentliche Events ausrichtet oder sich an ihnen beteiligt, gelingt es nicht die Hauptmerkmale einer „totalen Institution“ quasi „abzuschütteln“ weil sie Teil des gesellschaftlichen Auftrages sind. Positive Veränderung scheint erst dann möglich, wenn die Einrichtung sich bewusst mit ihrer Position auseinandersetzt um diese Merkmale konstruktiv in ihren Auswirkungen bearbeiten zu können.

VI. Studie

A. Systematik:

In Kenntnis dieser prozesshaften Sicht von Zufriedenheit, sind die nachstehenden Themen zu sehen, die in Form von 12 Codes die in der qualitativen Studie herausgearbeiteten Kategorien von Faktoren der Zufriedenheit strukturieren. Wesentlich ist dabei eine Gegenüberstellung von Inhalten des Experteninterviews zu den bei den Bewohnern gefundenen Kategorien, die darüber Auskunft geben, wie hoch die fachliche Sicht über Faktoren für Zufriedenheit übereinstimmt.

Am Ende jedes einzelnen Codes werden wesentliche Erkenntnisse herausgearbeitet. Im Kapitel „Zusammenhänge und Schlussfolgerungen“ werden die Verbindungen und Widersprüche der einzelnen Codes analysiert und ein Ausblick auf mögliche Veränderungen und Schwerpunktsetzungen in stationären Einrichtungen der Altenpflege gegeben. In der „abschließenden Zusammenfassung“ werden die wesentlichsten Erkenntnisse in einem gesellschaftlichen Bezug dargestellt. Im Kapitel „Methodik“ wird auf die Durchführungsschritte der Forschung und die entsprechende Theorie eingegangen.

B. Codes

1. Intimsphäre

Dieser Faktor manifestierte sich hauptsächlich in Äußerungen über die Vorteile eines Einzelzimmers, oder den konkreten Wunsch in ein solches in absehbarer Zeit ziehen zu können. Die Störungen der eigenen Bedürfnisse durch die Eigenartigkeiten von Zimmerpartnern ist dabei ein wesentlicher Antriebsmotor. **„sie tut mir ja sehr leid die Frau L.. Aber die beobachtet mich immer. Immer in der Früh, wenn ich aufwach, da schau ich hinüber – hat sie den Kopf zu mir hin und schaut schon von ihrem Bett aus zu mir her. Ich bin immer im Visier, immer in Beobachtung...I1, 231-239“**. Der Wunsch nach einem Rückzugsbereich, mehr Intimsphäre, äußert sich aber auch in der Kritik an der Gestaltung von Aufenthaltsbereichen die an den stark frequentierten Verkehrswegen der Stationen angesiedelt sind. **„Man sitzt in der Auslage und jeder kann zuschauen, was du isst. Alles rennt durch....I6,501-504“** Das heißt es gibt neben den „klassisch“ intimen Verrichtungen des alltäglichen Leben (Toilette, waschen...) auch Bereiche in

denen man eine eingeschränkte Gemeinschaft (die anderen Bewohnerinnen und Bewohner der Station) zwar in Kauf nimmt, andere aber als störend empfindet. Begründbar ist dies einerseits mit dem berechtigten Wunsch, gewisse Defizite bei alltäglichen Verrichtungen nicht mit der Öffentlichkeit teilen zu wollen (die Essenseinnahme kann aufgrund körperlicher Einschränkungen mit einem höheren Verschmutzungsgrad verbunden sein, bzw. unästhetisch wirken und daher Hemmungen hervorrufen). Andererseits ist es aus einem menschlichen Bedürfnis nach Kleinstrukturen verständlich, dass man das Essen in der Regel in einem personenbezogen eingeschränkten und vertrauten Rahmen einnehmen möchte. Ein enger vertrauter Rahmen mit Vertrauenspersonen kann jedoch das Bedürfnis nach einem individuellen Rückzugsbereich nicht kompensieren, wie die Studie von Bernd Arnold zu Alterwohngemeinschaften belegt. (vgl. Arnold 2004:40).

Der Wunsch nach Intimsphäre ist aber auch an dem Bedürfnis nach Eigentum fest zu machen. Das Überschreiten anderer Bewohnerinnen und Bewohner von Eigentumsgrenzen wird als störend empfunden.

Das heißt, es ist nicht nur wichtig ein Einzelzimmer zu haben und persönliche Gegenstände zu besitzen sondern auch, dass diese nicht ohne Einwilligung von anderen Personen betreten, oder verwendet werden. **„ I hab eh nicht viel. Die hat alles wegräumen müssen. Nicht dass sie es benützt hätte, aber sie hat alles nehmen müssen und verstecken oder gleich in den Müll schmeißen....16, 540-544“**

Die Störungen von Intimsphäre bezieht sich in diesen Aussagen durchgehend nicht auf das Personal, sondern auf zumeist demente Mitbewohnerinnen und Mitbewohner oder auf eine durch viele Personenkreise hervorgerufene allgemein unruhige Atmosphäre. Auffällig ist in der Gesamtbetrachtung, dass die Abhängigkeit von Hilfestellungen durch das Personal, durch keine Aussage in den Interviews als Problembereich der Intimsphäre, sondern immer als Problembereich der mangelnden Autonomie benannt wurden. Das heißt, die Selbsteinschätzung an Möglichkeiten Intimsphäre zu berücksichtigen ist einerseits realitätsorientiert (Pflegepersonal wird bei Hilfsverrichtungen als Teil der Intimsphäre akzeptiert), andererseits wird sie von einer selbstbestimmten Entscheidungsmöglichkeit, wer an welchen Bereichen meines Lebens teilnehmen darf, bestimmt.

In der Codierung des Experteninterviews konnte keine der ausgewiesenen Kategorien dem Thema Intimsphäre zugeordnet werden. Es gibt allerdings einige

Zuordnungen zum Code „Wahrnehmung als Individuum“ und „Beschäftigungs und Alltagsgestaltung“ die sich dem Thema annähern. Das Recht von Bewohnerinnen und Bewohnern ihren Grad von Isolation durch das Ablehnen gemeinschafts- und kommunikationsfördernder Aktivitäten, selbst zu gestalten, könnte im weitesten Sinn auch dem Code Intimsphäre zugeordnet werden, wenn man Intimsphäre rein als Schwellenwert in einer Nähe-Distanz Beziehung zu anderen Menschen definiert. Der räumliche Aspekt scheint jedoch in den Aussagen der Interviewpartner einen sehr hohen Stellenwert im Sinne von „räumlichen Rückzugsmöglichkeiten“ einzunehmen. In Beachtung des Umstandes, dass die professionellen Pflegekräfte in ihrer Arbeit offensichtlich keine Gefährdungspotenziale für Verletzungen der Intimsphären generieren, lässt den Schluss zu, dass Pflegemodelle, Ausbildungen und Fachaufsichten sich diesem Thema ausreichend widmen, es aber offensichtlich noch strukturelle und soziologische Faktoren gibt, die Zufriedenheiten zur Intimsphäre mitgestalten.

Zusammenfassend gesehen ist Intimsphäre ein wesentlicher Faktor für Zufriedenheit, der sich außerhalb eines anerkannten Pflegemodells, das diesbezügliche Faktoren in der fachlichen Pflege regelt, an räumlichen Rückzugsmöglichkeiten, dem Schutz dieser Rückzugsmöglichkeiten und dem persönlichen Besitz vor Eingriffen anderer Personen, und einer selbstbestimmten Wahl von Personen, die zu den Rückzugsmöglichkeiten Zugang haben, orientiert.

Wenn man, wie in der Begriffsklärung „*Verwurzelung, S21-22*“ die Koppelung von Objekten mit emotionalen Erinnerungen beachtet, wird deutlich, daß der Begriff "Intimsphäre" hier weiter zu fassen ist, als allgemein gebräuchlich.

2. Wahrnehmung als Individuum

Die Persönlichkeiten definieren sich über ihre Lebensgeschichten und sprechen gerne über die prägenden Ereignisse des Lebens. Sie leiden aber darunter, dass es offensichtlich wenige gibt, die das noch interessiert.

Aussagen wie: „ ... *hätt ich mir auch nicht gedacht, wenn ich sie unten begegnet bin, dass ich ihnen einmal von mir erzählen werde. Hätt ich mir nicht gedacht. Aber so kommt es manchmal...I1,120-122*“ oder „ *Ich kann mich gar nicht so*

aber ich glaub, das interessiert auch keinen Menschen.... 16,264“ geben Auskunft darüber, dass bezüglich des Mitteilungsbedürfnisses schon ein gewisser persönlicher Rückzug eingetreten ist. Die Nachfrage nach persönlichen Befindlichkeiten wird schon als etwas Besonderes erlebt und die persönlichen Bedürfnisse in den Hintergrund gestellt „*Damit ich sie nicht stör` die Gute, meine Nachbarin, nicht – naja...11,14“*

Dabei ist es wichtig, auch andere, noch nicht in die Lebensgeschichte involvierte Personen kennen zu lernen, denen man biographische Sachverhalte mitteilt, die man z.B. mit den Verwandten nicht, oder nicht mehr besprechen kann und will

„jetzt wissen sie schon viel von mir, jetzt habe ich ihnen schon sehr viel von mir gesagt. Das weiß nämlich niemand von meinem Ableben, da red`ich ja nie mit niemanden nicht....11,153-156“.

Es kommt zum Ausdruck, dass es eben wichtig ist, verschiedene Facetten der Persönlichkeit mit verschiedenen Menschen zu teilen und sich dadurch auch eine vielfältige Wahrnehmung als Persönlichkeit abzusichern.

Dieser „Vielfältigkeitsanspruch“ ist in der Kommunikation mit anderen Menschen ebenso zu beobachten, wenn es darum geht, nicht auf die Pflegebedürftigkeit reduziert zu werden, sondern als Individuum wahrgenommen zu werden, dass durch seine aktive Beteiligung am Gespräch, mit einer sich personell wechselnden Interessenslage, beweist, daß es eine vollwertige Persönlichkeit ist, die wahrgenommen wird, aber auch wahrnimmt. „*Ah ha. Mir gefallen ihre Haare so sehr. Sie haben schöne leicht gewellte Haare und es ist schön, passt ihnen gut... 11,203-204“* Dieser vielfältige Wahrnehmungsanspruch wird durch den Umstand unterstrichen, dass die Input-Setzungen von einer ständigen Verunsicherung, nicht ernstgenommen zu werden, begleitet werden. „*Ja, ja. Aber nicht um Danke schön (um ihnen zu schmeicheln), das ist wirklich wahr....11,211“*

Deutlich wird dies bei der Wahrnehmung in der geschlechtlichen Rolle, wo die Verunsicherung so verinnerlicht ist, dass man Aussagen über emotionelle, im weitesten Sinne – sexuelle Gefühle, selbst mit den Argumenten des Alters entschärft. „*es kommen heute noch Leute rein, die mich mögen, sie haben ja die die Frau gesehen, die da war, die hätte es ja nicht notwendig, daß sie mich abbusseln (küssen) müsste. Ich möchte nicht sagen... ganz abgesehen von sonst was noch.... was glauben sie denn, wie alt ich bin?...12,204-242“*

Die Wichtigkeit als interagierendes und nicht rein reagierendes Individuum wahrgenommen zu werden, verdeutlicht sich einerseits durch den Anspruch Lob und Anerkennung geben zu können, andererseits durch den hohen Einfluss von Fremdeinschätzung auf das Selbstbild „ *i glaub, der Direktor kann auch nichts Schlechtes über mich sagen, nicht?..... I2,263-264*“.

Analog zu der physiotherapeutischen Wichtigkeit, dass schwer pflegebedürftige Menschen, regelmäßig durch die Betrachtung ihres Körpers im Ganzkörperspiegel, nicht ihr Gefühl und ihre Einschätzung für ihren Körper verlieren, könnte man sagen, dass der alte Mensch in seiner Wahrnehmung als Individuum auf die Reflexion von anderen Personen in seinem Selbstbild, angewiesen ist.

Die Expertin sieht die Individualität als wichtigen Faktor für Zufriedenheit. Es ist notwendig, dass die Strukturen eines Heimes zugunsten der Individualität in den Hintergrund rücken. Ebenso schätzt sie die Individualität von der Priorität höher ein, als eingespielte Routine. Perfektionismus kann diesbezüglich oft hinderlich sein.

Die Wahrnehmung als Individuum wird dabei an der Einbeziehung der Lebensgeschichte und den daraus entstandenen Gewohnheiten in der Betreuung des Klientels festgemacht. Eine Beachtung dieser Faktoren sorgen für eine schnellere Akzeptanz des Heimaufenthaltes.

Gleichzeitig zeigen sich gerade bei der Beachtung der Individualität die Grenzen einer Einrichtung auf, Zufriedenheit zu „erzeugen“. Da man gerade verfestigte Persönlichkeitsstrukturen im Alter nicht mehr ändern kann, steht man einer in der Persönlichkeit eingepprägten Unzufriedenheit dementsprechend hilflos gegenüber. Somit wäre die Wahrnehmung als Individuum konsequenterweise in diesem Fall eine Akzeptanz der grundsätzlich unzufriedenen Persönlichkeitsstruktur.

Um sich jedoch nicht selbst aus der Teilverantwortung für Zufriedenheit zu nehmen, wären jedenfalls die umfassende lebensgeschichtliche Erhebung und die Festlegung eines Zufriedenheitsparameters in solchen Fällen angebracht.

Zusammenfassend gesehen ist die „Wahrnehmung als Individuum“ ein Faktor, der sich im Wesentlichen daraus zusammensetzt, dass die Menschen in Beachtung ihrer lebensgeschichtlichen Vergangenheit, als vielschichtige, agierende und reagierende Persönlichkeiten wahrgenommen werden wollen.

Dabei möchten sie die verschiedenen Aspekte der Persönlichkeit unterschiedlichen Personen zugänglich machen.

Das gegenwärtige Bild der eigenen Persönlichkeit ist von Reflexionen der Umgebung mitgestaltet. Es ist darauf zu achten, dass das Selbstwertgefühl bereits mit Rückzugstendenzen operiert. Als Parameter für die Beachtung der Individualität werden Gewohnheiten gesehen, die aus der Lebensgeschichte entstanden sind.

3. Verwurzelung und lebensgeschichtliche Beachtung

Eine Loslösung der „Verwurzelung“ von „lebensgeschichtlicher Beachtung“ war nicht möglich, da die Lebensgeschichte von den Örtlichkeiten des jeweiligen Aufenthaltes geprägt waren.

Verwurzelung wird erstmals als Parameter für Zufriedenheit auffällig, der mit dem Eintritt ins Heim einen unveränderlichen Status festschreibt. *„Sie sind gebürtiger Berndorfer, ja. Wenn man hier einzieht, es ist ja Berndorf sehr schön, so schön. Schöne Umgebung, alles. Aber man muss halt eingelebt sein, weil sonst verfolgt man bald...I1,125-127“*, „es ist ja klar, wo man aufwächst dort fühlt man sich halt normal zu Hause, nicht?...I1,329-330“

Das heißt, Verwurzelung beeinflusst unveränderlich den gesamten Heimaufenthalt. Menschen die in der nahen Umgebung des Heimes verwurzelt waren, gelingt es den Heimeintritt besser zu verkraften und Vorteile des neuen Lebensumfeldes zu erkennen (vergleiche: *„die Eingewöhnung und schließlich die Integration in das neue Da-Heim hängt mit der Nähe/Distanz zur alten Heimat zusammen“* (Amann u.a. 1991:96)).

Hier ist die erste Verknüpfung mit einer biographischen Realität zu erkennen, die von Relevanz ist, da der Heimeintritt als Abschied von einer zuletzt vereinsamen Lebenssituation gesehen wird.

„Jetzt bin ich halt allein gewesen, in der Wohnung und Sohn hat mich versorgt alles, .. und dann hat der einmal gefragt – was soll, ob ich halt ins Heim gehen möchte. Sag ich ja, ich hab immer schon den Wunsch gehabt, wenn ich allein bin, ich konnte ja von Vierhaus (Ortsteil von Berndorf)...I5,25-27“

Die Unveränderlichkeit des Parameters für Zufriedenheit und auch der unmittelbare Zusammenhang mit dem Erkennen von Lebensvorteilen durch den Heimaufenthalt stellt sich bei offensichtlich entwurzelten Personen um so deutlicher dar

„Aber wenn ich heute, wenn man mir heute sagen würde, sie können nach Wien und sie müssen zwar dort auch in ein kleines Pensionistenheim – also net besonder schön....aber nach Wien, tät i sofort wieder, sofort nach Wien. Alles hab ich da. Aber es ist kein Vergleich mit Wien....I1,324-328“

Für die Beibehaltung von Verwurzelung werden offensichtlich Nachteile in Kauf genommen. Die Entwurzelung wird umso schmerzlicher empfunden, wenn sie von einer städtischen Situation auf eine ländliche Situation stattfindet. Auch eine höhere Frequenz von möglichen Verwandtenkontakte, kann die offensichtlich traumatisierende Entwurzelungssituation nicht verbessern.

Die Ursprungsumgebung ist also stark an die Örtlichkeit und weniger an die familiäre Einbettung geknüpft. Lediglich das Bedürfnis „nicht zur Last fallen zu wollen“ überdeckt den Wunsch nach Verwurzelung und führt oft zur Zustimmung einer örtlich entwurzelnden Heimunterbringung. Dabei gibt es offensichtlich einen starken Zusammenhang mit der Rolle, die man früher im Familiensystem besetzt hat. Das heißt der bewusste Verzicht auf eigene Bedürfnisse, das aktive Einnehmen der Opferrolle ist biographisch bedingt (klassische Mutterrolle).

Neben dieser örtlichen Verwurzelung spielen aber auch die lebensgeschichtlichen Ereignisse und vor allem die dadurch erlernten Bewältigungsstrategien eine Rolle beim Heimaufenthalt. Menschen die aufgrund schwieriger Lebenssituationen, Bewältigungsstrategien gesetzt haben, die es ihnen ermöglichten, diese Situationen ohne größere psychische Schäden zu meistern, gelingt dies auch beim Heimeintritt *„wir waren auch nur bei unserem Vater, und waren drei, und wir sind von heute auf morgen dagestanden, und wir haben uns keine große Sorgen gemacht, nix...I6,52-59“* Nicht bewältigte traumatische Lebenssituationen wiederum wirken sich nachhaltig negativ aus *„Alpträume ja, von früher so, da träum ich und dann werde ich nicht munter, dann kommt mir das wieder. Na dann werde ich eh munter. Das ist elendig wenn du das alle Tage hast. Nimmt mich schon mit....I4,22-24“*

Die lebensgeschichtliche Einbettung im Heimaltag wird aber auch anhand von positiven Lebenereignissen greifbar. Aus diesen Erinnerungen wird Kraft für den Alltag geschöpft. *„Ja schon, sagen wir, ich liebe eigentlich die Vergangenheit. Ich hab eigentlich eine sehr schöne Vergangenheit. Ich bin eine Schifahrerin mit Leib und Seele gewesen....I5,147-152“*

Das Vergangene nimmt großen Raum in der Gegenwart ein und setzt sich vor die Bedürfnisse nach Kommunikation „ *Manchmal denk ich mir, oh ich bin froh, wenn niemand da ist. Wenn ich so alleine in meinem Zimmer sitze und nach früher studiere. Und die Vergangenheit vor mir ziehen lassen. Bilder, Fotoalben, schau ich mir an, manchmal hab ich das lieber als wenn ich Besuche krieg, ja....15,431-435*“

Außerdem wirkt sich sportliche Betätigung, gesunde Lebensweise offensichtlich nachhaltig auf physische und psychische Konstitution aus und bedingt eine optimistischere Lebenseinstellung, die auch alterbedingte Einschränkungen besser verkraften lässt.

Die lebensgeschichtliche Einbettung durch Gewohnheiten im Heimalltag wird im Code „Beschäftigung und Alltagsgestaltung“ erörtert.

Eine individuelle lebensgeschichtliche Einbettung durch die Berücksichtigung von Gewohnheiten erzeugt eine sogenannte „Normalität“ die für die Expertin ein Grundpfeiler für Zufriedenheit darstellt. Dabei ist es wichtig auf die sogenannte „Prägungszeit“ zurück zu gehen und ihr oberste Priorität beizumessen. Erst aus dem Verständnis der Prägungszeit bekommt man ein Verständnis über die gezeigten Verhaltensweisen.

Da die alten Menschen mehr in der Vergangenheit leben, sind die Erlebnisse und Kontakte aus dieser Zeit wichtig und ausschlaggebend für die Biographieerhebung. Örtliche Verwurzelungen sind wie auch aus den HeimbewohnerInneninterviews ersichtlich, enorm wichtig und auf sie ist beim Gespräch Bezug zu nehmen.

Den Menschen muss in ihrer Sprache begegnet werden. Die Biographiearbeit erhebt wie die Menschen gelebt haben und welche Beziehungen und Intensitäten in der Beziehung sie gehabt haben.

(siehe Begriffsdefinitionen: Biographie und Prägungszeit, Seite 18-20)

Gelebtes sollte in der Pflegearbeit nie vergessen oder abgetan werden, sondern als Grundstock für eine weitere Persönlichkeitsentwicklung gesehen werden.

Erst durch den respektvollen Umgang mit der Vergangenheit der Bewohnerinnen und Bewohner ist eine weitere Entwicklung möglich.

Zusammenfassung:

Die Verwurzelung mit der örtlichen Umgebung des Pflegeheimes ist ein wesentlicher Faktor für Zufriedenheit, der mit dem Heimeintritt unveränderlich mitschwingt und die Zufriedenheitsbereitschaft in anderen Faktoren beeinflusst. Der Faktor ist derart hoch zu bewerten, dass er nicht durch andere Motivatoren für Zufriedenheit kompensiert werden kann. Die lebensgeschichtlich begründeten Verhaltensweisen und gelungenen oder mißlungenen Bewältigungsstrategien sind hingegen bearbeitbare Motivationsfaktoren im Heim, deren Beachtung in Form von Respekt und Berücksichtigung eine weitere Entwicklung der Persönlichkeit erst möglich machen. Die Biographieerhebung mit Konzentration auf die Prägungszeit wird dem Umstand gerecht, dass alte Menschen vorwiegend in der Vergangenheit leben bzw. die Angelpunkte zur Vergangenheit für ihre Zufriedenheit in der Gegenwart benötigen.

4. Beschäftigung und Alltagsgestaltung

Dieser Code ist stark mit „Verwurzelung und lebensgeschichtlicher Beachtung“ verbunden, konzentriert sich aber auf gegenwärtige Interaktionen des aktuellen Lebensumfeldes im Heim und verdient daher eine eigene Betrachtung, weil dort auch andere Faktoren zur Geltung kommen. Ein weiterer Kontext besteht zum Code „Kommunikation und Beziehung“, der wiederum in seiner Komplexität vom gegenwärtigen Thema abgelöst werden musste.

Beschäftigungsmöglichkeiten und Abwechslung anzubieten ist ein wichtiger Faktor um den monoton empfundenen Alltag aufzulockern. **„Hier kann ich mir zwar Bücher ausborgen, kann lesen, kann fernsehen, ich kann mit den Leuten reden und damit hat es sich....I1,131-132“** . Trotzdem müssen die Angebote auf die individuellen Bedürfnisse hinterfragt und angepasst werden. Es gibt nämlich einen starken, teils biographisch bedingten Wunsch auf Sinnhaftigkeit, Lusterlebnisanforderung und Leistungsanpassung der angebotenen Beschäftigungen. **„Aber ich wäre unter Umständen schon bereit etwas zu tun, wenn es mich natürlich, es muss mich freuen, wenn es mich nicht freut, dann ist das alles zwecklos...I2,86-87“****“na es ist so, man müsste eine Arbeit vollbringen können, die sagen wir, der Mentalität entspricht, schwer heben, das**

kann ich nicht mehr!...I2,82-84“. Meist geht es darum biographisch bedingte Gewohnheiten zu fördern oder deren Beibehaltung zumindest nicht zu behindern. *„Ja das war schon immer so. Ich ess in der Früh einen Apfel und am Abend einen Apfel. Sie können ja einmal reinschauen in meinen Kühlschrank und die Lade rausziehen – da ist überall ein Apfel drinnen....I2,216-217“*

Die Gewohnheiten haben meist einen derart hohen Stellenwert, dass es sinnlos ist, Veränderungen zu initiieren. *„ Na, hab i gsagt Helga, ich weiß was ich will, ihr bringts mich nicht raus und früher bin ich auch nur einkaufen gefahren, zum Bipa um Kleinigkeiten....I6,323-324“*

Der Bezug zur Erwerbstätigkeit ist ebenso kritisch zu hinterfragen, weil es keinen Sinn macht Aktivitäten in Rücksichtnahme auf einen Beruf zu setzen, der lediglich aus Existenzsicherungsgründen zwangsweise gewählt wurde. Andere Bezüge zur Vergangenheit haben sich in der Schwerpunktsetzung von Aktivitäten als sinnvoll erwiesen. Es ist dabei unwesentlich, ob der Bezug aus einer bereits in der Vergangenheit umgesetzten Aktion oder aus einer Sehnsucht nach einer solchen entstanden ist.

Die Veranstaltung traditioneller Feste im Bezug auf die biographische Wichtigkeit der Prägungszeit ist ebenfalls beachtlich, wobei hier weniger die Häufigkeit, als mehr das Faktum des „Besonderen“ im Vordergrund steht

„Ja- Da ist alles so beleuchtet und ein riesengroßer Christbaum, also der ist wirklich sehr groß. Eine frische Tanne oder Fichte vom Wald, wird extra geschlägert und die wird dann aufgestellt und dann Lichter, viele Lichter kommen drauf!.....I1,272-281“

Bei der durch Exkludierung aus gesellschaftlichen Prozessen bedingten Reduzierung von Zugangsmöglichkeiten zu Informationen scheint es wichtig, diesem Faktum auch im Hinblick seiner Funktion als Kommunikationsmotor, Beachtung beizumessen. *„Wenn ich sag. Ja, was gibt es neues, ja ich weiß auch nichts. Hahaha, ich weiß auch nichts (beide lachen) – es ereignet sich nicht soviel....I5,228-230“.*

Neben den sinnvollen Verknüpfungen zu biographischen Erlebnissen spielt das Beobachten von Entwicklungsprozessen eine wesentliche Rolle für zufriedenheitsmotivierendes Alltagserleben.

„Er hat dort ein Haus. Mit seiner Freundin geerbt. Ein altes Haus, und da sind sie im Umbau – aber es ist wunderbar geworden. Ich war schon drei, viermal dort, und sehe wie alles weitergeht....15,199-122“

Dazu gibt es einen Kontext zum Code „Natur erleben“, der dort genauer bearbeitet wird. Wesentlich erscheint weiters, dass Beschäftigungsmaßnahmen und eine abwechslungsreiche Alltagsgestaltung nicht Defizite die aus „Entwurzelung“ entstehen, kompensieren können.

Die Ausführungen im Experteninterview betonen die Wichtigkeit der Beibehaltung der Gewohnheiten bei HeimbewohnerInnenaktivitäten unter der Berücksichtigung lebensgeschichtlicher Erfahrungen und das Recht auf die individuelle Wahlmöglichkeit bei Aktivitätenteilnahme, unter Berücksichtigung einer Klärung von Motiven für die Verweigerung durch das Pflegepersonal. Das Integrieren in andere Entwicklungsprozesse, als den der eigenen Persönlichkeitsentwicklung, wurde nicht genannt.

Zusammenfassung:

Sinnvolle Beschäftigungsformen beeinflussen die Zufriedenheit von Bewohnerinnen und Bewohnern positiv, wenn sie an den Handlungsmöglichkeiten und Gewohnheiten der Menschen orientiert sind und einem nachvollziehbaren Zweck in Verknüpfung mit einem aus den biographischen Gegebenheiten erzielbaren Lustgewinn, verbunden sind. Dabei muss die Biographie auf Vorlieben genau überprüft und dürfen nicht voreilig Schlüsse gezogen werden.

Die Beobachtung, oder bestenfalls Einbeziehung in Entwicklungsprozesse ist ein Bedürfnis von alten Menschen, dass offensichtlich noch nicht genügend Beachtung in Pflege- u. Betreuungsmodellen gefunden hat.

Die Freiwilligkeit der Aktivitätenteilnahme ist unverzichtbarer Bestandteil von individueller Rücksichtnahme.

In der Alltagsgestaltung ist ein Schwerpunkt darauf zu setzen Gewohnheiten zu ermöglichen, zu fördern oder zumindest durch Routineabläufe nicht zu verhindern. Informationen und Neuigkeiten sind kommunikationsgenerierende Faktoren die in dieser Funktion den Alltag beeinflussen. Die HeimbewohnerInnen wollen noch aktiv, doch selbstbestimmt an

Entwicklungsprozessen teilhaben. *„Auf der Seite des menschlichen Alterns, lange Zeit als ein Bogenverlauf mit Werden, Höhepunkt und Vergehen betrachtet, lösen Vorstellungen über Aktivität, Kompetenz und Selbstbestimmung sowie neue Chancen die älteren Ideen des Rückzugs, des Ausruhens, der letzten und gesetzten Phase im Leben ab. Die verbreitete Rede vom Alter als einer Phase im Leben – „das Alter“ -, „mit dem Tod am dünnen Ende“ (zit. E.Bloch), hat jede empirische Grundlage verloren“ (Amann u.a. 2000:2).*

5. Natur erleben

Auch wenn der Winter lebensgeschichtlich positiv besetzt war, ändert sich das im Alter. Diese Jahreszeit wird als Abschnitt gesehen, der sich in die Länge zieht und „überlebt“ werden muss *„Na ja, na ja – ich hoffe, dass ich noch so einige Zeit leben kann. Vielleicht überleb ich noch einen Winter. Wenn Sommer wieder kommt.....!5, 484-485“* .

Frühling und Sommer sind eindeutig positiv besetzt.

Das „Natur erleben“ manifestiert sich einerseits in einem Bedürfnis eine ansprechenden Umgebung mit großem Garten im Nahbereich als auch optischen Möglichkeiten gesamte Landschaftsabschnitte (Berge, Hügeln, Flussläufe) beobachten zu können. Bewegung in der Natur spielt bei den mit diesem Code verknüpften Aussagen keine Bedeutung.

Die Beobachtung von Entwicklungsverläufen, das im Frühling entstehende Blattwerk, das Ansetzen von Blüten, das Spiel von entstehenden Witterungsereignissen wie Nebel, Wolken spielt wiederum eine große Rolle in den Gesprächen und ist mit starker Emotionalität verbunden *„da hinten auf der Mandling, seh ich gerade, da sitzt noch immer der Nebel drinnen, das ist ein Wahnsinn – beim Guglzipf nicht, aber auf der Mandling. Schmorn....!6,243-244“*.

Die Natur kommt somit dem, schon im Code 3 ausgewiesenen grundsätzlichen Bedürfnis von Teilhabe an Entwicklungsprozessen, entgegen. Der Vorteil der Natur in dieser Funktion ist dabei klar ausgewiesen. Bin ich bei der Beobachtung von gesellschaftlichen Entwicklungsprozessen auf die Kommunikationsbereitschaft meiner Umgebung angewiesen (jemand muss mit mir die Baustelle besuchen, oder mir entsprechende Fotos zeigen. Jemand muss mit den Enkeln vorbei kommen, damit ich ihre Veränderungen wahrnehmen. Eine Mitarbeiterin muss mir erzählen,

dass sie geheiratet hat.) , steht die Natur jedem vorbehaltlos in der Wahrnehmung ihres Entwicklungsverlaufes zur Verfügung.

Sie spricht dabei vielfältige Sinne an und verlangt dabei keine Reaktionen als Motivationen zur Aufrechterhaltung der Einbeziehung in den Entwicklungsprozess (die Mitarbeiterin wird sich hüten, mir von ihrer Scheidung zu erzählen, wenn ich mich dieser Mitteilung nicht als „würdig“ erwiesen habe.).

Sie bietet dabei gleichzeitig Spannung (wann kommt das erste Frühlingsblatt heraus? Hoffentlich kommt kein Hochwasser?) als auch Sicherheit, weil sich die Abläufe ständig wiederholen, sie dadurch vorhersehbar sind und grundsätzliche Kenntnisse über Naturmechanismen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern weitgehendst vorhanden sind.

Auch hier können allerdings diesbezügliche Vorteile des ländlichen Raumes die mit Entwurzelung verbundenen Nachteile aus dem städtischen Raum nicht aufwägen.

Aus der Expertinnensicht wurde dieser Code nicht angesprochen.

Zusammenfassung:

„Natur erleben“ ist hinsichtlich der Zufriedenheitsmotivation dahingehend ein beachtenswerter Faktor, weil er ohne den Aufbau komplexer Beziehungen, die Beobachtung von Entwicklungsverläufen ermöglicht. Er bietet innerhalb der Wahrnehmungsszenarien Spannung und Sicherheit gleichermaßen. Die entwicklungsstagnierende Jahreszeit „Winter“ ist dabei negativ besetzt. Man muss diese Zeit des Stillstandes quasi „überleben“ um in die positiv besetzten entwicklungsexplorierenden Jahreszeiten „Frühling“ und „Sommer“ zu gelangen.

6. Kommunikation und Beziehung

Bei diesem Code wurde aufgrund der unterschiedlichen Problemstellungen bezüglich verschiedener Adressaten eine spezielle Untergliederung notwendig. Die Abgrenzung zum Code „Alltagsgestaltung“ war teilweise sehr schwierig aber notwendig um den komplexen Stellenwert von Beziehung und Kommunikation in der Zufriedenheit zu sichern.

a. Allgemein

Die Einschränkung von Kommunikationsmöglichkeiten wird als allgemeine Lebensbedingung des alten Menschen empfunden, in der auch die Entscheidung zum Heimeintritt als Strategie gewählt wird, dieser Einschränkung zu entkommen.

„Jetzt bin ich halt allein gewesen, in der Wohnung und Sohn hat mich versorgt alles, .. und dann hat der einmal gefragt – was soll, ob ich halt ins Heim gehen möchte. Sag ich ja, ich hab immer schon den Wunsch gehabt, wenn ich allein bin, ich konnte ja von Vierhaus (Ortsteil von Berndorf)....I5,25-27“

Die eigene Attraktivität als Kommunikations- u. Beziehungspartner wird dabei angezweifelt und Bestrebungen zum aktiven Einfordern von Aufmerksamkeit aus dieser Unsicherheit gehemmt. Die sicheren und überprüften Beziehungen aus der lebensgeschichtlichen Verwurzelung wären dabei ein wichtiger Gegenpool zur Vermeidung von Isolation, reduzieren sich aber aufgrund von Todesfällen

„Schauns – alle sind schon gestorben, alle....I5,191-192“ .

Die Abnahme von quantitativer Kommunikationshäufigkeit wird dabei in größerem Maße defizitär erlebt als die Kommunikation als Transportmittel für sinnerfüllte Inhalte *„..... und es wiad net viel geredet, nicht ... wenig Ton, das muss man natürlich sagen!...I2, 119-120“.*

Eine ähnliche Tendenz ist bei den Beziehungen zu erkennen. Die Abnahme der losen, nicht intensiven Beziehungen wird in starkem Maß als zufriedenheitshemmend erlebt *„Aber in Wien da habe ich – wie soll ich´s sagen, da hab ich viel mehr andere Interessen gehabt und auch natürlich auch sehr viele gute Bekannte gehabt....I1-132-134“*, während die Abnahme der intensiven Beziehungen (z.B. der Verlust des Ehegatten) als Bestandteil der Lebensgeschichte erwähnt, aber nicht als gegenwärtig zufriedenheitsbeeinträchtigend gewertet wird.

Die Kontinuität im Aufrechterhalten von losen Beziehungen scheint sich ebenfalls positiv auf die Zufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation auszuwirken.

„Ja ich kann sagen, eine Bekannte von mir in Vierhaus, die wohnt auch schon lange in Vierhaus und die hat noch eine Verbindung mit mir. Die kommt jede Woche und bringt mir die, die Zeitung ja, und... und des is recht lieb, ist eine junge Frau und wohnt in dem Haus, wo ich gewohnt hab. Aber die ist recht lieb ja. Kommt jede Woche, jede Woche zu mir....I5,224-228“

b. Kommunikation und Beziehung zu den Angehörigen

Die Beziehung zu den Angehörigen trägt mit der Entscheidung zum Heimeintritt schon einige problematische Faktoren in sich. Zum einen wird sie getroffen um die Kontaktnahme zu erleichtern *„aber mir ist es an sich ganz recht gewesen, die Ortschaft hier. Ich war noch nie draußen und meine Leute sind immer zu mir hinein gefahren, nach Wien....I1,117-119“* und damit einen letzten aktiven Beitrag zum Familienleben beizutragen, die Konsequenz der Entscheidung wird jedoch in einer eingenommenen „Opferrolle“ auf die Familie rückprojiziert

„Weil, am Liebsten wäre ich in die Bahn eingestiegen und wäre sofort wieder retour gefahren nach Wien. Ich habe immer....zum Bahnhof hinüber, wann die Bahn kommt und nein da bleib ich nicht, nein da bleib ich nicht – ich fahr nach Wien, ich werd nix sagen, da können sie sich auf den Kopf stellen, dann bleib ich in Wien....I1,340-343“

Das heißt, der Rückzug aus dem Familiensystem wird einerseits für notwendig erachtet *„ Sie können, wenn sie Kinder haben, nicht verlangen von ihnen, dass die neben ihnen stehen, ... des geht ja gar nicht, denn der hat eine Familie, das geht ja nicht...I2,114-115“*, andererseits gibt es den Wunsch nach einer fortlaufenden Integration ins Familiensystem, der dann nur durch entsprechende Maßnahmen und Informationen des Angehörigen zu gewährleisten ist. Diese regelmäßige Information über laufende Familienprozesse sind für eine weitgehende Zufriedenheit in der Beziehung sehr wichtig *„I: Ja aber wenn ich mir das so alles anhöre, dann ist ihnen das anscheinend sehr wichtig, das die Familie sehr viel kommt? M: Ja; I: Stimmt das? M: Ja, mein Sohn... zur Zeit ist er krank...hat Halsentzündung. Aber es geht ihm schon besser, ich hab heute schon angerufen und er wird mich wieder besuchen. Er kommt sehr oft...I5,153-158“*

Beziehungen zu Angehörigen sind allerdings von einer Vorgeschichte geprägt, die neue Beziehungsintensitäten erschweren. Unbearbeitete Lebensthemen, werden auch jetzt nicht mit den Angehörigen besprochen. Das Unverständnis der Angehörigen bezüglich geistiger Abbauerscheinungen und der falsche Umgang mit dem neuen Verhalten des Bewohners/der Bewohnerin führt zu einer weiteren Kommunikationsreduktion *„Aber mit der die im Zimmer X drin war, war es das selbe. Der Sohn ist jede Woche gekommen. Aber wie sie ihn dann nicht mehr gekannt hat, ist er einmal im Monat gekommen. Und dann hat er gesagt – sie kennt mich eh nicht mehr, was tu ich hier?....I6,81-83“*

c. Kommunikation und Beziehungen zu Bekannten

Neue lose Bekanntschaften eignen sich eher dazu unbearbeitete Lebensthemen zu besprechen *“Das weiß nämlich niemand von meinem Ableben, da rede ich ja nie mit niemanden nicht. Also das wissen jetzt nur Sie, daß ich da in die Medizinische verschrieben bin....I1,153-156“*. Die Aufrechterhaltung loser Bekanntschaften nimmt allerdings, gerade im Hinblick auf das Bedürfnis, Gewohnheiten beizubehalten eine wichtige Funktion ein *„(im Hinblick auf Bekanntschaft) Na ja eigentlich schon. Man gewöhnt sich schon aneinander....I5,178“*. Der Mangel an diesen Kontakten wird defizitär erlebt. *„ das ist äußerst selten, dass wer kommt nicht, also meine Kinder kommen schon viel, nicht....aber sonst?....I2,117-118“*

Er wirkt sich im Sinne von erlebter Vereinsamung stärker aus als mangelnde Verwandtschaftskontakte.

d. Kommunikation und Beziehung zum Personal

Grundsätzlich ist freundliche und respektvolle Behandlung die Ausgangsbasis für Zufriedenheit mit dem Personal *„Ja – ich bin zufrieden. Die Schwestern sind sehr lieb, kann man sich nichts anderes besseres wünschen, nein wirklich...I5,362-363“*.

„Die Anforderung einer würdigenden Beziehung liegt im Respekt des Gegenübers. Sie liegt darin zu vermitteln, dass Hilfe- und Pflegebedürftigkeit keine Belastung darstellt sondern dass die Pflege und Betreuung gerne gemacht wird.“ (Pleschberger 2004:97). Dabei ist es aber offenbar auch wichtig, dass sich das Gespräch nicht nur um die Pflegebedürftigkeit des Bewohners dreht *„Schwester ist auch sehr nett...a bissl plaudern...I4,16“* Der Faktor Zeit wird dabei als hinderlich erlebt, wobei die berufliche Überforderung der PflegemitarbeiterInnen wahrgenommen, gleichzeitig aber bei Bedürfnissen der eigenen Person das Dienstleistungsverhältnis eingefordert wird. *„und da hat mir heute eine Schwester gesagt – Na ja, alle Minuten kann ich nicht reingehn – aber die fünf Minuten müsste es schon zu machen sein, dass sie zum Bett kommt, aber die Schwestern, die sind überfordert, nicht, da gibt's gar keine Debatte...I2,137-140“*

Die Ambivalenz in der Beziehung zum Personal einerseits als sachliche Dienstleistungsbeziehung, andererseits als emotionale Beziehung kommt stark zum Ausdruck.

Einerseits ist es aus der Sicht der BewohnerInnen eine Zumutung gewisse Dienstleistungen aktiv einzufordern **„und dann musst rennen und musst schaun, dass du irgendwen findest, der des Bett macht, muss ich schon sagen...I2,140-141“** (vergleiche dazu auch: „Es erscheint geradezu zynisch, den alten Menschen zu unterstellen, dass sie egoistisch seien, wenn sie das einfordern, weshalb sie sich für das Leben in einem Pflegeheim entschieden haben – die Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft und Pflege.“ (Pleschberger 2004:95)) andererseits interessieren sie sich im Sinne einer interaktiven Beziehung für private Lebensaspekte des Personals und deren Meinung über die eigene Person.

Dabei gibt es ein grundsätzliches Bedürfnis nach Vertrauen **„und wie gesagt, ich will nicht haben, dass das breitgetretn wird, nicht dass da wer auftaucht und mich zusammenschimpft!...I2,169-170“** und gegenseitigem Respekt. Wobei auch der Respekt vor den Bedürfnissen des Personals dann begrenzt ist, wenn das eigene narzistisch überbewertete Leid im Vordergrund steht und sich die Bedürfnisse des Personals dementsprechend unterordnen müssen. **„Na denan muss es gut gehen, dem Personal, weil immer hockt wer drinnen und tun rauchen und einen Kaffee in der Hand...I6,113-115“**

Die Welt (die Arbeit des Personals) wird aus der eigenen eingeschränkten Sicht bewertet. Der Ausschnitt wird als repräsentativ gewertet. Eine Überprüfung dieses Ausschnittes in Form eines Diskurses wird jedoch abgelehnt. **„Wenn ich ein anderer Typ wäre, ich würd mich umdrehen und müßte ihnen was sagen, aber ich denk mir immer meinen Teil....hahaha. Ich hör so viel und bekomme so viel mit, naI6,105-106“**

e. Kommunikation und Beziehung zu Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern

Das Verhältnis zu den Mitbewohnern ist geprägt von **Ambivalenz** **„Sie tut mir leid – und auch nicht so...I1,239“**, die beim gleichen Interviewpartner und nicht nur im Vergleich zwischen den Interviewpartnern auftreten.

Einerseits gibt es ein stark ausgeprägtes Mitgefühl und Verständnis **„und die hab ich dann so viel gefüttert. Die Ulli oben, hat gesagt – jedes mal wenn ich runterkomme, seh ich wie sie sie füttern. – sag ich: Ja, weil sie mir leid tut....I6,556-557“** andererseits aber auch aggressives Verhalten, wenn gewisse Grenzen der eigenen Intimsphäre übertreten werden **„Ja, das Kommando war sie nicht gewohnt, hab ich mir halt gedacht, gewöhn ihr das an, weil zwischen dir und mir muß schon ein (sinngem. Unterschied sein)I6,556-557“**.

Dies richtet sich besonders auf die grenzüberschreitenden Verhaltensweisen von dementen Menschen, aber auch auf Geruchsbelästigungen, Alltagsrhythmusstörungen, ekelerregenden Handlungsweisen und mangelnder Hygiene.

Der Parameter der Akzeptanz von abweichendem Verhalten liegt in der Kommunikationsfähigkeit, die höher bewertet wird als die Sinnhaftigkeit von übermittelten Kommunikationsinhalten. Demenz hat (anders als bei anderen Krankheitsbildern im Code „Umgang mit Veränderung“ eher unvermutet zu lesen ist) etwas definitiv Abschreckendes, vor dem man gerne die Augen verschließt oder sie verharmlost **„hab ich gesagt – des ist für mich kein Leben. Außer ich hab Verkalkung und kriegs nicht mit...I6,101-102“**. Dies steht vermutlich in starkem Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung (Code 12).

Der Umgang mit dementen Menschen ist von Unsicherheit geprägt, weil man falsche Reaktionen auf Interaktionen vermutet oder schon erlebt hat

„Und am nächsten Tag hör ich, hat sich nicht schlafen gehen wollen. Die schnappt nur was auf und kann nicht ... na, Hinterm Bett ist eine Schlange, da kann sie nicht schlafen. Und ich hab gesagt, na Frau B. ich erzähl ihnen nie mehr was.....I6,43-47“.

Die Kenntnis über andere als die eigenen Krankheitsbilder ist nicht ausgeprägt – gerade die komplexen Wissensanforderungen beim Umgang mit dementen Menschen überfordern die anderen Bewohnerinnen und Bewohner. Es gibt dabei keinen gezielten Problemlösungsansatz, sondern vielmehr die anlassbezogene Betrachtung von Vorfällen in der Entblößung und akribischen Besprechung des Absonderlichen und dem Hinweis auf die multiple Disfunktionalität von dementen Menschen.

Aber auch zwischen den nicht dementen Bewohnern gibt es wenige kooperative Ansätze, die wenn vorhanden oft von dem Bedürfnis nach Selbstschutz und Intimsphäre überlagert werden **„Ein Einzelzimmer, ja krieg ich. Es ist auch, es ist ja unangenehm, auch die Zeiten da mit jemanden, noch dazu mit jemanden Kranken zusammen zu sein....I1,12-13“**. Solidarität mit MitbewohnerInnen passiert selten aktiv, sondern eher beobachtend und verbal (Mitleid äußern) oder um eigene Forderungen in den Botschaften zu übertragen. Dabei spielen offensichtlich auch Konkurrenzgefühle bezüglich der emotionalen Zuwendung von MitarbeiterInnen und, Beschränkungsgefühle der „eigenen Freiheit“ aufgrund eines zu hohen

Anpassungsbedarfs an den Mitbewohner/die Mitbewohnerin, ein Rolle (zu letzterem vergleiche auch Arnold 2004:40)

Der Wunsch nach Kommunikation und Beziehung ist zwar vorhanden „***Da geh ich schon hinunter. Und ich geh manchmal rauf. Aber da ist halt nicht viel zu machen. Da heroben, weil kein, keine, das man sich Gesprächspartner sucht. Sind ja wenige, die da voll sind, sind wenige....I5,198-201***“, stößt aber an die Grenzen der Realität von einer Vielzahl von dementen Menschen und an konkurrenzierende andere Bedürfnisse.

Aus der Sicht der Expertin sind Offenheit, Kommunikation und Begegnung im Heim vom Träger erwünscht. Sie sieht einen positiven Einfluss von sozialen Bindungen auf die Psyche und die Entwicklungsfähigkeit im Alter. Ehrenamtliche MitarbeiterInnen sind dabei eine wichtige Ressource um ein Netzwerk von loseren und engeren Beziehungen in der Einrichtung zu knüpfen. Sie sieht eine grundsätzliche Verantwortung des Personals für die Förderung von „guten“ Beziehungen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern, die darauf eingehen sollten, ob Menschen zusammenpassen oder nicht – dies setzt eine sensitive Wahrnehmung voraus. Als fördernde Faktoren für ein Netzwerk von Beziehungen sieht sie die Kontinuität in der Betreuung und kleinere Einrichtungen.

Eine grundsätzliche Vertrauensbeziehung zwischen Personal und BewohnerIn ist für sie unerlässlich um Entwicklung bei den Bewohnerinnen und Bewohnern zu bewirken. Dem Personal kommt in der Kommunikation die Verantwortung zu, verschiedene Sichten von Zufriedenheit zwischen Angehörigen und BewohnerInnen zu klären und den „Willen“ des Bewohners, der Bewohnerin zu stärken. Dabei kommt dem Personal auch ein Bildungsauftrag zu, um Verständnis für Verhaltensweisen, beim Angehörigen zu erzeugen. Zufriedenheit äußert sich für die Expertin vornehmlich in einem funktionierenden Beziehungsgeflecht zwischen BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und Ehrenamtlichen. Eine aufrechte, offene Kommunikation ist dazu der Schlüssel.

Das Personal und die BewohnerInnen lassen im Heim eine ganzheitlich wahrgenommene Atmosphäre entstehen, die Auskunft über die Zufriedenheit gibt. Kleinere subjektive Missverständnisse sind oft die Wurzeln für Unzufriedenheit, die mit ausreichender Zeit zu Kommunikation ausgeräumt werden können.

Zusammenfassung:

Kommunikation ist der Schlüssel zum Beziehungsaufbau. Ein Beziehungsgeflecht, dass in seiner Dichte an den Lebenskonzepten des Bewohners, der Bewohnerin anknüpft, ist ein wesentlicher Indikator für Zufriedenheit. Dabei kommen den verschiedenen Adressaten von Beziehung, unterschiedliche Rollen zu.

Die Angehörigen sind ein Bindeglied zum Bedürfnis einer familiären Einbettung, die sich mit dem Heimeintritt grundsätzlich zwar verändert und an Intensität verliert, trotzdem durch die Beteiligung an familiären Entwicklungsprozessen erhalten werden soll.

Die aufgrund von Todesfällen ausgedünnten Bekanntenkontakte sollten in ihrer lebensgeschichtlichen Bedeutung wahrgenommen und unterstützt werden, da diese Beziehung für die Entwicklungsfähigkeit des alten Menschen unerlässlich sind und *nach Pantucek (2005:141-149) Abhängigkeitsverhältnisse zu dem eingeschränkten Personenkreis mit engen Beziehungen relativieren*. Die Funktion von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ist dabei bemerkenswert, da sie verschiedenste Beziehungsintensitäten abdecken können und neue lebensgeschichtliche Betrachtungen ermöglichen, die in statischen Angehörigenbeziehungen oft nicht mehr möglich sind.

Die gegenseitigen BewohnerInnenbeziehungen sind auf einer eher oberflächlichen Kommunikationsebene erwünscht, werden aber oft von anderen Bedürfnissen, wie Intimsphäre überlagert und sind dementsprechend wenig belastbar. Hauptsächlich dementielle Auffälligkeiten führen dabei zu einer großen Ambivalenz zwischen Mitgefühl und Selbstschutz und einer weiteren Selektion von Beziehungsmöglichkeiten, weil es geringe Kenntnisse über die richtigen Verhaltensweisen zu dementen Menschen bei den BewohnerInnen und den Angehörigen gibt.

Dem Personal kommt Verantwortung in der Förderung von möglichen Beziehungen zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern und der Vermeidung von Reibereien durch eine sensitive Wahrnehmung zu.

Es hat den Bildungsauftrag - Angehörige über durch Krankheiten veränderte Verhaltensweisen beim betroffenen Bewohner, der betroffenen Bewohnerinnen aufzuklären und Bedürfnisübertragungen zwischen Angehörigen und BewohnerInnen zu bearbeiten.

Der Bewohner/die Bewohnerin möchte eine interaktive Beziehung zum Personal aufbauen, die durch gegenseitiges Interesse und Respekt geprägt ist. Dabei muss die Ambivalenz zwischen emotionaler Beziehung und sachlicher Dienstleistungsbeziehung beachtet und diesbezügliche Bedürfnisüberlagerungen bei den Bewohnerinnen und Bewohnern bearbeitet werden.

7. professionelle Betreuung

Aus diesem Code ist zu entnehmen, dass die Freundlichkeit des Pflegepersonales und das Vertrauen in die fachlichen Kenntnisse eine Basis für Zufriedenheit sind.

Die Qualität der emotionalen Zuwendung wird dabei nicht von der optimalen fachlichen Pflege getrennt, da eine Basis des Vertrauens notwendig ist um Bedürfnisse zu äußern. Das offene, selbständige Anfordern von Hilfestellungen ist einerseits ein Ausdruck von Autonomie und bewirkt bei rascher Reaktion Zufriedenheit „***Wenn ich zu einer Schwester hingeh und sag höflich – helfen sie mir das anzuziehen, oder machen sie mir das oder helfen sie mir da, dann geschieht es....I2,50-51***“ Andererseits ist die Schmerzgrenze zwischen dem Verständnis für das selbstverantwortliche Einholen von Dienstleistungen und dem Gefühl, nicht genügend Beachtung zu finden, verschwommen und bedarf eines sensiblen Umgangs des Personales. „***Ich weiß aber genau, wenn ich heute mittag schau und mein Bett ist noch nicht gemacht, dann werde ich grantig!...I2,134-135***“

Die Bewohnerinnen und Bewohner gehen dabei davon aus, dass ihr Verhalten dem Personal gegenüber Auswirkungen auf die Qualität und Reaktionszeit für Dienstleistungen hat „***Aber da musst dann schon Verbindungen haben...I2,132-134***“.

Diese Erkenntnis deckt sich mit der Studie Pleschberger „es ist schwer nachvollziehbar, dass diese Frau nach Hilfe ruft, ohne wirklich etwas zu brauchen. Dennoch scheint es in der Organisation eine solche Differenzierung zu geben, und die Möglichkeit einer Sanktionierung wird in diesem Zitat mehrfach angesprochen. Sie liegen einerseits in der Art der Behandlung „grantig sein“ und andererseits darin, dass die Zeitspanne zwischen dem Läuten und dem Eintreffen der MitarbeiterInnen variabel ist.“ (Pleschberger 2004:95)

Die schon beim Kapitel „Kommunikation und Beziehung zum Personal“ erwähnte Ambivalenz zwischen Dienstleistungsverhältnis und emotionaler Beziehung, bedingt

ein hohes Bedürfnis nach Respekt „*ich mein, ich weiß, wie ich mich zu benehmen habe und hoffe dass es der andere auch weiß...I2,268-269*“ und Vertrauen in die Fachlichkeit der Pflege „*Wenn sie glauben, dass es der Andere notwendiger hat, dann wird sie es auch machen, nicht und ich bin auch kein Fachmann und will auch kein Urteil abgeben...I2,53-54*“ .

Die Qualität der Arbeit wird dabei aufgrund lebenspraktischer Erfahrungen beurteilt. Es bleibt allerdings bei der Beurteilung wenn es um Angelegenheiten geht, die den Bewohner/die Bewohnerin nicht unmittelbar betreffen, eine Einbeziehung der Beobachtungen in allgemeine Verbesserungsprozesse wird hier nicht angestrebt „*und ich sag mir dann immer, mein Ding ist es nicht. Wenn sie selber nicht soviel Hirn habenI6,511-512*“ . Bei den, die eigene Person betreffenden Dienstleistungen wiederum, ist die Einbeziehung persönlicher Meinungen und der respektvolle Umgang damit sehr wichtig.

Die Bewohnerinnen und Bewohner haben ein starkes Bedürfnis in ihren körperlichen Beschwerden ernst genommen zu werden „*Ich hab nicht schlafen können in der Nacht, haben sie gesagt – ich hab halt wild gesündigt, hab ich gesagt – ja, das kann ich, hat man gelacht darüber, ja, ich lach über sowas nicht mehr. Das ist wirklich ein Horror, wenn man nicht schlafen kannI4,145-147*“ und sind in dieser Hinsicht sehr sensibilisiert. Oft entsteht der Eindruck, zuwenig Empathie zu erhalten „*Was haben die für eine Ahnung? Ahh.... oder wie ich mich umdreh, wie ich überhaupt tu, das weiß kein Mensch!....I6,263-264*“

Die Kenntnis der persönlichen Krankengeschichte, das individuelle Eingehen auf die Bedürfnisse und die Beachtung von persönlichen Erfahrungen mit Behandlungsmethoden steht somit eindeutig im Vordergrund. Eine grundsätzliche Vorannahme der BewohnerInnen, nicht ausreichend verstanden zu werden, erschwert den wichtigen Aufbau eines Vertrauensverhältnisses. Den Bewohnerinnen ist es weiters wichtig, dass sie für die verschiedenen Abläufe im Heim klar deklarierte Ansprechpartner haben „*Dann hab ich gefragt die Reinigung – nein, das ist nicht unsere Arbeit, des gehört nicht uns... bis zu die Hausarbeiter, hat gesagt – unseres ist das auch nicht – wen ich auch gefragt habe – nein das müssen wir nicht machen. Sag ich, na und, wer macht das wirklich?....niemand....I6,526-528*“.

Die Expertin baut in der professionellen Pflege als Zufriedenheitsfaktor auf einer fundierten Ausbildung auf. Die geriatrische Pflege ist derzeit in der Ausbildung zu wenig berücksichtigt. Eine Basisausbildung mit anschließender Spezialisierung wäre zielführend, wobei in der Basisausbildung auch geriatrische Pflege Platz haben muss, weil in den allgemeinen Bereichen auch verstärkt alte, gebrechliche Menschen gesundheitlich versorgt werden.

Eine völlig eigenständige Ausbildungsschiene erscheint nicht finanzierbar. Aufgrund von Zusatzaufgaben, wie die ehrenamtliche Koordination, müssen die Seniorenbetreuerinnen in ihrem Arbeitsfeld gestärkt werden. Andere Berufsgruppen als die herkömmlichen Pflegeberufe sind in den Heimen eine berechtigte Forderung, weil der alte Mensch nicht nur krank sondern auch altersbedingt behindert ist. LogopädiInnen befassen sich z.B. mit den sprachlichen Problemen im Alter. ErgotherapeutInnen sind für Bereiche besser ausgebildet, die derzeit von der Pflege mitversorgt werden. Psychotherapie ist wichtig, um mit traumatischen Situationen, wie z.B. dem Heimeintritt fertig zu werden und eröffnet eine andere Sichtweise der Betreuungsarbeit. Sozialbetreuungsberufe können aufgrund ihrer Ausbildung unter Umständen besser auf die psychosozialen Besonderheiten eingehen. Reaktivierende Pflege könnte durch eine bunte Palette von verschiedenen Berufsgruppen professioneller werden. SozialarbeiterInnen gibt es in den NÖ Heimen als Berufsgruppe nicht, wären aber speziell für vernetzende Angehörigenarbeit sinnvoll. Aus finanziellen Gründen müsste man sich überlegen, die verschiedenen Dienstleistungen zuzukaufen, ohne fixe Dienstposten zu schaffen.

In der Betreuungsarbeit wird die Wichtigkeit einer Verbindung von Theorie und Praxis erkannt, denn im Arbeitsfeld lernt man die Leitsätze, die für die weitere Ausrichtung der Arbeit prägend sind. Im Berufsfeld wird ein wiederum zunehmender Trend zum „Taylorismus“ wahrgenommen. Das bedeutet in diesem Kontext eine zunehmende Technisierung im Hinblick auf Rationalisierungen bei der Aufteilung der Arbeit, was dazu führt, dass wenig Zeit für Gespräche (als bisher nicht messbarer Erfolgsfaktor) bleibt. Die Angst vor Fehlern führt dazu, dass in Bereichen mehr gearbeitet wird, wo es gar nicht notwendig wäre.

Der Trend zu falschen Prioritätensetzung in der Arbeit hat wieder zugenommen, obwohl die psychosoziale Arbeit in der Pflege einen hohen Stellenwert hätte. Grund dafür sind die zeitlich knappen Ressourcen, die es umso wichtiger machen, Prioritäten zu setzen, Abstriche in der technischen Pflege zu machen und spontane

Gelegenheiten zu nutzen. Das Personal muss dabei in seiner Zielsetzung laufend von der Leitung bestätigt werden.

Überzogenes Verantwortungsgefühl des Personals für die BewohnerInnen kann Zufriedenheit hemmen, weil man von der Fürsorge „erdrückt“ wird. Die Ausbildung unterstützt derzeit den Anspruch der Pflege „perfekt“ zu sein und schürt damit Versagensängste, die dazu führen, den Sicherheitsaspekt zu stark in den Vordergrund zu rücken. Angehörige übertragen ihre Versagensgefühle auf das Personal, was dieses wiederum belastet. Angst vor Strafe durch Versagen führt dazu, den Wünschen der Angehörigen den Vorrang zu geben. Die rechtliche Sicherheit durch das Heimaufenthaltsgesetz gibt dem Personal Begründungen für die Unterlassung von Freiheitsbeschränkungen gegenüber anderen Menschen.

Der Zugang der professionellen Pflege zum Thema Zufriedenheit ist derzeit pragmatisch und beruht auf der Vorannahme, dass der Mensch solange zufrieden ist, bis er Unzufriedenheit artikuliert. Wenig Beschwerden bedingen somit die Annahme, dass vorwiegend Zufriedenheit besteht.

Diese Annahme könnte allerdings durch die Angst Kritik zu äußern, verzerrt werden. Zufriedenheit entsteht aus der fachlichen Sicht nicht durch die Reaktion auf Unzufriedenheiten, sondern aufgrund eines Prozesses der auf theoretischen Erkenntnissen und praktischen Erfahrungen aufbaut. Dabei ist es wichtig, einen Zufriedenheitsstatus beim Heimeintritt aufgrund der Lebensgeschichte zu erheben. Die Kenntnis des Personals über die Grenzen des Möglichen, führt zu einem besseren Umgang und einer besseren Einschätzung von Beschwerden. Aus dieser Sicht gibt es eindeutige Prioritäten in der fachlichen Betreuungsarbeit.

Diese sind:

- Weitgehende biographische Kenntnisse über die HeimbewohnerInnen, Beachtung von Prägungen in der Arbeit um Entwicklung zu ermöglichen.
- Das Wahrnehmen von Reibungsflächen bei der Kollision von anderen betrieblichen Standards mit den Prägungen - ethischer Diskurs darüber.
- Selbstverantwortung der HeimbewohnerInnen – Entscheidungen gegen eigene Überzeugungen akzeptieren lernen – ethischer Diskurs darüber.
- Individualität ist von der Priorität wichtiger zu bewerten als technischer Perfektionismus.

- Geschulte und sensitive Wahrnehmung durch das Personal um Beziehungen zu fördern und Prägungskollisionen zwischen HeimbewohnerInnen zu vermeiden
- Kommunikation und Aufklärung der Angehörigen um deren Akzeptanz zu fördern.
- Kommunikation mit den BewohnerInnen um Beziehungen aufzubauen, Interventionen transparent zu machen und lebensgeschichtliche Ereignisse richtig einzuordnen und entsprechend in die Arbeit einzubetten.

Zusammenfassung:

Die professionelle Betreuungsarbeit kann erst dann von den Bewohnerinnen und Bewohnern als zufriedenstellend erlebt werden, wenn sie auf einer vertrauensvollen und respektvollen Beziehung aufbaut. Dabei ist es wichtig einerseits weitgehende Autonomie zuzulassen, gleichzeitig aber die Bedürfnisse nach Hilfestellungen rechtzeitig und schnell zu erfassen.

Das Personal ist gefordert die Betreuung individuell unter Bedachtnahme lebensgeschichtlicher Vorerfahrungen auszurichten. BewohnerInnen erkennen zwar Belastungssituationen des Personals, sind aber aufgrund eines Wahrnehmungsdefizites als Individuum vordergründig damit beschäftigt, mit ihren Krankheits- und Pflegezustandsbildern Aufmerksamkeit und Zuwendung zu beziehen. Diese Verhaltensweise wird noch dadurch verstärkt, dass die Pflegenden im Erleben der HeimbewohnerInnen *„aufs Engste mit der Krankheit und den Erschütterungen des Alterns verbunden sind. Schließlich ist die Pflegeperson zu einem Zeitpunkt in ihr Leben getreten, der mit Einschränkungen verbunden ist, auch wenn der Pflegende sich selbst als Verbündeter des Kranken zur Bewältigung der Einschränkungen sieht. Der Kontakt zur Pflegeperson konfrontiert die HeimbewohnerIn stets auf Neue mit ihrer Krankheit, ihrem Alter und dessen unbewusster Bedeutung.“* (Grünberger/Löw-Wirtz 2007:188)

Das heißt, Beziehung spielt sich immer um das Erleben von Defiziten und die Reaktion auf Defizite ab.

Dabei wird der Mitbewohner oder die Mitbewohnerin als Konkurrenz gesehen, was einerseits opportunistisches Verhalten dem gegenüber Personal erzeugt, andererseits Vertrauensbeziehungen hemmt. Das Einfordern einer Dienstleistungsbeziehung wäre somit als verzweifelter Hilferruf einer gescheiterten Vertrauensbeziehung zu sehen.

Die BewohnerInnen brauchen zum Aufzeigen ihrer Bedürfnisse klar deklarierte Ansprechpartner.

Ausbildungen müssten auf geriatrische Erfordernisse besser ausgerichtet werden um einerseits pflegetechnische Erfordernisse zu vermitteln, andererseits aber auch psychosoziale und ethische Kompetenzen zu erarbeiten, die das Personal befähigen, individuelle Prioritätenreihungen in der Betreuung vorzunehmen und diese unter Bedachtnahme von Sicherheitsbedürfnissen und laufender Bestätigung zu verwirklichen.

Die Angst vor Versagen, der Anspruch auf Perfektion, die Projektion von eigenen Prioritäten durch Angehörige sind dabei beachtenswerte Faktoren, die eine individuelle und bewohnerInnenzentrierte Betreuungsarbeit in ihrer Zielausrichtung verfälschen können. Konsequenterweise geht es bei näherer Betrachtung daher immer auch um einen selbstreflektierenden Prozess beim Betreuungspersonal um sich der Einflussnahme von eigenen Ängsten und eigenen Ansprüchen in der Arbeit bewusst zu werden.

„Langandauernde Pflegebeziehungen, wie sie für die Altenpflege charakteristisch sind, konfrontieren und involvieren die PflegerInnen gleichermaßen mit dem „Innenleben“ der HeimbewohnerInnen wie auch mit dem eigenen Unbewussten.“
(Grünberger/Löw-Wirtz 2007:188)

Fachlich kompetente Betreuungsarbeit ist bestimmt von einer sensiblen Wahrnehmung und einer Berücksichtigung lebensgeschichtlicher Prägungen. Sie stärkt die Selbstbestimmungsfähigkeiten des Bewohners/der Bewohnerin und führt einen ständigen ethischen Diskurs über Kollisionen von problematischem Prägungsverhalten zwischen den BewohnerInnen und Kollisionen von individuellen Zielen und betrieblichen Aufgaben.

Ausdruck von fachlicher Kompetenz ist dabei die bewusste Unterordnung von technischer Perfektion in der Pflege zugunsten der Ermöglichung von Individualität. *Die BewohnerInnen sind vordergründig ressourcenorientiert und nicht defizitorientiert und medizinerorientiert zu betrachten (vgl. Amann u.a. 2000:12).*

Kommunikation ist dabei der Schlüssel um Beziehungen zu den BewohnerInnen aufzubauen und deren Individualitätsbedürfnisse in die Arbeit einzubeziehen, aber auch um die Akzeptanz von Angehörigen zu erreichen und diesbezüglich kooperatives Verhalten zu erzeugen. Fachliche Kompetenz heißt aber auch die Wahrnehmung der eigenen Grenzen in der Arbeit.

„Jede Pflegeperson ist im Erleben der Gepflegten in ihrer Kapazität begrenzt. Sie kann höchstens „gut genug“ sein. Die Erfahrung von Begrenzung und Mangel sind aber

auch Motor jeder Entwicklung, die aus abhängigen Pflegebeziehungen herausführt.“ (Grünberger/Löw-Wirtz 2007:187)

Eine erweiterter Kreis von Professionen wäre notwendig um die komplexen Erfordernisse der geriatrischen Betreuung besser zu erfüllen.

8. Besonderheiten des Heimeintrittes

Ein fremdbestimmter Heimeintritt macht das Eingewöhnen in die veränderte Situation schwer *„und da bin ich jetzt da und muss anfangen mich einzugewöhnen. Ich bin immer noch nicht eingewöhnt, weil es ist ein großer Unterschied....I1,110-111“* und verlängert die Adaptionsphase. Die Tatsache, dass der Heimeintritt, aus Gründen der körperlichen Disfunktionalität ein Sachzwang ist der keine Alternative bietet *„is eh schön und alles, gibt's eh nix, muss ich auch bleiben, ob ich will oder nicht...I3,56-57“*, wirkt belastend auf die gesamte Zeit des Heimaufenthaltes und hemmt die Bereitschaft zu einer eigenen autonomen Alltagsgestaltung, selbst wo dies noch möglich wäre *„ War im 1.Stock, komm nichtmehr rauf...aus. Kann ich schon vergessen. Wollt ich schon aufgeben die Wohnung, aber meine Nichte hat gesagt – die behältst noch. Sie will sie noch behalten, mir ist das wurscht!....I3,162-163“*.

Der Heimeintritt ist quasi der Beweis für eine Verringerung der Leistungsfähigkeit in Bezug auf Autonomie und Selbstwert und realisiert somit die Differenz von idealisiertem Selbstbild und empfundenem gesellschaftlichen Bild.

Die grundsätzlich traumatische Ablöse- und Eintrittssituation wird durch Hilfestellungen und Begleitungen in dieser Zeit spürbar abgefedert. Das vorherige Kennen der Einrichtung und der Bewohnerinnen und Bewohner erleichtert den Heimeintritt, weil man weiß, was auf einen zukommt. Die Leiden der BewohnerInnen schrecken dabei nicht ab (ausgenommen davon scheint die Demenz zu sein – siehe Code 6e), sondern führen zu einer Auseinandersetzung mit der eigenen Pflegebedürftigkeit *„und da saß sie und konnte überhaupt nichts mehr machen. Und da habe ich gesehen, das Leid, das sie mitmachen die Kranken. Das habe ich eigentlich schon vorher gesehen. Aber ich hab mir gedacht – na mein Gott – das wird bei mir auch einmal so kommen...I5,327-329.*

Die Expertin attestiert die Notwendigkeit für die Einrichtung, die Ursachen und Bedingungen des Heimeintrittes genau zu kennen. Die Ermöglichung von psychotherapeutischer Betreuung wäre in dieser Situation hilfreich.

Zusammenfassung:

Ein fremdbestimmter Heimeintritt wirkt sich nachhaltig negativ auf die Zufriedenheit der BewohnerInnen aus. Die Eingewöhnungsphase dauert länger. Die entstehende Regression führt dazu, andere Angebote nicht positiv zu erleben und die Autonomie auch für Bereiche aufzugeben, in der sie möglich wäre.

Eine unterstützte Eintrittsphase, der ein Kennenlernen der Einrichtung und deren BewohnerInnen vorausgeht wäre hilfreich, weil sich die zukünftige BewohnerIn dann entsprechend mental vorbereiten kann und Klarheit über die künftige Situation bekommt.

Da der Heimeintritt grundsätzlich ein traumatisches Ereignis im Leben eines alten Menschen ist, wäre ein psychotherapeutisches Angebot in dieser Phase hilfreich. Das Personal muss die Ursachen und Bedingungen, die zum Heimeintritt führten kennen, damit es die Interaktionen darauf abstimmen kann und Kenntnis vom Grad der Traumatisierung bekommt um besondere Verhaltensweisen richtig deuten zu können.

9. Mobilität und Autonomie

Die Verbindung beider Begriffe in einem Code ergab sich daraus, dass einerseits der Verlust von Autonomie in der Lebensführung mit Einschränkungen in der Mobilität und dem Verlust über Körperfunktionen weitgehend definiert wird *„Eins möchte ich noch haben, dass ich wenigstens allein aufs Klo gehen kann, wenn ich's spür oder der Schwester läuten muss – bis die kommt – und lauter so Schwierigkeiten....I3,117-118“* andererseits eine thematische Abgrenzung vom nachfolgenden Kapitel „Selbstverantwortung und Selbstbestimmung“ notwendig war, da dieses andere Faktoren in den Vordergrund stellt.

Mobilität stellt sich hier als Grundsatzkriterium für Lebensqualität heraus, sowohl von der eigenen Konstitution her, als auch von den Rahmenbedingungen wie z.B. Qualität der technischen Hilfsmittel und Kubatur des Geländes

„Na, wenn ich bis zum Theater komm und wieder zurück, brauch ich eine Stunde oder zwei – und wenn ein paar Steine sind oder so, es ein bisschen bergauf geht, bin ich zu schwach....I3,109-110“. Ein hohes Maß von Pflegequalität kann dieses Defizitempfinden nicht mindern, eine entsprechende Geländekubatur hingegen schon. Die Steigerung von Abhängigkeit mindert das Selbstwertgefühl und steht im Gegensatz zum Selbstbild, dass den körperlichen Abbau nur schwer akzeptieren lässt.

Selbstwert wird nämlich durch Unabhängigkeit definiert *„ Da bist nämlich ein armer Hund, wenn du völlig angewiesen bist (auf Andere)....I6,164-165“.* Interventionen der Pflege, die dieses Autonomiebedürfnis aufgrund eines hohen Schutzbedürfnisses hinterfragen, können sich auf die Beziehung zum Personal negativ auswirken *„was haben sie mit mir geschimpft – sie werden einen Sonnenstich bekommen! – und, und, und...na da hab ich gesagt – haltet mich nicht für so dumm, ich weiß was ich vertrage....I6,318-319“.*

In ihrer negativsten Ausprägung verursacht eine Überbetonung des Schutzbedürfnisses eine weitere Regression und damit einen weiteren Verlust von Selbstwert, während Lob und Anerkennung bei der Wahrnehmung von Autonomie, bei erschwerenden körperlichen Disfunktionalitäten das Selbstwertgefühl merkbar positiv beeinflussen

„Aber wenn ich das mit den Füßen runter tu, dann mach ich das so...da müsste einmal jemand zufällig reinkommen und sehen, wie ich das mache!...I6,612-613“ Ein gänzlicher Verlust der Autonomie in Teilbereichen, und die dadurch bedingte Abhängigkeit wird hingegen derart beschämend empfunden, so dass eher Einschränkungen in Kauf genommen werden, als Hilfe zu beanspruchen *„ und dass ich ständig jemanden anjammern würde – bitte führen sie mich da hinauf, der Typ bin ich nicht. Da kann ich auf alles verzichten. Da fahr ich lieber hinten im Kreis herum....I6,327-328“*

Autonomie äußert sich auf einer strukturellen Ebene in der Wahlmöglichkeit zwischen verschiedenen Einrichtungen.

Die Sicht der Expertin, dass eine starke Betonung des Sicherheitsaspektes in der Pflege die Autonomiebedürfnisse von Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern hemmt, bestärkt die aus den BewohnerInneninterviews gewonnenen Erkenntnisse.

Zusammenfassung:

Autonomie definiert sich weitgehend aus dem Grad der Mobilität und erfährt aufgrund eines zunehmenden altersbedingten Abbaus körperlicher und geistiger Fähigkeiten ein Defizit, dass sich negativ auf das Selbstwertgefühl auswirkt. Verstärkt wird dieser Prozess, wenn man in der Pflege den Sicherheitsaspekt in den Vordergrund stellt. Das Autonomiegefühl kann hingegen positiv beeinflusst werden, wenn man diesbezügliche Anstrengungen durch Lob und Anerkennung bestärkt.

10. Selbstverantwortung und Selbstbestimmung

Das Bedürfnis auf Selbstbestimmung manifestiert sich bereits beim Heimeintritt und beeinflusst gerade in diesem Zusammenhang wahrgenommene Selbstverantwortung im weiteren Heimaufenthalt. Das heißt – ist der Heimeintritt fremdbestimmt, wird die Wahrnehmung von Eigenverantwortung in sämtlichen Lebensbereichen negativ beeinflusst. Das Leben wird als Unterordnungsprozess in eine Struktur erlebt **„dass ich das alles so annehme und mich gefügt habe, nur meinen Leuten (zuliebe)....11,339“**. Diese Regression führt zu einer weiteren Minderung des Selbstwertgefühles, dass nämlich stark von der Wahrnehmung von Selbstverantwortung als Ausdruck von Autonomie abhängt.

Das Bedürfnis auf Selbstbestimmung in der Lebensführung wird einerseits aus der lebensgeschichtlichen Erfahrung erzeugt, dass man letztendlich keinem anderen vertrauen kann und es daher wichtig ist, sich selbst ein Bild zu machen. Andererseits kann man durch Selbstbestimmung sein Glück oder Unglück selbst gestaltet und dementsprechende Verantwortung wahrnehmen. **„Bist auf dich selbst angewiesen, nicht... und ich bin an und für sich auf mich selber angewiesen....12,117“**.

Lob und Anerkennung für Leistung im Rahmen individueller Ressourcen steigern zwar das Selbstwertgefühl, sind aber in ihrer Wirksamkeit immer in diesem Kontext zu sehen, weil der Bewohner/ die Bewohnerin bei wahrgenommener Selbstbestimmung immer „selbst“ aus den Erfahrungen seiner lebensgeschichtlichen Vergangenheit entscheidet, was der Selbstbestätigung dient und was nicht.

Beim Angebot von Beschäftigung ist es daher immer wichtig, darauf Rücksicht zu nehmen und auch die Verweigerung von Teilnahmen als Ausdruck von Selbstbestimmung zu würdigen.

Die Expertin sieht die starke Beeinflussung von Kollisionen wahrgenommener Verantwortlichkeiten von Personal und Angehörigen untereinander und im Kontext zur Selbstverantwortung des Bewohners/ der Bewohnerin, auf die Zufriedenheit.

Es sollten auch Entscheidungen akzeptiert werden, die weder vom Personal noch von den Angehörigen nachvollzogen werden können, weil letztendlich die HeimbewohnerInnen wissen, was Zufriedenheit erzeugt und die anderen Sichten von Zufriedenheit von deren eigenen Bedürfnissen mitgestaltet werden.

Zusammenfassung:

Selbstbestimmung hat einen unmittelbaren Einfluss auf Selbstverantwortung, weil nur das verantwortet werden kann, was man auch selbst bestimmt. In diesem Kontext ist eine Abnahme von Interesse an der Alltagsgestaltung bei HeimbewohnerInnen zu sehen, deren Heimeintritt nicht selbstbestimmt war. Wobei sich diese Regression nachhaltig negativ auf das Selbstwertgefühl auswirkt, weil dieses durch Wahrnehmung von Autonomie mitgestaltet wird.
„Es wird erkennbar, daß die Konfrontation mit faktisch nicht-kontrollierbaren Umwelt- und Situationsbedingungen zur Erfahrung eines subjektiven Kontrollverlustes (d.h. der generalistischen Erwartung, das eigene Lebensgeschick nicht mehr beeinflussen zu können) führen kann, der, sofern er zentrale Lebensbereiche einer Person betrifft, zur Ausbildung von Hilflosigkeit und depressiven Symptomen beiträgt.“

(Amann u.a. 1991:S97)

Auch die Wirkung von Lob und Anerkennung muss immer im Zusammenhang lebensgeschichtlicher Erfahrungen gesehen werden, aus denen HeimbewohnerInnen entscheiden, ob Leistungen als Selbstbestätigung dienen oder nicht.

Selbstverantwortung tritt in ihrer Wichtigkeit gerade dann in den Vordergrund, wenn sie mit Verantwortungsgefühlen von Angehörigen und MitarbeiterInnen kollidiert. Dabei wäre darauf Rücksicht zu nehmen, dass diese aus eigenen Sichten über Zufriedenheit generiert werden, die sich nicht unbedingt mit einem vom Heimbewohner selbstbestimmt entworfenen Bild von Zufriedenheit decken müssen.

11. Umgang mit Krankheit, Schmerz und Tod

Das Leid der anderen BewohnerInnen führt zur richtigen Einschätzung der persönlichen Lebenssituation. Es fällt einem dadurch leichter, eigene gesundheitliche oder soziale Defizite zu ertragen und den Blick auf positive Aspekte des Lebens zu richten. Dabei geht es um einen rein beobachtenden Aspekt, der nicht zur Anwendung kommt, sobald der/die leidende Mitbewohner/in durch Aktionen Eingriffe in den persönlichen Bereich setzt. Hier setzt sich das Bedürfnis nach Intimsphäre eindeutig vor den Benefit aus konstitutionellen Vergleichen **„also ich darf ja dankbar sein, dass ich mich so weit fühle. Dass ich so bin, wie ich bin. Weil wenn ich das so sehe, die Leute die hier so wohnen, wie schlecht es denen oft geht und wie mühsam und alt sie sind, da bin ich ja ein Pupperl...I1,195-196“**.

Eine gesundheitlich schlechte Prognose führt mehr zu einer Angst vor der Zukunft, wie der eigene Tod **„Wenn ich einmal nicht mehr kann, dann weiß ich nicht...I6,576“** und **„.....(in Bezug auf einen Bekannten) hab ich gesagt, ich halt ihm die Daumen, dass ihn der Schlag trifft, dass er sich das Ende erspart...I6,160-164“**.

Der Verlust von Autonomie und zunehmende Hilflosigkeit und Abhängigkeit von anderen Menschen führen zu dieser Einstellung. Krankheiten werden als besonders einschränkend erlebt, wenn sie Gewohnheiten verändern. Die Schlafgewohnheiten spielen dabei eine große Rolle zumal sie von sonstigen Faktoren ebenso negativ (MitbewohnerInnen) beeinflusst werden.

Als negativste Auswirkung von Krankheiten stehen eindeutig die damit verbundenen Schmerzen im Vordergrund. Ihre fachgerechte Behandlung und die damit verbundene medikamentöse Behandlung nehmen einen wichtigen Faktor für Zufriedenheit ein **„ ich hoffe nur, dass die Schmerzen besser werden. Im Intervall kommen sie, fächerlich – aber dann habe ich eh die Pulverl. Ich bin ja froh, daß ich das Pulver jetzt nehmen kann, weil früher, wie ich noch verheiratet war, habe ich keine Pulverl schlucken können....I4,41-43“**, zumal sie bei richtiger Einstellung auch andere Faktoren, wie z.B. die Mobilität positiv beeinflussen.

Bei der Betrachtung von Krankheit und Schmerz wird vorwiegend der gegenwärtige Zustand als „gegeben“ angesehen und akzeptiert. Die Beibehaltung dieses Zustandes wird schon als Erfolg gewertet.

Schwere Erkrankungen und längere Krankenhausaufenthalte wirken auch nach der Genesung belastend weiter und beeinträchtigen den Lebenswillen. Die Rückkehr ins Heim wird als Erleichterung empfunden. Ebenso wird der Wunsch artikuliert „im Heim“ sterben zu können und nicht im Krankenhaus. Voraussetzung für eine Akzeptanz des Todes, als unabdingliche Tatsache, dürfte dabei einerseits ein erfülltes Leben und andererseits ein möglichst schmerzfreies Sterben sein.

Gefördert wird dabei ein möglichst angstfreies Verhalten durch positive Erfahrung mit dem Sterben anderer Menschen. **„Angst vor dem Tod, haben sie nicht? – Nein gar nicht, mein Mann ist auch so schon eingeschlafen zuhause....15,109-111“**

Das Thema „Tod und Sterben“ kann dabei angstfrei bei den Bewohnerinnen angesprochen werden, sollte sich aber mit anderen Aspekten des Lebens "die Waage" halten.

Im Experteninterview gab es keine relevanten Angaben zu diesem Code.

Zusammenfassung:

Der gesundheitliche Zustand ist ein wesentlicher Aspekt eines Heimaufenthaltes der durch die negativen Auswirkungen wie Schmerzen, die Aufgabe von wesentlichen Lebensgewohnheiten und die Einschränkung der Mobilität auf andere Faktoren für Zufriedenheit Einfluss nimmt. Die Endlichkeit des Lebens ist dabei weniger relevant als die Angst vor Schmerzen und weiterer gesundheitlicher Verschlechterung. Der Vergleich mit dem Gesundheitszustand anderer BewohnerInnen führt dabei zu einer höheren Akzeptanz der eigenen Gebrechlichkeiten.

Länger schwere Erkrankungen und Krankenhausaufenthalte wirken sich auch nach der Genesung nachhaltig negativ auf den Lebenswillen und die Lebensfreude aus.

Der Umgang mit der Tatsache des Todes ist wenig angsterfüllt, wenn positive Erfahrungen mit dem Sterben anderer Menschen gemacht wurden, das Szenario des Sterben mitbestimmt werden kann („nicht im Heim“, „möglichst schmerzfrei“) und der Tod zwar thematisiert wird, aber nicht ausschließlich im Fokus des Lebens steht.

Die Priorisierung der Endlichkeit der Existenz im Zusammenhang mit Krankheitserfahrungen kann entgegen der Erkenntnisse im Altersalmanach 2000 nicht nachvollzogen werden. *„Krankheit als Begrenzungserlebnis kann also keinesfalls mit Alter gleichgesetzt werden, doch sie steht in einer gewissen Nähe zu ihm – insofern, als Erfahrungen des fortschreitenden Lebensalters und Begrenzungserfahrungen durch Krankheit häufig und immer wieder und verstärkt die Tönung oder sogar die reale Qualität vom Ende, Endlichkeit, Endgültigkeit und Tod haben“ (Amann u.a. 2000:12)*

12. Umgang mit Veränderung

Die Anpassung an die veränderte Lebenssituation im Heim fällt schwer und wird als große mentale Kraftanstrengung gesehen. Wobei der klare Abschluss des vorigen Lebens als Voraussetzung für Zufriedenheit erkannt wird *„und sie, wenn ich sie im Park getroffen habe, hat sie gesagt – mein Gott Martha, ich bereue es so, dass ich von Vierhaus weg gegangen bin. Hab ich gesagt, nimm doch schön, du hast keine Sorgen mehr. Aber sie hat im an Vierhaus gedacht, immer an Vierhaus, War immer noch in Vierhaus....I5,350-353“*, ebenso wie die Akzeptanz einer nur mehr zeitlich begrenzten Lebensspanne *„aber so ist das halt, das Leben und jetzt sind wir halt da... Endstation, hm...ich glaub ja nicht dass ich noch heimkomm... weil was wollen sie daheim wirklich?...I2,112-114).*

Die positive Sicht der neuen Lebenssituation fällt insofern schwer, als sie von einem altersbedingten weiteren körperlichen und geistigen Abbau begleitet ist, der es notwendig macht, sein Selbstbild ständig zu adaptieren und das Level für Erfolgserlebnisse herabzusetzen. Auch die Position in Familienkonstellationen ist gerade in der Phase zunehmender Pflegebedürftigkeit, einer massiven Veränderung unterworfen, was in Krisensituationen, wie es ein Heimeintritt oft ist, sich klar offenbart.

Verstärkt wird dies durch den Charakter eines abrupten unvorbereiteten Einschnittes, dessen Konsequenz (der Heimaufenthalt) nie Teil des Lebenskonzeptes war *„ Na ja, so ist es halt. So bin ich halt da gelandet. Hätte ich mir auch nie träumen lassen...I1,185“*. Die mangelnde Auseinandersetzung mit einer zukünftigen Pflegebedürftigkeit, stellt einen somit plötzlich vor Anpassungsanforderungen die in ihrer Vielfältigkeit die Veränderungsfähigkeiten überfordern. Konsequenz dieser massiven Belastung ist dann oft Regression und die Aufgabe von autonomen

Lebensbereichen als Zeichen der Resignation vor den unbewältigbaren Adaptionen.

Ein ausführlicher Differenzierungsprozess, der angesichts der Problemdichte bearbeitbare Faktoren für die Befindlichkeiten der BewohnerInnen herausarbeitet, scheint in dieser Situation hilfreich und bewirkt auch eine höhere Akzeptanz gegenüber den unveränderlichen Faktoren für Befindlichkeiten. Dabei ist es wichtig den Fokus auf lebensgeschichtlich begründete Lebensschwerpunkte zu legen und dort kleine Veränderungsschritte zu unterstützen, weil eine Überforderung in den Veränderungspotenzialen der HeimbewohnerInnen sehr leicht möglich ist. Gleichzeitig bewirkt die Beibehaltung von Gewohnheiten, die keinem Veränderungsbedarf unterliegen, eine Stärkung der Anpassungsbereitschaft bei notwendigen Adaptionen.

Auch die Expertin spricht der Möglichkeit zur Beibehaltung von Gewohnheiten eine große Bedeutung zu, um Veränderungsbereitschaft in notwendigen Bereichen zu erzeugen.

Erst in der Akzeptanz der aus den lebensgeschichtlichen Ereignissen geprägten Persönlichkeit und der Integration der Biographie in die Betreuungsarbeit, ist eine weitere Entwicklung (und damit auch Veränderung) beim älteren Menschen erst möglich. Das Personal muss dabei mit Einfühlungsvermögen vorgehen und einerseits Unveränderliches akzeptieren lernen und nicht als „berufliches Versagen“ erleben, andererseits in Kenntnis der Zufriedenheitsparameter des Individuums, veränderbare Faktoren erkennen und an ihnen arbeiten.

Zusammenfassung:

Der alte Mensch ist durch den Heimeintritt mit einem vielfältigen Veränderungsbedarf konfrontiert, der ihn in Summe überfordert. Dabei ist es vorab wichtig, zwischen Veränderungen zu differenzieren, die mit dem alterbedingten körperlichen und geistigen Abbau zusammenhängen und jenen, die explizit dem Heimeintritt zuzuordnen sind. Entwicklung und Veränderung werden dann auch positiv besetzt, wenn auf der anderen Seite lebensgeschichtlich erworbene Gewohnheiten beibehalten werden können und der Bereich für Veränderungsbedarf überschaubar und dadurch bearbeitbar ist.

Erst in der Akzeptanz von reduzierten Veränderungspotenzialen ist unter Beachtung biographisch bedingter Bedürfnisse, Veränderung und Entwicklung möglich. Allerdings scheint ein vollständiger Abschlussprozess der alten Lebenssituation wichtig um den Heimaufenthalt positiv zu erleben.

Für das Personal ist es wichtig in der täglichen Arbeitssituation zu erkennen, dass BewohnerInnen mit Veränderungsparametern konfrontiert sind, die nicht im Verantwortungsbereich des Heimes stehen und negative Einflüsse auf die Befindlichkeiten der BewohnerInnen produzieren, die nicht mit einem beruflichen Versagen in Verbindung gebracht werden sollten. Eine differenzierte Haltung in diesem Zusammenhang macht es möglich in heimrelevanten Veränderungsbereichen mit kleinen Schritten Prozesse in Gang zu setzen, die die Bewohnerinnen und Bewohner positiv erleben weil sie nicht überfordernd und überschaubar sind. *„Schwieriger wird es, wenn das basale Gefühl körperlicher oder psychischer Kohärenz verloren geht. Dann entstehen Ängste. Angst vor der Erfahrung der Zusammenhanglosigkeit. Es droht die Desintegration des eigenen Sicherheitsrhythmus, der sensorischen Oberfläche und des inneren Raums.“* (Grünberger/Löw-Wirtz 2007:187)

Ein grundsätzliches Verständnis für die Krisenanfälligkeit alter Menschen im Bezug auf Veränderungsanforderungen ist auch in der Differenz von historischer und subjektiver Zeit zu erhalten. *„Die Vorstellung eines Alterns der Gesellschaft, wie sie die Demographie nahelegt, oder des individuellen Alterns, wie sie unsere eigene tägliche Erfahrung unabweisbar aufdrängt, setzt verschiedene Zeitkonzepte voraus. Wobei die eigene Zeitkonzeption der historischen Zeit im Laufe des Lebens immer mehr „hinterher hinkt“ (ich schlafe ein, ich wache auf – subjektiv ist keine Zeit vergangen, mein Leben hängt eine Wachphase an die andere, die historische Zeit hingegen bleibt nicht im Schlaf stehen). Nun arbeiten sich in die Weltzeit oder historische Zeit, wie man sie auch nennen könnte, und in die subjektive Zeit noch weitere Zeitordnungen ein: die biologische, die soziale, die physikalische. Kennzeichen dieser Überlappung von Zeitordnungen ist, daß ihre Inhalte – wie schon angedeutet – nicht kongruent sind. Als unausweichliche Folgen treten das Warten und die Notwendigkeit, laufend eine Balance zwischen zeitlichen, sozialen und sachlichen Anforderungen zu finden. Nicht gelingende Balance aber heißt Krise. Man könnte es allerdings auch anders fassen. Von Krise ist dann zu sprechen, wenn eingeübte und gewohnte Mittel für die Lösung neuer Aufgaben und Fragen nicht mehr geeignet sind.“* (Amann u.a. 2000:4-5)

C. Zusammenhänge und Schlussfolgerungen

Ein Überblick über die in zwölf Kapitel zusammengefassten Faktoren für Zufriedenheit entwirft ein komplexes Bild sich gegenseitig beeinflussender Sphären.

Einerseits gibt es Faktoren, die mit ihrem Grad der Erfüllung es erst ermöglichen, andere Sphären für Zufriedenheit als relevant für das Erleben von Zufriedenheit wahrzunehmen **(a)**, andererseits gibt es Ambivalenzen zwischen den verschiedenen Bedürfnissen, die sich ständig konkurrenzieren **(b)**.

Weiters gibt es Faktoren für Zufriedenheit, die mit dem Heimeintritt unveränderlich sind **(c)** und Faktoren die gleichberechtigt miteinander kommunizieren und sich in dieser Art positiv oder negativ beeinflussen **(d)**.

Gleichzeitig gibt es aber auch Faktoren, die in ihrer Gestaltungskompetenz nicht oder nur rudimentär im Verantwortungsbereich des Heimes liegen, aber massive Auswirkungen auf die Zufriedenheit zeigen **(e)**.

Die Differenzierung in diese Kategorien von gegenseitigen Zusammenhängen macht es erst möglich, konkrete Schlussfolgerungen zu ziehen.

Zu a. (Faktoren die in ihrer Erfüllung Voraussetzung für andere Faktoren sind)

- Eine ausreichend erlebte Intimsphäre ist die Basis für die Erfüllung des Faktors „Individualität“. Ohne Rückzugsbereiche ist es unmöglich ein normales „NÄHE-DISTANZ-VERHÄLTNIS“ in einer Beziehung einzugehen, weil man aus diesem Defizit Beziehungen bedrohlich erlebt.
- Die Wahrnehmung von Selbstbestimmung (z.B. Heimeintritt) ist Voraussetzung dafür, Elemente der Alltagsgestaltung positiv zu erleben.
- Der alte Mensch erlebt die Gegenwart in einem ständigen Rückbezug zu seiner eigenen Biographie. Diese starke Vergangenheitsorientierung ist ein wesentlicher Parameter um die gegenwärtige Alltagssituation positiv zu besetzen.
- Eine optimale Schmerzbehandlung macht es erst möglich sämtliche andere Faktoren für Zufriedenheit einzuschätzen beziehungsweise überhaupt wahrzunehmen.
- Mobilität ist ein wesentlicher Faktor um Autonomie ausleben zu können und Selbstbestimmung wahrzunehmen.

Schlussfolgerungen:

Die in Niederösterreich geltenden Bestimmungen für die Errichtung und den Betrieb von Pflegeheimen (*NÖ Pflegeheimverordnung, LGBl 92/2002*) sind zwar mit ihrer Beschränkung auf Ein- u. Zweibettzimmer und der Fixierung von Mindestgrößen dieser Zimmer, der richtige Schritt, dennoch können sie die Wahrnehmung von Intimsphäre nicht ausreichend gewährleisten. In Kenntnis begrenzter finanzieller Ressourcen, müssten mittelfristig jedenfalls Bereiche geschaffen werden, die dem Bedürfnis nach Rückzug gerecht werden und nicht öffentlich frequentierbar sind. Langfristig wäre zu überlegen, wie flexiblere Raumgestaltungen bezüglich der HeimbewohnerInnenzimmer realisiert und forciert werden könnten (flexible Zwischenwandelemente, abgegrenzte Nischen, zwei Einbettzimmer mit gemeinsamer WC/Duschen Einheit...etc.). Die Mindestquadratmeterbegrenzung für Ein- u. Zweibettzimmer ist zwar bei der derzeitigen gesetzlichen Bestimmung sinnvoll, könnte aber im Hinblick auf eine Festlegung auf Einbettzimmer nochmals evaluiert werden.

Eine optimale und auf aktuellem Stand befindliche Ausbildung der in Heimen arbeitenden Ärzte bezüglich Schmerztherapie müsste evaluiert und gegebenenfalls adaptiert werden.

Die Erhaltung von Mobilität durch Einsatz von Physiotherapie, individuellen Trainingsprogrammen zur Erhöhung der körperlichen Kondition, Bereitstellung von modernen technischen Hilfsmitteln, baulicher Berücksichtigung und Platzierung der Einrichtung in Rücksicht auf eine flache Geländekubatur, ist ein wichtiges Kriterium bei der Errichtung und dem Betrieb eines Pflegeheimes.

Die Wahrnehmung von Selbstbestimmung unter Berücksichtigung biographischer Bezüge sind in der Betreuungsarbeit als Mindestkriterium zu fixieren und zu evaluieren. Gängige Pflegemodelle sind auf dieses Kriterium zu überprüfen. Gleichzeitig müssen auch diesbezügliche Standards nicht nur im Pflegebereich, sondern im ganzen Betreuungsbereich greifen.

Zu b. (Faktoren die sich gegenseitig konkurrieren)

- Im Kontakt zum Mitbewohner/ zur Mitbewohnerin konkurriert ständig das Bedürfnis nach Individualität, Intimsphäre, und Beibehaltung eigener biographischer Gewohnheiten mit dem Bedürfnis nach Beziehung. Die Akzeptanz

des anderen Verhaltens und das Bedürfnis nach Beziehung und Kommunikation hören dort auf, wo die anderen Bedürfnisse verletzt werden.

- Ebenso verhält es sich in einer sehr diffizilen Art in der Beziehung zum Personal. Einerseits besteht das Bedürfnis nach einer emotionalen Beziehung, die den Mitarbeiter/ die Mitarbeiterin auf einer sehr persönlichen Ebene wahrnimmt, andererseits wird eine sachliche Dienstleistungsebene schlagartig eingefordert, wenn es um die Missachtung individueller Ansprüche geht. Trotz Kenntnis und Verständnis struktureller Gegebenheiten geraten individuelle Bedürfnisse in den Vordergrund.
- Der Wunsch nach emotioneller Beziehung mit dem Pflegepersonal durch Hilfestellungen konkurriert hierbei auch oft mit dem Bedürfnis nach Autonomie.
- Ebenso gibt es auf einer rein individuellen Ebene oft ein Konkurrenzverhalten zwischen den aus der Biographie entwickelten Gewohnheiten mit dem Anspruch auf „fachgerechte“ medizinische und pflegerische Versorgung oder der Erhaltung von Mobilität.

Schlussfolgerungen

Das gesellschaftliche Phänomen einer zunehmenden Individualisierung, der vom Kommunitarismus als Hauptgrund für den Verfall gemeinschaftliche Prozesse diagnostiziert wird *„individuelle Frustration und kollektive Zerstreuung sind die widersprüchlichen Folgen der schrankenlosen Verfolgung individueller Zwecke!“* (Bellah 1997:70) kann offensichtlich im Kontext mit Zwangsgemeinschaften (keiner sucht sich seine MitbewohnerInnen aus) und einer institutionell bedingten Abnahme von Selbstbestimmung, verstärkt beobachtet werden. Die Abnahme einer Integration in gemeinschaftliche Prozesse wird aber gerade in Institutionen und den gesellschaftlich exkludierenden Bedingungen einer zunehmenden Pflegebedürftigkeit,defizitär wahrgenommen.

Allerdings wird dieses Defizit wiederum nur in einer individuellen Pflegeplanung bearbeitet, die individuelle Probleme aufzeigt, individuelle Ziele festlegt und individuelle Verantwortlichkeiten und Durchführungsmaßnahmen bestimmt.

Dabei wird von der Annahme ausgegangen, dass bei einer möglichst individuellen Ausrichtung der Pflege ein höchstes Maß von Zufriedenheit errichtet wird.

Eine Annahme die laut Charles Taylor falsch ist, *weil sie außer Acht läßt, dass Individualität erst auf der Basis historischer gemeinschaftlicher Integration dauerhaft positiv erlebt werden kann* (vgl. Reese-Schäfer 2001:31-32).

Es kommt also auf ein ausgewogenes Verhältnis zwischen individuellen und gemeinschaftlichen Ansprüchen an und diesem Verhältnis müssen unter Umständen individuelle Ziele geopfert werden, wobei eine Identifikation mit den gemeinschaftlichen Zielen durch die Mitgestaltungsmöglichkeit im Zielfindungsprozess eine weitgehende Deckung zwischen individuellen und gemeinschaftlichen Zielen herstellt und eventuelle Zugeständnisse nicht negativ erlebt werden.

„Das kommunitarische Denken versteht sich als eine Art notwendiges und nachträgliches Korrektiv zum liberalen Individualismus. Es will diesen nicht beseitigen oder abschaffen, sondern ihn vielmehr auf dem Weg der Selbstreflexion zur Einsicht in seine eigenen Bedingtheiten nötigen“ (Reese-Schäfer 2001:134)

Daraus folgt, dass aus einem individualistischen Ansatz in der Betrachtung von Konflikten zwischen einzelnen Bedürfnissen gar keine allgemein befriedigende Lösung gefunden werden kann, wenn es um Beziehungen zwischen Menschen geht. Vielmehr muss ein Prozess initiiert werden, der die Identifikation mit einem gemeinschaftlichen Ziel zur Folge hat, der individuelle und gemeinschaftliche Bedürfnisse ausgleicht.

Das setzt natürlich voraus, dass Kenntnisse über die Ursachen von konkurrierenden Bedürfnissen bestehen um Identifikationen überhaupt zu ermöglichen, die außerhalb der eigenen Individualität bestehen.

Aus der kommunitarischen Sicht wären Heime also gefordert in einem integrativen und identifikationsstiftenden Prozess unter Einbeziehung von BewohnerInnen, Personal, Angehörigen und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen, auch gemeinschaftliche Ziele zu entwickeln und umzusetzen. Dabei wäre es einerseits wichtig, das gegenseitige Wissen über auftretende Problemsituationen durch intensive Kommunikation zu erhöhen, andererseits aber auch Wertigkeiten gemeinsam zu finden und verbindlich zu fixieren.

Die in diesem Prozess entstehende Transparenz von Betriebsabläufen hätte die Entlarvung von gemeinschaftshemmenden Strukturen und die Identifikation mit notwendigen Strukturen zur Folge.

Die in Pleschbergers Studie geäußerte Sicht: *„Zwar möchte auch diese Bewohnerin „nur nebenbei“ den Umgang mancher MitarbeiterInnen kritisieren, sie distanziert sich mit ihrer*

Kritik allerdings davon, mit der Belastung der MitarbeiterInnen durch die anderen pflegebedürftigen Menschen konfrontiert zu werden.“ (Pleschberger 2004:97) negiert die realistischen Anforderung und Herausforderung im Umgang mit alltäglichen Ressourcenbeschränkungen - auch für die BewohnerInnen - zugunsten einer Vision, die für den Alltag wenig tauglich erscheint. Auch die Träger von Institutionen müssten in diesem Kontext die emotionale Beziehungsfähigkeit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als Kapital erkennen, dass gleichwertig mit fachlicher Kompetenz gefördert werden muss und auch in einem Beschwerdemanagement Beachtung zu finden hat.

Eine Förderung des Autonomiebedürfnisses ist dann möglich, wenn ein emotionaler Beziehungsaufbau auch außerhalb der berufsbedingten Gewährung von Hilfestellungen möglich ist. Das heißt, normale Begegnungen ohne Hilfekontext (**siehe auch S48-50**) zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen müssten ermöglicht werden, die emotionalen Zuwendungen bei Hilfestellungen müsste in ihrer Intensität diesen untergeordnet werden.

In diesem Zusammenhang wäre es wichtig Beziehungsgeflechte zu entwickeln, die BewohnerInnen in ihrer Ganzheitlichkeit wahrnehmen und das Pflegepersonal als Beziehungsmonopolist in der damit verbundenen Verantwortung, aber auch Machtposition, entlasten.

Der Aufbau von ehrenamtlicher MitarbeiterInnenteams scheint hierbei ein wichtiger Weg zu sein.

Wenn man institutionelles Leben von BewohnerInnen dem individuellen Leben, das vormals bestand, weitgehend anpassen möchte, ist der Beibehaltung von Gewohnheiten, die aus der biographischen Entwicklung angeeignet wurden, eindeutig vor fachlicher medizinischer und pflegerischer Versorgung Vorrang zu geben, auch wenn letzteres als Anspruch formuliert wurde. Dabei sind jedoch andere Erkenntnisse aus der Biographie zu beachten, die unter Umständen darauf hinweisen, dass Gewohnheiten einem individuellen Lebensziel widersprechen, dass größere Gewichtung hat (Beispiel: Herr Huber hat die Gewohnheit nachts aus dem Bett zu steigen, was aufgrund seines gesundheitlichen Zustandes gefährlich ist. Gleichzeitig, war er aufgrund seiner Lebensgeschichte immer stark auf Sicherheit bedacht. Eine pflegerische Maßnahme wäre das Hochziehen eines Seitenteils des

Bettes. Dies würde ihn allerdings an der Ausübung seiner Gewohnheit behindern. Gleichzeitig hat er aber ein hohes Sicherheitsbedürfnis!) In diesen Fällen bleibt ein individueller ethischer Diskurs nicht erspart (Herr Huber könnte ja auch ein Freidenker gewesen sein!).

Die Erhaltung der Mobilität (die im oben genannten Beispiel, auch gefährdet sein könnte) nimmt allerdings als wichtiges beeinflussendes Element für den Faktor „Autonomie“ einen anderen Stellenwert ein, der in dieser Funktion differenzierter betrachtet werden müsste. Hier gilt es eben neben der allgemeinen Wichtigkeit von Mobilität auch die Wichtigkeit von Autonomie in der Biographie, mit den Wichtigkeiten der konkurrierenden Gewohnheiten zu vergleichen.

Zu c. (mit dem Heimeintritt unveränderliche Faktoren)

- Die Selbstbestimmung des Heimaufenthaltes ist als Faktor für Zufriedenheit mit dem faktischen Eintritt unveränderlich. Er beeinflusst sämtliche anderen Faktoren für Zufriedenheit und hemmt oder fördert in dieser wesentlichen Funktion. Man muss davon ausgehen, dass nahezu jeder Heimeintritt in einem gewissen Ausmaß nicht selbst gewollt ist, sondern von gesundheitlichen Zwängen auch bei einer selbstbestimmten Entscheidung herbeigeführt wurde.
- Die Verwurzelung in der gewohnten Umgebung ist eine Bedingung für Zufriedenheit, die sich gerade im Kontext zur Vergangenheitsbezogenheit nicht verändern lässt und die Betrachtung anderer Zufriedenheitsfaktoren färbt.
- Die lebensgeschichtlichen Ereignisse sind zwar erst mit dem Tod abgeschlossen, wirken aber gerade mit ihrer Prägungszeit und der damit verbundenen weitgehend abgeschlossenen Persönlichkeitsentwicklung unabänderlich bei der Beurteilung oder der Gewichtung anderer Zufriedenheitsfaktoren.

Schlussfolgerungen:

Um aussagekräftige Bilder über Zufriedenheit von BewohnerInnen im Heim zu bekommen, muss man sich intensiv mit der jeweiligen Biographie auseinander setzen, um Wertigkeiten der Zufriedenheitsfaktoren benennen zu können und individuelle Ziele setzen zu können. Dabei ist auf die verschiedenen erlernten Bewältigungsstrategien und Verhaltensmuster Rücksicht zu nehmen, die schwer

veränderbar, sind jedoch Faktoren der Zufriedenheit beeinflussen – insbesondere, wenn sie in der neuen Situation ungeeignet sind.

Bei der Aufnahme in Heime sind regionale Bezüge besonders zu berücksichtigen. Die derzeitige Verteilungsstruktur der Niederösterreichischen Heime ermöglicht es zwar weitgehend, größere regionale Bezüge zu berücksichtigen, ein eng geprägter regionaler Bezug auf eine Gemeinde, kann jedoch hier nicht einbezogen werden. Ein weiteres Herabbrechen der Heimstrukturen auf Gemeinden, bzw. Großgemeinden scheint im Hinblick auf die bestehenden Gebäudestrukturen illusorisch, könnte aber im Hinblick auf die Planung weiterer Standorte überlegt werden, zumal eine kürzlich erstellte Effizienzanalyse *auch kleineren Einrichtungen die nahezu gleiche Effizienz zuspricht, wie größeren Einrichtungen (Effizienzanalyse der NÖ Heime, im Auftrage der NÖ Landesregierung 2007).*

Es könnten dabei auch Clustervarianten (kleiner kommunale Einheiten bilden eine gemeinsame Organisationsform) bezüglich Effizienz durchkalkuliert werden. Eine detailliertere quantitative Studie über das Verhältnis von Ver- bzw. Entwurzelung zur Zufriedenheit könnte schließlich Auskunft über den Handlungsbedarf bei zukünftigen Planungen geben.

Quantitative Zufriedenheitsmessungen müssten in jedem Fall Bezüge zu unveränderlichen Faktoren herstellen um Aussagekraft zu erlangen.

Dies trifft auch insbesondere auf die Selbstbestimmung des Heimaufenthaltes zu.

Durch die Bestimmungen des Heimaufenthaltsgesetzes (*HeimAufG BGBL 1 NR11/2004*) gibt es zwar durch die Errichtung eines Heimvertrages gesetzliche Normierungen, die grundsätzlich eine Selbstbestimmung fördern, gleichzeitig weist die Praxis aber darauf hin, dass durch emotionale Abhängigkeiten und moralische Konditionierungen (*ich will ja nicht zur Last fallen!*) diese Selbstbestimmung torpediert wird.

Gleichzeitig gibt es in der Regel keine Lebensplanungen die einen voraussichtlichen Heimeintritt berücksichtigen und sich dementsprechend zeitgerecht damit auseinandersetzen (vgl. Amann u.a. 2000:19).

Wenn man zusätzlich die immanent mitschwingende Prägungszeit alter Menschen berücksichtigt, in denen Bilder von Pflegeheimen entstanden, die qualitativ nicht mehr mit der gegenwärtigen Situation vergleichbar sind, muss man sich mit der Anforderung eines gesellschaftlichen Umdenkprozesses beschäftigen, der folgende Punkte berücksichtigen könnte:

- Ausgewogene mediale Präsenz von Altenpflegeeinrichtungen ohne Schwerpunktsetzung auf Sensation und Missstände.
- Volksbildungsmaßnahmen über die Lebensaspekte im Alter. *Amann u.a. (2000:19) spricht von einer Einbindung der Erwachsenenbildung in eine Gesellschaft „lebenslangen Lernens“ und einer Initiierung einer Bildungsoffensive für die kulturelle Integration der Generationen.*
- Aktive Einbindung von Bildungsmaßnahmen, die Themen des Alters beinhalten im regulären Schulbetrieb.
- Fließende Übergänge schaffen zwischen ambulanten, teilstationären und stationären Einrichtungen der Altenpflege.
- Begleitung von Betroffenen und Angehörigen vor dem Heimeintritt.
- Rüstige Senioren im Rahmen des Ehrenamts mit der Heimsituation vertraut machen.
- Ständige und selbstverständliche Integration von Heimen in das kommunale Leben.
- Aufklärungskampagne für ältere Menschen über die Selbstbestimmungsrechte.
- Stärkung von Institutionen wie der Patientenanwaltschaft.

Zu d. (Faktoren die gleichberechtigt miteinander kommunizieren)

- Es gibt eine Fülle von Motivationsfaktoren für Zufriedenheit die miteinander kommunizieren und sich beeinflussen. Dieser Umstand schließt Interventionen aus, die Folgewirkungen auf andere Faktoren nicht berücksichtigen.
- Zufriedenheit ist ein Prozess der von einem verinnerlichten Bild des Möglichen ausgeht, dass sich nicht ständig auf neue Gegebenheiten einstellt und diesbezügliche Erwartungen adaptiert.
- Bei der Entstehung eines Zufriedenheitsgefühles wird nicht differenziert in Prozesse, die institutionell gesteuert werden können oder Erscheinungen einer allgemeinen körperlichen, geistigen oder seelischen Entwicklung sind.
- Motivationsfaktoren für Zufriedenheit haben individuell, lebensgeschichtlich bedingte verschiedene Prioritäten.

Schlussfolgerungen:

Die multikausalen Zusammenhänge von Zufriedenheitsfaktoren müssen immer anhand der Biographie des Betroffenen individuell betrachtet werden. Aus einer hermeneutischen Betrachtung der Wertigkeiten im bisherigen Leben bekommt man eine Entscheidungsgrundlage für aktuelle Prioritäten von Zufriedenheitsfaktoren, die bei entstehenden Reibungsflächen ebenso berücksichtigt werden müssen wie in ihrer gegenseitigen positiven Einflussnahme.

Die Faktoren für Zufriedenheit spielen sich dabei auf einer handlungsorientierten-, einer kommunikationsorientierten- sowie einer psychischen Ebene ab, die für eine umfassende Kompetenz des eingesetzten Personals sprechen.

Diesbezüglich sind die vornehmlich pflegeorientierten Berufe in Pflegeheimen, auch bei der rudimentären Implementierung von psychosozialen Elementen in der Ausbildung überfordert.

Die Überforderung tritt einerseits ein, weil die Bildungseinrichtungen die gedrängten Ausbildungsinhalte nicht mehr in der vorgegebenen Zeit erweitern können, was den Schluss nahelegt, die Zeiten zu erweitern und Spezialisierungen auch in der gehobenen Gesundheits- u. Krankenpflege auf die Altenpflege zuzulassen.

Die Überforderung ist aber auch dann nicht zu verhindern, weil das umfassende Anforderungsprofil und die Umsetzungsanforderungen die MitarbeiterInnen in der Praxis erdrücken würde. *„Die MitarbeiterInnen der Pflege sind engagiert, haben aber in der Betreuungssituation zeitlich wenig Ressourcen, intensivere Betreuungsgespräche zu führen. Dies wird von den MitarbeiterInnen selbst als Defizit ausgewiesen und belastet emotional.“* (Grünberger/Löw-Wirtz 2007:135)

Eine weitgehende Dokumentation kann zwar Pflegeziele und Praxisverläufe an andere MitarbeiterInnen weitergeben, erspart aber nicht den Aufwand der Informationsaktualisierung und der kommunikativen Auseinandersetzung mit Details, abgesehen von psychohygienischen Aspekten der Kommunikation. Die Adaption dieser Dokumentation mit ausreichenden psychosozialen Inhalten würde sowohl die kognitive Erfassbarkeit der Dokumentation sprengen, als auch keine Änderung beim multifunktionalen Kompetenzenstau der PflegemitarbeiterInnen herbeiführen. Die Fächerung der umfassenden Anforderungen auf fachlich spezialisierte Berufsgruppen scheint zur Bewältigung dieser Aufgaben ebenso notwendig, wie die Reduktion von Anforderungen im eigentlichen Berufsfeld durch eine bewohnerInnenorientierte Prioritätensetzung.

Die Ressource des Heimbewohners/ der Heimbewohnerin als „Spezialist für die Prioritäten des eigenen Lebens“ scheint hierbei noch nicht ausreichend genutzt und würde die Priorität einiger fachlicher Anforderungen wahrscheinlich ordentlich in Frage stellen.

Da Zufriedenheit ein Prozess ist, der erst mit dem Tod abgeschlossen ist, muss auf die sich veränderten Faktoren Rücksicht genommen werden und eine persönliche Auseinandersetzung der Bewohnerin/ des Bewohners gefördert und in die Betreuungsarbeit eingebaut werden. Zufriedenheit über das eigene Leben entsteht eben nicht aus einer Reaktion auf Dienstleistungsqualitäten, sondern beinhaltet einen endogenen Verarbeitungsprozess, der in seiner Ermöglichung, nachvollziehbare und damit bearbeitbare Zufriedenheitsgefühle generiert (Bekannte Phrasen aus Alltagssituationen veranschaulichen diese Notwendigkeit: „jetzt mocht ich schon alles und du bist noch immer nicht zufrieden“ oder „man muss halt zufrieden sein“).

Das Betreuungspersonal muss in diesem Prozess einerseits die Verantwortlichkeit für Zufriedenheitsfaktoren klar definieren können, andererseits aber auch die nicht übernehmbaren Verantwortlichkeiten definitiv ablegen bzw. an die richtigen Adressaten delegieren. Oft wird der Adressat der Bewohner/die Bewohnerin selbst sein, der dann in der Wahrnehmung dieser Verantwortung bestärkt und unterstützt werden muss.

Diesbezüglich müssen Träger von Pflegeeinrichtungen ihrerseits das Personal unterstützen, was nur möglich ist, wenn man eine klare Vorstellung vom primären Kundeninteresse hat und sich nicht an sekundären Kundeninteressen, wie Angehörigen oder Öffentlichkeit, orientiert.

Zu e. (Faktoren die weitgehend außerhalb des Gestaltungsbereiches des Heimes stehen, aber massiv wirken)

- Angehörigenbeziehungen wirken sich in ihrer Qualität stark auf die Zufriedenheit aus und sind mit derzeitigen Ressourcen nicht bearbeitbar.
- Schuldgefühle von Angehörigen wirken sich auf deren Einstellung zur Einrichtung aus und beeinflussen die Interaktionen des Pflegepersonales.

- Der gesellschaftliche Umgang mit den Themen „Alter und Pflegebedürftigkeit“ ist defizitorientiert und stigmatisierend.

Schlussfolgerungen:

Traumatische Beziehungsereignisse zwischen BewohnerInnen und Angehörigen sollten auch im Heim psychotherapeutisch noch bearbeitet werden, wobei das Personal aus diesem Klärungsprozess gehalten wird und Konsequenzen in der Zufriedenheit der BewohnerInnen benannt werden müssen.

Die Durchführungsverantwortung liegt eindeutig in der Familie. Eine Projektion von Schuldgefühlen oder anderen Beziehungsspannungen auf das Personal müsste transparent gemacht werden, damit sich das Personal nicht aus einem Rechtfertigungsbedürfnis auf die Befriedigung der sekundären Kundenbedürfnisse der Angehörigen konzentriert.

Auch hier ist ein differenzierter Zugang der Heimleitung und des Heimträgers zu Beschwerden notwendig, mit dem Fokus einer Verantwortungskklärung, einer Ursachenklärung und einer zielgruppenorientierten Sicht.

Insgesamt ist ein offener gesellschaftlicher Umgang mit den Themen des Alters und der Pflegebedürftigkeit anzustreben, der dazu führt, eine längere Lebensphase von altersbedingten Beschränkungen auch unter dem Licht einer eventuellen Heimunterbringung in Lebenskonzepte und Lebensbilder zu integrieren.

„Es bedarf einer neuen Kultur des Alterns. Dazu zählt, daß Kultur als aktivierender Prozeß verstanden wird, in dem der Mensch nicht als passives Produkt seiner zeitgeschichtlichen Entwicklungen erscheint und nicht als statisches Ergebnis seiner früheren Erfahrung, sonder als ein seine Erfahrungen produktiv verarbeitendes Subjekt; weiters heißt Kultur auch Kulturpflege in einem Verständnis geistiger und psychischer Veränderung, deren Ziel es ist, das subjektiv Bedeutungsvolle nachhaltig zu entwickeln und das nicht (mehr) Bedeutungsvolle so abzuschließen, daß ein „Leben in der Vergangenheit“ nicht zum Hindernis für die Entwicklung neuer Potenziale wird;

schließlich setzt Alternskultur auf Seiten des einzelnen Menschen Vorausschau und Planung für zu erwartende Lebenszeit und Lernprozesse auf der Basis von Aufgeschlossenheit und Erweiterungs- und Veränderungswillen voraus, auf Seiten der Gesellschaft die Stützung und Verwirklichung von Erwartungen und Normen, durch die spätere Lebensabschnitte gestaltet werden können.“ (Amann u.a. 2000:18)

D. Abschließende Zusammenfassung

Zahlreiche Motivationsfaktoren generieren für sich und in ihrer gegenseitigen Abhängigkeit ein Gefühl der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit. Wesentlich erscheinen dabei die Faktoren der Individualität, der Intimsphäre, der Autonomie, der Selbstbestimmung, der Beziehungsqualität und Intensität zu verschiedenen Adressaten, der professionellen Betreuung und der psychobiographischen Beachtung der Lebensgeschichte im gesamten Lebensabschnitt des Heimaufenthaltes.

Dabei wird die „Normalität“ des früheren Lebens als Maßstab des Erfüllungsgrades von Zufriedenheitsfaktoren genommen. In diesem Zusammenhang müssen allerdings einige Parameter beachtet werden.

1. Der altersbegründete gesundheitliche und geistige Abbau bedingt mit dem Heimaufenthalt Veränderungsfaktoren, die in ihren Auswirkungen beachtet werden müssen. Gleichzeitig führt das Alter zu sozialen Rollenumverteilungen in Familie und Gesellschaft, die für sich Auswirkungen in den Zufriedenheitsmotiven haben.

Es erscheint daher eine differenzierte Betrachtung in der Beeinflussungsmöglichkeit von stationären Altenpflegeeinrichtungen in den verschiedenen Faktoren notwendig. Das entbindet jedoch jene Einrichtungen nicht von der Verantwortung, diese Differenzierung zu betreiben, für Transparenz zu sorgen und Kompetenzen anderer Verantwortungsträger für Zufriedenheitsfaktoren zu stärken.

Das stärkste Potenzial wäre hierbei beim Heimbewohner/ der Heimbewohnerin selbst zu sehen, deren Eigenkompetenz im Sinne des „Empowerment“ zu stärken wäre. Dies ist allerdings erst dann möglich, wenn die Betreuungsarbeit sich ressourcenorientiert und nicht defizitorientiert fokussiert. Die Förderung von aktiver/selbstbestimmter Auseinandersetzung der BewohnerInnen mit ihrer eigenen Situation und die daraus resultierenden Entwicklungsmöglichkeiten sind eine bisher vernachlässigte Ressource.

Begründbar ist dies aus einem sehr individualistischen Betreuungsansatz der die Entwicklungs- und Begleitungsnotwendigkeit eines gemeinschaftlichen Denkens wenig, oder gar nicht berücksichtigt, obwohl es ständige Kollisionen individualistischer Lebenskonzepte in den Einrichtungen gibt.

Gerade die Negation dieses gemeinschaftlichen Lebensaspektes führt eigentlich zur Verstärkung von Merkmalen der „Totalen Institution“, weil sie nur Verbindungen (und Abhängigkeiten) zu einzelnen Individuen herstellt und kollektives Bewusstsein bzw. Verantwortungsgefühl untereinander, auf der Seite der HeimbewohnerInnen verhindert.

Somit entsteht das Bild eines bestenfalls untereinander gut kommunizierenden, harmonischen Betreuungsteams, dem ein Menge von losen, nicht miteinander verbundenen Individuen (HeimbewohnerInnen) gegenübersteht, die schlechtestenfalls um emotionale Zuwendung konkurriert.

2. Das Personal sieht sich in einer widersprüchlichen Konstellation zwischen professionellen Pflegeanforderungen und den damit verbundenen Perfektionsansprüchen und Versagensängsten und dem Bedürfnis nach einer „normalen“ emotionalen Beziehung zu den HeimbewohnerInnen. Dazu kommen noch Erwartungshaltungen von sekundären Adressaten wie Angehörigen, Gesetzgebern, Träger, Gesellschaft, die dazu beitragen den Schwerpunkt in die Erfüllung von messbaren Normen zu legen und nicht messbare Beziehungsqualitäten (*siehe dazu auch HintePreuß/Sensenschmidt 1996:113-115*) zu vernachlässigen.

Die Kriterien einer auf gegenseitige Berücksichtigung emotionaler Zustände und Bedürfnissen beruhenden Beziehung erscheinen dadurch unerfüllbar. Verstärkt wird dies durch die in Punkt 1 gewonnen Erkenntnisse. Es erscheint dringend notwendig, die Voraussetzungen für lebbare Normalität zu überprüfen und die Prioritätensetzung in der Betreuungsarbeit zu hinterfragen.

Das Betreuungspersonal muss zum Einen in die Lage versetzt werden, angstfrei und auf die primäre Zielgruppe orientiert, Arbeitsschwerpunkte zu setzen, die den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechen – auch wenn dies Einschränkungen in der Erfüllung von Normen mit sich bringt.

Dabei geht es immer auch um *die Implikation eines ständigen ethischen Diskurses, der ethisch zu berücksichtigende Güter nach qualitativen Regeln, gegenseitig abwägt (vgl. Körtner 2004:166-169).*

Zum Anderen muss das Personal einen Schwerpunkt auf den Erwerb von Beziehungskompetenzen mitbringen, bzw. seine Arbeit im Sinne von „case-management“ als Koordination von Erfüllungsressourcen (HeimbewohnerInnen selbst, ehrenamtliche MitarbeiterInnen, Angehörige) begreifen.

3. In Beachtung der vorhergehenden Punkte ist die Gesellschaft gefordert, eine **Kultur des Alterns** (vgl. Amann u.a. 2000:15-27) zu entwickeln, die sich mit den Perspektiven von Langlebigkeit und langdauernder Pflegebedürftigkeit befasst. Dabei scheint es in Bezug auf „Pflegeheime“ notwendig, dass sich die Gesellschaft des Umstandes bewußt wird, dass sie den Bedarf dieser totalen Institutionen erzeugt hat und nicht dass diese Einrichtungen quasi aus „heiterem Himmel“ entstanden sind.

Das heißt, erst durch den gesellschaftlichen Totalversorgungsauftrag und die Delegation der gesamten Erfüllungsverantwortung an Einrichtungen sind diese in Situationen geraten, die Abhängigkeiten und „Inselzustände“ erzeugen. Veränderungsforderungen sind schon lange vor den Skandalisierungen von Lainz aus den Reihen der professionellen MitarbeiterInnen der Pflege gekommen.

Auch die Forcierung von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen ist eine Aktion die aus fachlichen Kreisen kam. Es scheint nun dringend erforderlich, dass die Gesellschaft ihrerseits an Prozessen teilnimmt, die durch die Durchdringung stationärer Strukturen gesellschaftliche Integrationsmaßnahmen setzt und Verantwortungen verteilt.

4. Politische Verantwortungsträger sind im Bezug auf Punkt 3 gefragt, die Restrukturierung von Prioritätensetzungen in der Betreuungsarbeit durch die Entflechtung und Evaluierung gesetzlicher Bestimmungen zu betreiben, die Institutionen in ein gesetzliches Korsett zwingen, dass eine falsche Schwerpunktsetzung in der Betreuungsarbeit bewirkt.

Letztendlich könnte man die engen gesetzlichen Bestimmungen in der „technischen Pflege“ dafür verantwortlich machen, dass „Leben im Pflegeheim“ derzeit hauptsächlich defizitorientiert mit „Pflege im Pflegeheim“ gleichgesetzt wird und psychosoziale Betreuungsarbeit quasi das freiwillige Potenzial ist. Das heißt, entweder die finanziellen Mittel werden derart erhöht, dass Beides in Hinkunft gleichwertig möglich ist oder es sind im Rahmen der derzeitigen Möglichkeiten Umschichtungen vornehmen.

Sie sind weiters gefordert, gesellschaftliche Meinungsbildungsprozesse mit sachlichen Informationen zu unterstützen, zu kanalisieren und zu fördern; letztendlich aber auch gesellschaftliche Aktivitäten in diese Richtung zu fördern (z.B. Pension mit 60, wenn man sich im Anschluss ehrenamtlich in Pflegeheimen betätigt, oder verpflichtendes Praktikum von Medizinstudenten in Pflegeheimen)

Ein Leitsatz könnte aus den Ausführungen zu Zufriedenheitsfaktoren und deren Zusammenhänge für Pflegeheime entwickelt werden:

Das Ziel des Heimes ist nicht die Zufriedenheit der BewohnerInnen, sondern dass keiner den Bewohner/ die Bewohnerin hindert, zufrieden werden zu können!

VII Exkurs-Demenz

Demenz ist ein Begriff aus der medizinischen Forschung, der zum ersten Mal von der französischen Forschern Pinel (1745-1826) und Esquirol (1772-1840) verwendet wurde. Sie benutzten ihn als Diagnose für durch Gehirnschäden hervorgerufenen mentale Beeinträchtigungen. Als „senile Demenz“ wurde in weiterer Folge die progressive Verschlechterung des Gehirnzustandes im Alter bezeichnet. In weiterer Folge wurde Demenz als himorganisches Psychosyndrom bezeichnet, das in zwei Formen auftritt, entweder reversibel (akut) , z.B. bei Krankheiten, wie einem Tumor, Niereninfektion usw. oder irreversibel (chronisch).

Bei Letzterem erfolgte bis in die 80iger Jahre eine strikte Unterteilung in präsenile Demenz und senile Demenz (bei Patienten über 70 Jahren). 1981 gab es eine vergleichende Forschung durch Autopsien bei präsenil und senil dement diagnostizierten Menschen, die keine Unterschiede in den Gehirnstrukturen erkennen ließen. Der Begriff Alzheimer'sche Krankheit wird seit Anfang des 20igsten Jahrhunderts verwendet. Die Diagnose erfolgt dabei nachträglich aufgrund von Autopsieergebnissen, wenn Plaques und neurofibrilläre Verfilzungen im Hirn nachgewiesen wurden.

Der Verlauf der Krankheit konnte typisch beschrieben werde. 1989 wurden erstmals Plaques bei Personen mit seniler Demenz nachgewiesen. Die genaue Auszählung der neurofibrillären Verfilzungen und Plaques deutete wiederum auf einen Differenzierungsbedarf zwischen präseniler und seniler Demenz hin. Seither unterscheidet man zwischen Demenz vom Typus Alzheimer und seniler Demenz vom Typus Alzheimer. Mangels Gegenbeweis wird angenommen, dass der zugrundeliegende Krankheitsprozess der gleiche ist, unabhängig vom Auftretsalter.

Bemerkenswert ist allerdings, dass die Ausprägungsformen dieses Krankheitsprozesses höchst unterschiedlich sind und die Diagnose lediglich durch Hirnforschung an Verstorbenen stattfindet.

Im „wirklichen Leben“ oder am lebenden Menschen erlebt man gerade im Alter, dass verschiedensten Verhaltensänderungen und die Verläufe zwischen einem altersbedingte normalen Abbau der Hirnleistungsfähigkeit und dementiellen Auffälligkeiten verschwimmen. Während bei der präsenilen Demenz vom Typus Alzheimer ein eindeutiger Krankheitsverlauf verschrieben wird, in dem durch gezielte Interaktionen nicht nachhaltig Erleichterung verschafft werden kann, wurde für die senile Demenz Validation entwickelt, die in ihrer Entwicklungstheorie, ihrer Methode und ihren Techniken nachhaltig Verhaltensausprägungen der Krankheit positiv beeinflusst.

Validation wurde von der Amerikanerin Naomi Feil entwickelt und baut auf der Theorie des Psychologen Erik Erikson über die Entwicklungsstadien und Aufgaben des Lebens auf. Erik Erikson geht davon aus, daß in acht Lebensphasen in Wechselbeziehung unserer biologischen, mentalen und sozialen Fähigkeiten, verschiedene Lebensaufgaben zu bewältigen sind, aus deren erfolgreicher oder mißlungener Lösung, Verhaltensweisen resultieren, die in den nächsten Lebensphasen nachhaltig mitschwingen. Naomi Feil fügte der ausgewiesenen letzten Lebensphase mit der Aufgabe „Integrität oder Verzweiflung“ noch eine, die des „Hohen Alters“ mit der Aufgabe „die Vergangenheit meistern“, hinzu. Das die Fülle von mehr oder weniger gemeisterten Lebensaufgaben einen Stapel von Aufarbeitungsbedarf im hohen Alter hinterläßt ist nur zu verständlich. Naomi Feil erkennt, dass es für die Desorientiertheit alter dementer Menschen immer Gründe in der Vergangenheit gibt, die ein mentales und emotionales Chaos als Grund für die Verwirrtheit erzeugen.

In der Begegnung mit diesen Menschen stützt sich Validation auf folgende Grundprinzipien der Psychologie:

- Akzeptieren des Menschen ohne ihn zu beurteilen (Carl Rogers)
- Der Mensch kann sich nur ändern, wenn er bereit dazu ist und die kognitive Fähigkeit zur Einsicht besitzt (Sigmund Freud)
- Der Patient ist ein einzigartiges Individuum. (Abraham Maslow)
- Gefühle, die ausgedrückt und vom Zuhörer bestätigt sind, werden schwächer – ignorierte oder geleugnete Gefühle stärker. (C.G. Jung)
- Der Mensch strebt nach Gleichgewicht (S.Zuckermann)
- Das Versagen von geistigen und körperlichen Ressourcen führt bei alten Menschen zum Aufsuchen der Ressourcen aus der Vergangenheit (Kurzzeitgedächtnis versagt – durch Erinnerungen aus der Vergangenheit wird Gleichgewicht hergestellt). (Wilder Penfield)
- Das Gehirn ist nicht der einzige Verhaltensregulator im hohen Alter (Adrian Verwoerd)

Validation als Anwendungstechnik ist am besten mit dem von Naomi Feil geprägten Leitsatz: „in den Schuhen des Anderen gehen“ beschrieben.

Mit einer akzeptierenden, verständnisvollen und gefühlsbestätigenden Haltung, holt man den Menschen dort ab, wo er sich in seiner Verwirrtheit befindet und bietet Verknüpfungsmöglichkeiten dieser „inneren Welt“ mit der „äußeren Welt“ an. Validationsanwender urteilen nicht, sie akzeptieren und achten die Weisheit der alten Menschen. Sie laufen niemals voraus, um die Realität aufzuzwingen, sie laufen auch nicht herablassend hinterdrein und geben vor, mit ihnen einer Meinung zu sein; ihrer eigenen Realität sicher, können sie neben ihnen hergehen. Validationsanwender kommunizieren vordergründig auf der emotionalen Ebene – die verbale und intellektuelle Ebene gerät in den Hintergrund.

„die Ausführungen im vorangegangenen Abschnitt beruhen weitgehend auf den Aufführungen von Feil“ (2000:11-36)

Im Hinblick auf die steigende Zahl von dementen BewohnerInnen in Altenpflegeeinrichtungen (im LPH Berndorf, sind es 67%) ist dieser Gruppe auch im Hinblick auf die Erforschung von Zufriedenheitsmotiven und Durchführung von Zufriedenheitsmessungen verstärktes Augenmerk zu geben.

Auch im Hinblick auf die Annahme, dass Erkenntnisse einer Befragung der nicht dementen HeimbewohnerInnengruppe, Aufschlüsse über die Bedürfnisse dementer Menschen geben können, weil sie gerade bezüglich alter Menschen in einem ständigen Verhältnis zu einer hauptsächlich „nicht verwirrt“ verbrachten Vergangenheit stehen, muss gerade im Bezug auf Qualitätsmessungen (die in einem ordentlichen Qualitätsmanagement KundInnenbefragungen vorsieht) eine Hilflosigkeit bezüglich der Erhebung von Datensätzen, direkt am Kunden/der Kundin attestiert werden.

Aus den Erkenntnissen der Validation, ist einerseits der Schluss zu ziehen, dass emotionale Beziehungsfähigkeit von MitarbeiterInnen in der Pflege, wie auch in dieser Studie ausgewiesen, einen wichtigen Beitrag zur Zufriedenheit dieser BewohnerInnen darstellt.

„BetreuerInnen, die die frei ausgedrückten Gefühle desorientierter Menschen nicht mit ihnen teilen können, sollten nicht mit Validation arbeiten. Sie werden sich sehr unbequem fühlen, sich von dem desorientierten Menschen abwenden oder ihm Beruhigungsmittel verabreichen.“ (Feil 2000:37)

Die Wichtigkeit einer psychosozialen Kompetenzerweiterung in der professionellen Betreuungsarbeit und deren stärkerer Gewichtung gegenüber der „technischen Pflege“ stellt sich somit wiederum klar heraus.

Andererseits erscheint die durch Validation geschulte Fähigkeit, Verhaltensweisen von kognitiv nicht klar erreichbaren Personen interpretativ zu deuten, unausweichlich

um bezüglich dementer Menschen zu Aussagewerten über Zufriedenheitsgefühle zu gelangen.

Interessant ist, dass bezüglich der Messung von Zufriedenheit und Wohlbefinden von dementen Menschen, z.B. durch das Verfahren „Dementia Care Mapping“ auf das qualitative Verfahren der Beobachtung zurückgegriffen wird.

Dieses Verfahren, dass von dem Sozialpsychologen Tom Kitwood aus Bradford, entwickelt wurde, legt Verhaltenskategorien fest, wertet diese auf ihre positive oder negative Gewichtung für Wohlbefinden und setzt anschließend Beobachtungssettings auf der jeweiligen Station mit der Dauer von 6-8 Stunden (an einem Tag) fest. Die erhobenen Daten werden, dann in die Verhaltenskategorien eingeteilt und geben Aufschluss über Zufriedenheit.

Dies ist dann Grundlage für einen Handlungsplan, der auf Erfolg/Misserfolg nach einer Umsetzungsphase durch ein neuerliches „Dementia Care Mapping“ evaluiert wird.

(vgl. Niebergal 2003:30-32)

Die Qualität der aus derartigen Verfahren gewonnen Daten scheint jedoch ebenso mit einer interpretativen Kompetenz der Beobachtungspersonen verbunden zu sein. Beachtenswert ist dabei die Tatsache, dass die Einschätzung vom persönlichen Erleben der jeweiligen Person beeinflusst werden kann.

„Dies ist auch bei Angehörigen zu bedenken, die stark unter dem Zustand eines dementen Familienmitglieds leiden können – was Einfluss auf Interpretationen nimmt.“ (Menzi-Kuhn 2006:8)

Interpretationskompetenz entsteht somit aus einer fachlichen Eignung und einer emotional reflektierten Einstellung.

Letztendlich ist es unausweichlich bezüglich der Erhebung von Motiven für Wohlbefinden und der Messung eines Zufriedenheitsstatus in Einrichtungen der Altenpflege auf qualitative Verfahren zurückzugreifen um zu aussagekräftigen Daten zu gelangen.

VIII Methodenteil

Die Studie wurde nach den Methoden der *Qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring* durchgeführt (Mayring 2007).

Als zusätzliche Absicherungsmaßnahme bezüglich einer bei der Durchführung der Studie befürchteten Einflussnahme der durchführenden Person auf die Verfälschung von Erkenntnissen aus Auswertungsschritten, wurden diese Erkenntnisse in einem Diskurs mit einer außenstehenden Person (Herr Mag.FH. Dipl.Soz.Arb. Manfred Tauchner) überprüft.

1. Datenerhebung

Die Daten wurden in Form von sechs narrativen offenen Interviews erhoben.

Zusätzlich wurde ein Leitfadeninterview mit einer Expertin geführt.

Die Auswahl für die Personen zu den offenen Interviews wurde unter den nicht, bzw. nur leicht dementen Personen (52 HeimbewohnerInnen = „Ermittlung der Grundgesamtheit“ (Mayring 2007:47))nach dem Zufallsprinzip getroffen.

Um zu einem geschlechterspezifischen Mix zu kommen, der ungefähr der Aufteilung der Geschlechter im Forschungsgegenstand entsprach, gab es dabei die Einschränkung von 4 weiblichen Personen und 2 männlichen Personen aus der Auswahlgruppe.

(„Quotenfestlegung mit anschließender Zufallsauswahl“ (Mayring 2007:47)).

Expertinneninterview

Als Interviewpartner für das Expertinneninterview wurde die Qualitätsbeauftragte für den Bereich Pflegeheime, Frau DGKS Monika Schmid, beim Amt der NÖ Landesregierung, Abteilung GS7, bestimmt.

Es wurde ein Leitfadeninterview durchgeführt um zu bestimmten Wissensfragen auch definitive Antworten zu erhalten.

Erfragte Bereiche waren dabei explizit:

Ausbildungen geeignet für Berufserfordernisse

Andere Berufsgruppen in der Pflege

Stellenwert von Zufriedenheit aus der Sicht des Trägers

Faktoren für Zufriedenheit

Heimbewohnerinneninterviews

Zu den Personen:

(Aufenthaltsdauer bis 8/2007, Pflegestufe entspricht Einstufung nach dem Bundespflegegeld)

Interviewpartnerin 1 (I1)

Weiblich, 93 Jahre, mobil mit leichter Einschränkung, Pflegestufe 4, kognitiv gut erreichbar, kommt aus Großstadt, Angestelltenmilieu, legt Wert auf gepflegtes Erscheinungsbild, trägt Schmuck, altersentsprechend gekleidet, ist geschieden, hat eine Tochter, wohnt seit 1 Jahr und 3 Monate im Heim

Interviewpartner 2 (I2)

Männlich, 87 Jahre, mobil ohne Einschränkungen, Pflegestufe 4, kognitiv leicht eingeschränkt erreichbar, kommt aus ländlicher Umgebung – Berndorf Nähe, Arbeitermilieu, legt keinen besonderen Wert auf gepflegtes Erscheinungsbild wirkt aber selbstbewusst und standesbewusst, altersentsprechend gekleidet, ist verwitwet, hat einen Sohn, wohnt seit 3 Jahren und 6 Monaten im Heim.

Interviewpartner 3 (I3)

Männlich, 87 Jahre, Rollstuhlfahrer, Pflegestufe 4, kognitiv gut erreichbar, kommt aus dem ländlichen Raum – Berndorf Nähe, gehobenes Angestelltenmilieu, legt keinen besonderen Wert auf gepflegtes Erscheinungsbild, altersentsprechend gekleidet, ist verheiratet, hat keine Kinder, wohnt seit 1 Jahr und 5 Monaten im Heim.

Interviewpartnerin 4 (I4)

Weiblich, 68 Jahre, Rollstuhlfahrerin mit weiteren Bewegungseinschränkungen, Pflegestufe 6, kognitiv gut erreichbar jedoch schwer verständlich, kommt aus Kleinstadt in der Umgebung, Arbeitermilieu, normales der hohen Pflegebedürftigkeit entsprechendes Erscheinungsbild, bettlägrig aufgrund akuter Probleme, verwitwet, hat keine Kinder, wohnte 6 Monate im Heim und ist kurz nach dem Interview verstorben.

Interviewpartnerin 5 (I5)

Weiblich, 92 Jahre, mobil mit leichter Einschränkung, Pflegestufe 3, kognitiv gut erreichbar, kommt direkt aus Berndorf, Arbeitermilieu, legt Wert auf gepflegtes Äußeres, kleidet sich modern, verwitwet, hat einen Sohn, wohnt seit 2 Jahren im Heim.

Interviewpartnerin 6 (I6)

Weiblich, 75 Jahre, Rollstuhlfahrerin mit weiteren Bewegungseinschränkungen aufgrund chronischer Erkrankung – kann jedoch selbst mit Rollstuhl fahren, kognitiv gut erreichbar, kommt aus Berndorf, Arbeitermilieu, gepflegtes Erscheinungsbild, altersentsprechende Kleidung, verheiratet, keine Kinder, wohnt seit 6 Jahren und 8 Monaten im Heim.

Die Interviews wurden in den HeimbewohnerInnenzimmern in ruhiger Atmosphäre durchgeführt. Bei den HeimbewohnerInnen wurden zwei Wochen vorher die Bereitschaft zum Interview erkundet.

Alle sechs Personen waren mit einem Interview einverstanden und so konnte ein Termin vereinbart werden, der einen Tag vor dem Interview nochmals rückgefragt wurde.

Die Interviewdauer lag zwischen 20 Minuten und 1 Stunde 26 Minuten.

Der Interviewer wurde darauf vorbereitet, dass es um offene Interviews, mit erzählgenerierenden Fragestellungen zum Thema „Motive für Zufriedenheit“ geht, dabei wurde vorgeschlagen, mit Fragestellungen, wie -

- **Was hat sich für sie verändert, seit Sie im Heim sind?**
- **Ich hätte gerne gewusst, wie es ihnen im Heim geht, was ihnen gefällt-was sie stört?**
- **Sind sie mit ihrem Leben zufrieden, wenn sie es bis jetzt betrachten?**

ein möglichst großes Feld für Aussagen zum Thema zu öffnen.

Es wurde darauf aufmerksam gemacht, dass gerade bei älteren Menschen, Gesprächspausen möglichst „durchgehalten“ werden müssen und erst bei Erkennen von Unverständnis, mit Erklärungen oder neuen erzählgenerierenden Fragen nachgestoßen werden sollte.

Die Interviews wurden in vollständiger Länge mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgenommen und im wav-Format auf dem Computer abgespeichert, bzw. auf CD gebrannt.

Anschließend wurden die Aufnahmen auf dem Computer mittel Textprogramm (Word) transkribiert.

Dabei wurden folgende Transkriptionsanweisungen vorgeschrieben:

1. Vollständiges wörtliches Transkribieren, unverständliche Passagen mit XXX... je nach Dauer der unverständlichen Passage (Ein „X“ ist ca. 2 Sekunden) markieren.
2. Den Dialekt, so weit wie möglich mittranskribieren – da dialektische Phrasen im Alter nur im Zusammenhang verständlich sind.
3. Bei Pausen, Stockungen Punkte machen (Ein „.“ ist ca. 2 Sekunden).
4. Lachen und Räuspern und andere Auffälligkeiten in Klammer anmerken.
5. Interviewer durch „I“, die interviewte Person durch anderen Buchstaben markieren, bei Wechsel in der Gesprächsführung neue Zeile beginnen.
6. Durchgehende Zeilennummerierung verwenden.

2. Richtung der Analyse

Durch die Interviews sollen die Personen dazu angeregt werden, Aussagen zu ihrer Befindlichkeit zu treffen und darüber, aufgrund welcher Faktoren, diese Befindlichkeit zustande kommt und wie bzw. von wem die Befindlichkeit gesteuert werden kann.

Richtung der Analyse ist es somit durch den Text Aussagen über Faktoren der Befindlichkeit zu sammeln, ihre Bedeutung zum emotionalen und kognitiven Handlungshintergrund zu erheben und Beziehungen der Faktoren zueinander zu definieren.

3. Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung

Aus einem systemtheoretischen Ansatz, der die BewohnerInnen als Teil von Interaktionssystemen, Organisationssystemen und gesellschaftlichen Systemen erkennt (vgl. Kleve 1999), ist es einerseits wichtig, die Beeinflussungsfaktoren zu

sammeln und andererseits deren Wechselbeziehung und Mechanismen der Beeinflussungen zu erkennen. Daraus ergeben sich folgende drei wesentliche Fragestellungen:

- Was sind die Faktoren für die Befindlichkeiten von HeimbewohnerInnen?
- Wie stehen sie untereinander in Beeinflussung und Gewichtung?
- Wie hoch sind die Übereinstimmungen bezüglich der Bedeutungen bezüglich HeimbewohnerInnen und professioneller Sicht?

4. Ablaufmodell der Analyse

Als „**Kodiereinheit**“ (Mayring 2007:53) wird ein Satz mit einer Bedeutung festgelegt der in eine Kategorie fallen kann.

Als „**Kontexteinheit**“ (Mayring 2007:53) wird eine Bedeutung in einer zusammenhängenden Aussage festgelegt der in eine Kategorie fallen kann.

Als „**Auswertungseinheit**“ (Mayring 2007:53) werden alle vollständig transkribierten Interviews der HeimbewohnerInnen und das Experteninterview festgelegt.

Nachfolgendes Ablaufmodell wird für die Studie festgelegt:

(Abbildung 1: Ablaufmodell)



(Grobgerüst mit Abwandlungen aus Mayring 2007:54)

Eine Abwandlung des Modells nach Mayring (Mayring 2007:54) war notwendig, weil einige Kategorien in ihrer Mehrfachbedeutung in mehreren Codes vorkamen, z.B. in Verwurzelung und Selbstbestimmung, aber in ihrer theoretischen Betrachtung in beiden Codes Bedeutung zugemessen werden musste.

Aus der Theorie wurden ebenfalls Codes entwickelt, die infolge anhand einer Rücküberprüfung bei den Kategorien auf Relevanz für die Aussagewerte des eigentlichen Ausgangsmaterials (den Interviews) überprüft werden mussten.

(Abbildung 2: Beispiel für Reduktion)

I. Nr.	Zeilen Nr.	Textinhalt	Paraphrase	Reduktion
1	9+10	Und das ist nur eine..... da werd ich nicht bleibn auf den Zimmer. Ich krieg einmal ein eigenes Zimmer. Das ist provisorisch	Man bleibt nicht dauerhaft auf dem Zimmer und wartet auf ein eigenes Zimmer.	Eigenes Zimmer und Raum zur Entfaltung
2	27-29	wonn ma des ... so nenna wü und ... do hob i glschofn do hob i a Zimma ghobt des woa so groß das i nur en Koffa nua aufn Tisch legn hob kenna net ka Kostn nix woa do drinnen net des woa a schwere Zeit net, do bin i amoi gsessn und hob I ma woin a Hosn oziagn, do bin i auf der Ernd gsessn net ... aufn	Das Zimmer war extrem klein, sodaß man mit grundsätzlich notwendigen Verrichtungen überfordert war.	

(Abbildung 3: Beispiel für Zusammenfassung)

Reduktion	Zusammenfassung	Kategorie
Den Anderen nicht stören	Anderen Menschen nicht zur Last fallen wollen.	3
Zustimmung zur neuen Umgebung, weil es für die Verwandtschaft leichter ist.		3
Es ist wichtig, der Verwandtschaft nicht finanziell zur Last zu fallen.		3
Heimeintritt war nicht eigene Entscheidung, Verwandtschaftsbesuche sind wichtig, Man will der Verwandtschaft nicht zur Last fallen.		3
Man hat keinen Platz im Leben der Kinder. Die Kinder haben das Recht auf eigenständige Lebensführung		3
Man will nicht auffallen und keinen belasten.		3

IX: Literatur

Literaturverzeichnis:

- **Amann** Anton, Fröschl Elfriede, Hermann Walter, Nemeth Günther, Magdalena Stöckler, Urbas Elfriede (1991): Altwerden in Niederösterreich – Wissenschaftliches Gutachten für einen „Landesaltenplan“. Wiener Institut für sozialwissenschaftliche Dokumentation und Methodik, (Wien).
- **Amann** Anton, Löger Bernd, Lang Gert, Schmeikal Bernd (2001): Altwerden in Niederösterreich III – „Altersalmanach 2000“, Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, Serie des Zentrums für Alternswissenschaften und Sozialforschung, Band 21-Teil 1+2, (Wien).
- **Arnold** Berna (2004): Alt & Grau & WG-tauglich. Eine empirische Untersuchung zur Einstellung der kommenden Altersgeneration gegenüber dem Konzept „Wohngemeinschaft im Alter“, Hochschule für Angewandte Psychologie – Zürich, (Küsnacht).
- **Bellah** Robert, Madsen Richard, Sullivan William, Swidler Anne, Tipton M. Steven (1997): Gegen die Tyrannei des Marktes in Zahlmann Christel (Hg): Kommunitarismus in der Diskussion – eine streitbare Einführung, 2. Auflage, o.O.
- **Böhm** Erwin (1999): Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm – Band II: Arbeitsbuch, Wien.
- **Feil** Naomi (2000): Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen, 6. Auflage, München.
- **Goffman** Erving (1972): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt,: [orig.: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates. Chicago 1961]
- **Grünberger** Elisabeth, Löw-Wirtz Alexandra (2007): Anforderungsprofil an Praktikumsstellen in Alten- und Pflegeheimen, Wien.
- **Hinte** Wolfgang, Preuß Otmar, Sensenschmidt Bernd (1996): Vertrauen überwindet Angst – Beiträge zur Entlastung vom Erziehungsanspruch, Frankfurt/Main.
- **Kleve** Heiko (1999): Postmoderne Sozialarbeit. Ein systemtheoretisch-konstruktivistischer Beitrag zur Sozialarbeitswissenschaft. Aachen
- **Körtner** H.J. (2004): Grundkurs Pflegeethik, Wien.

- **Lang** Gert, Ehgartner Günther, Fiala Annette, Amann Anton (2003): Lebensereignisse und gegenwärtige Lebenssituation älterer Wienerinnen und Wiener, Schriftenreihe der NÖ Landesakademie, Serie des Zentrums für Alternswissenschaften und Sozialforschung, Band 25, Wien.
- **Laszlo** Herbert (2006) in Sablik Karl, Kunze Michael, Wehle Peter, Egger Helmut (Hg): Das große Buch vom Lebensstil, Wien-Köln-Weimar.
- **Löser** Angela Paula (2004): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel – Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen: Schnell, leicht und sicher, 2. Auflage, Hannover.
- **Luksch** Christian (2007):
www.geronto.at/Artikel/Themen_der_ambulanten_Pflege/Übergangspflege/hauptteil_übergangspflege.html, 5.8.2007
www.geronto.at/Artikel/Spezielle_Themen_der_Altenpflege/Biographie_und_biographische_P/biographie_und_biographische_p.html, 4.9.2007
- **Mayring** Philip (2007): Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken, 9. Auflage, Weinheim.
- **Menzi-Kuhn** Christine (2006): Lebensqualität von Menschen mit Demenz in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen, Universität Maastricht-NL , (Aarau).
- **Niebergal** Carsten (2003): Dementia Care Mapping – Eine neue Methode zur Verbesserung der Lebensqualität von Menschen mit einer Demenzerkrankung in der Psychogeriatric des Tertianum Neutal in Berlingen TG, in der Zeitschrift PROCARE 3/2003, 30-32.
- **Pantucek** Peter (2005): Soziale Diagnostik – Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit, in Reihe „Facts“-Band, Beiheft 1, Fachhochschule St.Pölten (Hg), Wien.
- **Pleschberger** Sabine (2004): „Bloß nicht zur Last fallen“ – Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen, Justus-Liebig-Universität Gießen,(Wien).
- **Reese-Schäfer** Walter (2001): Kommunitarismus, Campus Einführungen, 3. Auflage, Frankfurt/Main.
- **Rogers** Carl R. (1993): Der neue Mensch, 5. Auflage (Stuttgart)

- **Schneider, H.-D.** (1990): Die Aufgaben des Heimes in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung hochbetagter Menschen in: Hoffmann, A. (Hg.): Die Hochbetagten – eine Herausforderung an die Sozialpolitik der 90er Jahre in Europa, Schriftenreihe der Hamburger Arbeitsgemeinschaft für Fortbildung in der Altenhilfe, Hamburg.
- **Vogelauer Astrid, Pfusterer Karin** (2007):
[www.geronto.at/Artikel/Themen_der_Gerontopsychiatrie/Psychobiographische Pflege_nac/hauptteil_psychobiographische_pflege_nac.html](http://www.geronto.at/Artikel/Themen_der_Gerontopsychiatrie/Psychobiographische_Pflege_nac/hauptteil_psychobiographische_pflege_nac.html), 5.8.2007)
- **Wikipedia:** Stichwortartikel Zufriedenheit,
<http://de.wikipedia.org/wiki/Zufriedenheit>, 5.8.2007
Wikipedia: Stichwortartikel Prägung;
http://de.wikipedia.org/wiki/Pr%C3%A4gung_%28Verhalten%29, 5.8.2007
Wikipedia: Stichwortartikel Intimsphäre,
<http://de.wikipedia.org/wiki/Intimsph%C3%A4re>, 5.8.2007
Wikipedia: Stichwortartikel Totale Institution,
http://de.wikipedia.org/wiki/Totale_Institution, 4.9.2007

Gesetzestexte:

- NÖ Pflegeheimverordnung, LGBl 92/2002
- HeimAufG. BGBl 1 NR11/2004

Interne Dokumente:

- Effizienzanalyse der NÖ Heime, im Auftrage der NÖ Landesregierung 2007
- 6 HeimbewohnerInneninterviews (anonymisiert)
- 1 Expertinneninterview mit Monika Schmid – Qualitätsbeauftragte, Amt d. NÖ LRG, Abt. GS7 am 7.2.2007
- Betriebsdaten des Pflegeheimes aufgrund der internen EDV Programme

X: Abbildungsverzeichnis:

- Abbildung 1: Ablaufmodell
- Abbildung 2: Beispiel für Reduktion
- Abbildung 3: Beispiel für Zusammenfassung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Gregor Herzog, geboren am 24.5.1665 in Fischbach (Deutschland),
erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen
als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich
auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland
in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Berndorf, am 5.9.2007

Unterschrift

A handwritten signature in red ink, appearing to read 'Gregor Herzog', is written over a faint, larger red signature that is partially obscured.