

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 16

Schwerpunkt: Orte des Alters und der Pflege –

Hospitäler, Heime und Krankenhäuser

Herausgegeben von

Elisabeth Lobenwein, Sarah Pichlkastner,

Martin Scheutz, Carlos Watzka und Alfred Stefan Weiß

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2017



Daniela Wagner

Alten- und Pflegeheime zwischen Ansprüchen medizinischer Pflege und Lebensweltorientierung

English Title

Old People's and Nursing Homes between the Demands of Medical Care and Life-world Orientation

Summary

Life, visit and work in old people's and nursing homes is developed between individual needs and institutional requirements. (Socio)Demographic factors have led to a growing need for professional care and care for aging people. Processes of institutionalization and professionalization were and are the results. Led by the interest in mutual assistance and cooperation in Austrian old people's and nursing homes I conducted qualitative interviews with the residents, their relatives and the nursing staff as well as the management of the homes in Styria and Vienna. Based on grounded theory a conditional structure emerged, which found its starting point in the historically grown framework conditions. The gap between the demands of medical care and life-world orientation is expressed in the current design of the areas of care, social contact, recreation, food and drink as well as spatial and material design. This contribution shows a historically grown "effect spiral" as a result.

Keywords

Grounded Theory approach, narrative interviews, old people's and nursing homes, medical care, life-world orientation, Austria, historical impacts, current claims

Einleitung

Alten- und Pflegeheime: zwischen individuellen Bedürfnissen und institutionellen Erfordernissen gestaltet sich das Für- und Miteinander der Bewohner/-innen, deren Angehöriger und der Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements. Faktoren wie höhere Lebenserwartungen, längere Pflegebedürftigkeit aufgrund medizinischer Möglichkeiten, Ver-

änderungen in den Familien durch Berufstätigkeit der Frauen, Pluralisierung der Lebensstile, Mobilität, steigende Anzahl an Singlehaushalten etc. führ(t)en zu einem steigenden Bedarf professioneller Betreuung und Pflege alternder Menschen. Zusätzlich verstärkt durch immer wiederkehrende „Skandale“, der wenig förderlichen politischen Diskussionen bzw. Interventionen und der darauf beruhenden medialen Berichterstattung wird die gesellschaftliche Relevanz sowie die Bedeutung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit diesem Thema unterstrichen.

Als Soziologin und Bildungswissenschaftlerin steht die aktuelle, stationäre Betreuung und Pflege alternder Menschen im Zentrum meines Forschungsinteresses. Wie gestaltet sich das Für- und Miteinander in österreichischen Alten- und Pflegeheimen? Um dieser Frage nachzugehen führte ich qualitative Interviews mit Bewohnerinnen/Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Betreuung, der Pflege und des Managements in österreichischen Alten- und Pflegeheimen. Geleitet von der „Grounded Theory“ entstand ein Bedingungsgefüge, welches seinen – implizit wie explizit in den Interviews ausgedrückten – Ausgangspunkt in den historisch gewachsenen Rahmenbedingungen fand. Dabei spielen die demografischen, die institutionellen und die professionellen Entwicklungen eine entscheidende Rolle für die derzeitigen Strukturen und Gestaltungsprozesse in Alten- und Pflegeheimen.¹

Ein historischer Abriss zur Betreuung und Pflege alternder Menschen

Wesentlich für die Entstehung und Entwicklung von Alten- und Pflegeheimen in Österreich sind demografische sowie soziale Veränderungen, die eine Institutionalisierung bedingen und deren Spezifika mitprägen. Die institutionelle Verankerung der Betreuung und Pflege alternder Menschen wiederum lässt sich in einem engen Zusammenhang mit der Professionalisierung des Pflegeberufs sehen. In diesem Teil werden wesentliche historische Entwicklungen bis ins 21. Jahrhundert näher beleuchtet.

Demografische Entwicklungen

In Österreich leben knapp 8,4 Millionen Menschen. Aufgrund der – im epidemiologischen Übergang seit etwa Mitte des 19. Jahrhunderts beobachtbaren – rückläufigen Geburtenzahlen, dem Nachrücken geburtenstarker Jahrgänge (Baby-Boom) und der Zuwanderung wird eine fortwährende Zunahme an alternden und hochaltrigen Menschen in Österreich beobachtet. Eine weiterhin steigende Lebenserwartung aufgrund der Fortschritte von Medizin und Technik, einem wachsenden Hygienebewusstsein, der Anhebung des Lebensstandards sowie einer differenzierten Mikrobiologie wird für die Zukunft prognostiziert. Es kommt zu einer Veränderung der Altersstruktur der österreichischen Bevölkerung.

Immer mehr Menschen erreichen das 100. Lebensjahr und dabei weisen 80 % dieser „Langlebigen“ eine gute bis befriedigende Lebensqualität auf. Bereits „Hochbetagte“ zwischen

¹ Vgl. Anselm STRAUSS / Juliet CORBIN, *Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung* (Weinheim 1996).

90 und 100 Jahren sind in ihrer Anzahl rapide ansteigend, ebenfalls bei gesundheitlich zufriedenstellender Verfassung. Eine zunehmende Lebenserwartung kann durchaus einen „Gewinn“ behinderungsfreier, gesunder, mobiler und aktiver Jahre bedeuten, woraus sich beispielsweise der Terminus der „Neuen Alten“ entwickelt hat. Sich immer jünger fühlende, leistungsfähige Menschen (Verjüngung) genießen ihre nachberufliche Lebensphase (Entberuflichung), frei von externen Verpflichtungen durch Familie und Beruf sowie materiell versorgt durch wohlfahrtsstaatliche Entwicklungen (Pensionen). Weiters zeigt sich der mit dem Alter steigende Anteil an Frauen (Feminisierung). Auch alleinstehende ältere Personen nehmen zu (Singularisierung). Leitend für diese Befunde sind die Darstellungen der Statistik Austria,² der Beitrag von Kramer³ sowie die Untersuchungen von Reinprecht,⁴ Wick,⁵ Kruse,⁶ Herschkowitz und Chapman Herschkowitz,⁷ Amann,⁸ Prahl und Schroeter⁹ oder Tews.¹⁰

Die Personen der Altersgruppe sind jedoch keineswegs eine homogene Masse solcher „Neuen Alten“. Das Altern ist ein Prozess, der jeden Menschen individuell prägt, charakterisiert durch ein enormes Ausmaß an Heterogenität. So müssen sich immer mehr Menschen im hohen Lebensalter (80 oder 85 Jahre) mit den Risiken des Alter(n)s auseinandersetzen, denn das Leben dieser Personen ist durch gesundheitliche Einschränkungen bis hin zur Multimorbidität gekennzeichnet. Da – ausgehend von persönlichen Präferenzen, beruflichen Verpflichtungen, der Entfernung des Lebensmittelpunkts oder einem Ausbleiben der eigenen Kinder – eine familiäre Pflege häufig nicht möglich ist, benötigen (bzw. bevorzugen) diese Personen professionelle Unterstützung, geleistet durch mobile Dienste, 24-Stunden-Pflege oder stationäre Einrichtungen, wobei letztere in dieser Auseinandersetzung im Zentrum stehen. Etwa 8.000 Personen zwischen 60 und 74 Jahren befinden sich heute schon in Heil-/Pflegeanstalten bzw. Pensionisten-/Altersheimen, was 0,7 % dieser Altersgruppe entspricht. Bereits 7 % der Menschen ab 75 Jahren, also mehr als 46.000 Personen leben in stationären Einrichtungen. Insgesamt verteilen sich etwa 59.000 Personen, das entspricht 0,7 % der Bevölkerung, auf

-
- 2 Vgl. STATISTIK AUSTRIA, online unter: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/index.html (letzter Zugriff: 14.12.2011).
- 3 Vgl. Diether KRAMER, Der epidemiologische Übergang in der Steiermark, in: Universität Graz, Hg., Erstaussgabe. Veröffentlichungen junger WissenschaftlerInnen der Karl-Franzens-Universität Graz, Bd. 4 (Graz 2012), 91–92.
- 4 Vgl. Christoph REINPRECHT, Gesundheit, Alter und Migration. Empirisch gestützte Reflexionen über die Erfahrung des prekären Alterns im Migrationskontext, in: Wilfried Schnepf / Ilsemarie Walter, Hg., Multikulturalität in Pflege und Gesellschaft (Wien 2009), 135–160.
- 5 Vgl. Georg WICK, Perspektiven der Altersforschung – Vom programmierten Zelltod zur Pensionsreform (= Wiener Vorlesungen im Rathaus 135, Wien 2008).
- 6 Vgl. Andreas KRUSE, Alter und Altern – konzeptionelle Überlegungen und empirische Befunde der Gerontologie, in: Andreas Kruse, Hg., Weiterbildung in der zweiten Lebenshälfte. Multidisziplinäre Antworten auf Herausforderungen des demografischen Wandels (= Theorie und Praxis der Erwachsenenbildung, Bielefeld 2008).
- 7 Vgl. Norbert HERSCHKOWITZ / Elinore CHAPMAN HERSCHKOWITZ, Lebensklug und kreativ. Was unser Gehirn leistet, wenn wir älter werden (Freiburg 2006).
- 8 Vgl. Anton AMANN, Die vielen Gesichter des Alters. Tatsachen – Fragen – Kritiken (= Edition S, Wien 1989); Anton AMANN, Die großen Alterslügen. Generationenkrieg – Pflegechaos – Fortschrittsbremse? (Wien 2004).
- 9 Vgl. Hans-Werner PRAHL / Klaus R. SCHROETER, Soziologie des Alterns. Eine Einführung (= Uni-Taschenbücher 1924, Paderborn 1996).
- 10 Vgl. Hans Peter TEWS, Soziologie des Alterns (= Uni-Taschenbücher 359, Heidelberg 1979).

etwa 70.000 Plätze für Betreuung und Pflege, die österreichweit angeboten werden. Alten- und Pflegeheime sind also in Österreich zur Betreuung und Pflege alternder Menschen verankert und leisten für die Gesellschaft einen wichtigen Beitrag.¹¹

Institutionalisierung der Betreuung und Pflege alternder Menschen

Bis in die Neuzeit hinein waren Einrichtungen der Kirchen unter dem christlichen Leitgedanken der Nächstenliebe „Du sollst deinen Nächsten wie dich selbst lieben“¹² wesentlich für die Betreuung alter(nder), kranker, gebrechlicher und sterbender Menschen. Diese wurden schließlich durch städtische Einrichtungen und Pflegekräfte weltlicher Einstellung ergänzt, eine Trennung der Institutionen entlang der Bedürftigkeit in Armen- und Krankenhäuser führte zu einer weiteren Ausdifferenzierung im 18. Jahrhundert.¹³ Noch heute gilt es zwischen privaten, öffentlichen oder konfessionellen Trägereinrichtungen mit unterschiedlichen Weltanschauungen zu differenzieren, was von mir in der Auswahl der Einrichtungen berücksichtigt wurde.

Zudem änderte sich der gesellschaftliche Zusammenhalt: Bis zur Industrialisierung im endenden 18. und beginnenden 19. Jahrhundert war das Leben von beruflichen Tätigkeiten in Landwirtschaft und Handwerk geprägt, wobei ältere Personen aufgrund ihrer Erfahrung besonders wertvoll für die Existenzsicherung erlebt wurden. Zudem boten Lebens- und Arbeitsgemeinschaften vor allem in ländlichen Gebieten einen engen Zusammenhalt, wodurch die Versorgung von arbeitsunfähigen Mitgliedern der Wohngemeinschaft gesichert war. Im städtischen Raum boten Schutzregelungen der Zünfte von Handwerksbetrieben ihren Meisterhandwerkern eine finanzielle Absicherung des sozialen Status auch im Alter bei nachlassender Leistungsfähigkeit. Gesellen, untergeordnete städtische Bedienstete, Dienstboten oder besitzloses Gesinde waren im Falle der Arbeitsunfähigkeit auf die öffentliche Wohlfahrt und Armenfürsorge angewiesen. Frauen waren bemüht durch (Wieder-)Heirat ihr Auskommen zu sichern.¹⁴

Der industrielle Wandel führte zu einer Veränderung dieser familiären Einbindung. Eine soziale und materielle Unabhängigkeit der Angehörigen unterschiedlicher Generationen entstand. Gleichzeitig wich traditionelles Wissen den technischen Neuerungen, wodurch die

11 Vgl. Daniela WAGNER, Bildungsperspektiven einer kultursensiblen Altenpflege. Diversität und Interkulturalität in österreichischen Alten- und Pflegeheimen, in: Gabriele Khan-Svik u. a., Hg., *Bildungsforschung (in) der Migrationsgesellschaft. Entwicklung und Perspektiven in Österreich* (Innsbruck 2012), 66–76, online unter: https://www.uibk.ac.at/iez/aktuelles/publikationen/onlinepublikationen/tagungsband_bildungsforschung_in_der_migrationsgesellschaft_2011_graz.pdf (letzter Zugriff: 22.06.2017); STATISTIK AUSTRIA, *Bevölkerung* (2011), online: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html (letzter Zugriff: 05.12.2011); REINPRECHT, *Gesundheit, wie Anm. 4*, 157; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz [BMSK], *Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandaufnahme* (Wien 2008), online unter: http://www.sfs-research.at/projekte/P55-Hochbetagtenbericht/hochaltrigen_bericht_ende1.pdf (letzter Zugriff: 18.06.2011).

12 Lukasevangelium, 10:27.

13 Vgl. Rosa M. WECHTITSCH, *Gesunde Arbeitswelt Pflege. Gesundheitsförderung für Pflegepersonen im Krankenhaus*, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 2006), 11; Barbara POKORNY, *Altenpflege – die Dienstleistung der Zukunft. Arbeitszufriedenheit als Determinante für Qualität und Attraktivität im Altenpflegebereich anhand des Seniorenwohnheims Schwertberg* (= Schriften der Johannes-Kepler-Universität Linz, Reihe B, Wirtschafts- und Sozialwissenschaften 86, Linz 2004), 9–11.

14 Vgl. Wolfgang VOGES, *Soziologie des höheren Lebensalters. Ein Studienbuch zur Gerontologie* (Augsburg 2008), 36–48.

Erfahrung der alternden Menschen an Wert verlor.¹⁵ Mit der Institutionalisierung der Altenhilfe und -pflege geht eine Ausgliederung dieser Aspekte aus dem Familienkreis einher. So führte die zunehmende Urbanisierung zu einem enormen Bedarf an „Einrichtungen zur Versorgung von Siechen (sozial oder gesundheitlich Beeinträchtigte)“.¹⁶ Die Übernahme von Unterstützungsmaßnahmen rückte als gesellschaftliche Aufgabe ab dem 19. Jahrhundert zwar ins Zentrum, jedoch herrschten in den öffentlichen Armenhäusern schwierige Zustände. Mangelhafte hygienische Bedingungen läuteten eine Zeit von „Verwahranstalten“ oder „geschlossener Altenhilfe“ ein.¹⁷

Eine Verbesserung der Betreuung und Pflege war nicht nur dringend nötig, sondern ausgehend vom industriellen wie medizinischen Fortschritt auch möglich. Durch die Zuschreibung von „natürlich weiblichen Eigenschaften“ der aufopfernden, selbstlosen Nächstenliebe wurden Männer aus der Krankenpflege verdrängt. Im 19. Jahrhundert entstanden erste Alten- und Pflegeheime, die vorrangig von Diakonissinnen betreut wurden.¹⁸

In der Zeit des Nationalsozialismus galt es jedoch den öffentlichen Fürsorgeaufwand wieder zu reduzieren. Die Altenhilfe erlag einem Einbruch, bis nach dem Zweiten Weltkrieg neue „moderne“ Entwicklungen angestrebt werden konnten.¹⁹ Werte und Weltanschauungen wandelten sich von familiären oder wohlthätigen Bemühungen zu institutionellen Einrichtungen, in denen die Funktionen und Aufgaben der Pflege übernommen wurden.²⁰ Die „moderne“ Entwicklung im 20. Jahrhundert – hin zu Wohnstätten mit individuellen Akzenten – unterteilen PRAHL und SCHROETER²¹ in drei Phasen. Die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg bis zu den 1960er Jahren war von einer „Bedeutungszunahme der Pflege“ alternder Menschen in der Gesellschaft geprägt. In den Einrichtungen dominierte die grundlegende Versorgung der „Heiminsassinnen und -insassen“. Eine Überbelegung in vorerst großen Schlafsälen bei gleichzeitig schlechter Ausstattung – beispielsweise mussten die Hygieneeinrichtungen von mehreren Personen geteilt werden – ließ den Menschen wenig Raum, sich zu entfalten. Gemeinschaftsräume waren nicht vorhanden. Mit der Entwicklung zu Zwei- und Vierbettzimmern und einer „Fokussierung auf Krankenanstalten“ kann die zweite Phase, die etwa bis in die 1970er Jahre dauerte, umrissen werden. Im geriatrischen Bereich wurden durch die Kenntnisse der Krankenhäuser theoretisch-rationale Pflegeleitbilder erstellt, welche sich in der Praxis an den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohnern orientierten sollten. Die Typisierung der stationären Einrichtungen in

- Altenwohnheime, die altersgerechten Wohnraum zur möglichst selbständigen Lebensführung bieten,
- Altenheime, die Versorgungs- und Betreuungsleistungen umfassen, und
- Altenpflegeheime, die sich auf eine umfassende Versorgung, Betreuung und Pflege der alternden Menschen spezialisierten,

15 Vgl. WOLFGANG VOGES, *Soziologie des höheren Lebensalters. Eine Einführung in die Alterssoziologie und Altenhilfe* (= HWA – Akademiereihe, Augsburg ²1990), 5–7.

16 Ebd., 39.

17 Vgl. ebd., 36–48.

18 Vgl. WECHTITSCH, *Arbeitswelt*, wie Anm. 13, 12.

19 Vgl. POKORNY, *Altenpflege*, wie Anm. 13, 11.

20 Vgl. VOGES, *Soziologie*, wie Anm. 15, 36–48.

21 Vgl. PRAHL / SCHROETER, *Soziologie*, wie Anm. 9, 155 f.

entwickelte sich aus dieser Anlehnung an die Infrastruktur in Krankenhäusern.²² Auch wenn es bis heute daran angelehnte Konzepte gibt, so wird diese grundlegende Differenzierung in den meisten Häusern nicht so strikt umgesetzt. Daher beziehe ich mich auf alle genannten Arten und darin gründenden Ausformungen der stationären Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen.

In der dritten Entwicklungsphase seit Mitte der 1980er Jahre bleiben diese Strukturierungsgedanken grundsätzlich erhalten. Jedoch rücken die Bewohner/-innen ins Zentrum der Aufmerksamkeit, Forderungen nach einer patientenorientierten Bereichspflege, die auf den direkten Bezug zu Bewohnerinnen und Bewohnern aufgebaut ist, werden laut. „Ganzheitlichkeit, Bewohnerorientierung und aktivierende Pflege“ werden in den zu sozialen Lebensräumen²³ gewordenen Einrichtungen als Leitlinien proklamiert. Erweitert werden diese Ansprüche durch das Konzept der Lebenswelt, welches durch die Ausrichtung an den Prinzipien der Autonomie, Partizipation und Vertrautheit die Lebensqualität der Bewohner/-innen zum Ziel hat. Diese modernen Ansätze werden nur bedingt umgesetzt, da ein möglichst hohes Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit der Bewohner/-innen häufig als Widerspruch zu den vom Personal gewährleisteten, notwendigen Betreuungs- und Pflegeleistungen wahrgenommen wird.²⁴

Die Betriebe unterliegen wirtschaftlichen Vorgaben, dem lokalen Versorgungsbedarf, gesellschaftlichen Wertvorstellungen, wissenschaftlichen Grundlagen sowie Weltanschauungen der Einrichtungsträger. Diese machen rationale Planungen und somit ein betriebliches Management, ausgerichtet an spezifischen Intentionen wie die Optimierung des Ressourcen- und Personaleinsatzes bei gleichzeitig konkurrenzfähigen Qualitätsstandards, unabdingbar.²⁵ Es wird ein Balanceakt gefordert, zwischen Ökonomisierung und dem ideellen Ziel der stationären Langzeitpflegeeinrichtungen die soziale, physische und psychische Bedürfnisbefriedigung der Bewohner/-innen zu forcieren und die Zufriedenheit aller Beteiligten zu erreichen.²⁶ Insgesamt können Häuser, die den alternden Menschen betruerische, pflegerische, medizinische und soziale Leistungen bieten, als zentrale Institutionen in unserer Gesellschaft wahrgenommen werden. Trotz politischer Bemühungen um alternative Versorgungsvarianten ist weiterhin, bezugnehmend auf demografische und gesellschaftliche Entwicklungen, von einem enormen Bedarf stationärer Betreuung sowie Pflege auszugehen.²⁷

22 Vgl. ebd.

23 Ein- oder Zweibettzimmer sind die Regel, wobei diese den Bewohnerinnen und Bewohnern mehr Raum zugestehen. Aufenthaltsräume und verkleinerte Stationsgrößen verweisen auf die weitere Entwicklung.

24 Vgl. Karla KÄMMER, Lebenswelten älterer Menschen kennen und gestalten, in: Karla Kämmer, Hg., Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken (Hannover 2015), 40–65; Birgit DECHMANN / Christiane RYFFEL, Soziologie im Alltag. Eine Einführung (= Edition Sozial, Weinheim 2006); Wolfgang VOGES, Pflege alter Menschen als Beruf. Soziologie des Tätigkeitsfeldes (Wiesbaden 2002); Angelika PRATTER, Lebensqualität im Altenheim, unveröffentlichte Diplomarbeit (Universität Graz 2001); PRAHL / SCHROETER, Soziologie, wie Anm. 9, 156–167.

25 Vgl. POKORNY, Altenpflege, wie Anm. 13, 15; VOGES, Pflege, wie Anm. 24, 193 f.

26 Vgl. POKORNY, Altenpflege, wie Anm. 13, 15; PRAHL / SCHROETER, Soziologie, wie Anm. 9, 164–166.

27 Vgl. VOGES, Soziologie, wie Anm. 15, 36–48, 192 f.; POKORNY, Altenpflege, wie Anm. 13, 11.

Professionalisierung – Akademisierung

Mit der Institutionalisierung entwickelten sich auch die Anforderungen an die Betreuungs- und Pflegekräfte weiter. Nachdem lange Zeit von den Prinzipien der Nächstenliebe und Erlösung getragene Ordensfrauen die Betreuung und Pflege übernommen hatten, wurden im 19. Jahrhundert mit der Entstehung der ersten Alten- und Pflegeheime erstmals Rufe um eine Spezialisierung der Pflegeberufe laut. So wurde die erste Schule für Krankenpflege 1882 in Wien unter Prof. Theodor Billroth eröffnet. Charakteristisch war (ist) die Präsenz der Ärzte in diesen Schulen als Leitende und Lehrende.²⁸ Bis ins 20. Jahrhundert gewannen die Medizin und damit die Ärzte eine Vormachtstellung. Die Pflegepersonen unterlagen den Anordnungen des Arztes und übernahmen lediglich helfende Tätigkeiten. Es erfolgte die Degradierung zu einem Heilhilfsberuf:

„Innerste Neigung zu diesem Berufe, Herzengüte, Verstand, stilles Wesen, müssen sich verbinden mit jenem Talent, dessen Eigentümlichkeit in einer meist unbewussten Beobachtungsgabe für die Vorgänge im und am Menschen besteht. [...] Wahrheitsliebe, Ordnungssinn, zuverlässige Treue im Beruf, Folgsamkeit gegenüber den ärztlichen Anordnungen, Fügsamkeit auch in die einzelnen zuweilen recht unbehaglichen Verhältnisse sind unerläßliche Eigenschaften einer Pflegerin.“²⁹

Diese Unterwürfigkeit wurde von der Berufsgruppe der Ärzte durch eine restriktive Ausbildung forciert, um eine Konkurrenzsituation zu vermeiden. Die starke Fremdbestimmung wirkte frustrierend, weshalb bei den Pflegekräften der Wunsch nach Eigenständigkeit und Professionalisierung entstand.³⁰ Diese Überlegungen wurden in der Zeit des Nationalsozialismus wieder in den Hintergrund verbannt, bis nach und nach eine zunehmende Spezialisierung des Berufs Einzug erhielt. Durch den Erwerb praktischer und theoretischer Kenntnisse innerhalb der Berufsausbildung war eine Semi-Professionalisierung erreicht.

Bis heute werden Grundfähigkeiten christlicher Nächstenliebe erwartet. Verantwortungs- und Aufgabenbereiche sind festgeschrieben, intern festgelegte Normen, implizit vorhandene Erwartungen und explizit gemachte Zuschreibungen inklusive drohender Sanktionen prägen das Verhalten der in unterschiedlichen Positionen arbeitenden Mitarbeiter/-innen. Die arbeitsteiligen Spezialisierungen orientieren sich – so wurde auch in den Interviews bestätigt – vorrangig an der traditionellen Funktionspflege. Ausgerichtet werden diese Positionen strukturell wie inhaltlich an den Hierarchien und Aufgaben der Gesundheits- und Krankenpflege, wobei der Fokus auf die Versorgung in Krankenhäusern und damit medizinische Dispositionen gerichtet ist. Ausgehend von den gesetzlichen Vorgaben (Personalschlüssel) sind die Positionen

28 Die Ausrichtung an der Pflege in Krankenhäusern manifestiert sich bis heute in der gleichen Ausbildung für diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, unabhängig vom späteren Tätigkeitsbereich (Krankenhaus, Langzeitpflegeeinrichtung). Vgl. Max HALLER / Bernadette MÜLLER, Hg., *Pflege und Altern(ativen)? Ergebnisse des Forschungspraktikums Pflege und Gesellschaft* (= Berichte aus den Forschungspraktika des Instituts für Soziologie an der Karl Franzens-Universität Graz 14, Graz 2008), 267 f.

29 POKORNY, *Altenpflege*, wie Anm. 13, 14.

30 Vgl. WECHTITSCH *Arbeitswelt*, wie Anm. 13, 11–13.

hierarchisch vorgegeben: Heimleitung, Pflegedienstleitung, diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen, Pflegehilfe. Darüber hinaus gibt es noch weitere interne wie externe unterstützende Kräfte (ehrenamtliche Mitarbeiter/-innen, Zivildienstler, Praktikantinnen/Praktikanten, medizinisches Personal wie Ärztinnen/Ärzte, zusätzliche Angebote: Hospizteam, Verwaltung), die schließlich das gesamte Sozialgefüge ausmachen, dem ein direkter Führungsstil zugrunde liegt.³¹ Die von mir befragten Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements haben unterschiedliche Ausbildungswege für sich gewählt. Heim- und Pflegehelfer/-innen haben die Ausbildung in non-formalen Bildungsangeboten in Österreich absolviert. Diplomierte Pflegekräfte haben ihre Ausbildung vorrangig in ihren Herkunftsländern gemacht und schließlich in Österreich nostrifiziert. Gerade Stations- und Pflegedienstleitungen nutzen Professionalisierungsangebote, beispielsweise wird die Akademie für Gesundheitsberufe genannt oder ein Studium an der Fachhochschule abgeschlossen. Zusatzausbildung bis zum akademischen Niveau werden genannt und dienen vorwiegend dem Ziel, sich beruflich zu verändern (hierarchischer Aufstieg, Wechsel des Aufgabenbereichs).

Voges³² bezieht sich auf ein Professionsverständnis, welches sich auf die Existenz einer Wissenschaftsdisziplin, fachspezifischer Aus- und Weiterbildungsangebote, ethische und rechtliche Normierungen beruflichen Handelns, berufsverbandliche Organisationen, kollektiven Nutzen, relativer Autonomie, gesetzlich monopolisierten Zuständigkeitsbereichen und einem Fähigkeitsprofil gründet. Dass diese Dimensionen erreicht und damit die Entwicklung des Berufs zur Profession fortgeschritten ist, wird auch durch die Veränderungen im aktuellen Gesundheits- und Krankenpflegegesetz,³³ welches 2016 erlassen wurde, unterstrichen.³⁴ Durch die Verlagerung der Ausbildung zu Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen an die Hochschulen erhalten forschungsgeleitete Lehre und evidenzbasierte Praxis Einzug. Inwiefern eine Akademisierung der Ausbildung dazu beiträgt, modernen Ansprüchen in Alten- und Pflegeheimen gerecht zu werden, bleibt an dieser Stelle offen.

Insgesamt kann zwischenzeitlich festgehalten werden, dass lange die – vorwiegend leibliche – Versorgung der Kranken, Armen und Alten vom Prinzip der christlichen Nächstenliebe getragen war. Durch zunehmende Übernahme des Pflegeberufes durch weltliches – meist aus niedrigen sozialen Schichten stammendes – Personal rückte die Medizin in den Mittelpunkt. Sichtbar wurde diese Entwicklung in der verbesserten Anerkennung, der Ausbildung mit Fokus auf Medizin und Krankenhäuser, den Hierarchien, dem Vokabular und der allgemeinen

31 Vgl. VOGES, Pflege, wie Anm. 24, 32–47, 138, 158–161. Steiermärkisches Pflegeheimgesetz [StPHG], Gesetz vom 1. Juli 2003 über die Pflege und Betreuung in Pflegeheimen und auf Pflegeplätzen (2003), § 8 Abs. 1 f, online unter: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Lgbl/LGBL_ST_20031013_77/LGBL_ST_20031013_77.pdf (letzter Zugriff: 22.06.2017).

32 Vgl. VOGES, Pflege, wie Anm. 24.

33 Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe - Novelle [GuKG-Novelle], 75. Bundesgesetz, mit dem das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz, das Berufsreifeprüfungsgesetz und das Ärztegesetz 1998 geändert werden, in: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (Wien, 1. August 2016), https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2016_I_75/BGBLA_2016_I_75.pdf (letzter Zugriff: 30.09.2016). Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe [GuKG] (1997), Gesundheits- und Krankenpflegegesetz – GuKG sowie Änderung des Krankenpflegegesetzes, des Ausbildungsvorbehaltsgesetzes und des Ärztegesetzes 1984, in: Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich (Wien 1997), https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1997_108_1/1997_108_1.pdf (letzter Zugriff: 22.06.2017).

34 Da meine Befragungen vor dieser Novelle stattfanden, werden die zuvor gebräuchlichen Bezeichnungen verwendet und Standards als Referenzrahmen herangezogen.

Bestimmungen (Hygieneverordnung). Basierend auf diesen historisch gewachsenen Strukturen in Alten- und Pflegeheimen wird ein Wandlungsprozess von idealtypischen Hospitälern mit Fokus auf medizinischer Pflege hin zu modernen Seniorenresidenzen, ausgerichtet am Ideal der Lebensweltorientierung, proklamiert. Es offenbart sich jedoch ein Balanceakt zwischen Theorie und Praxis, zwischen medizinischer Pflege und Lebensweltorientierung. Inwieweit sich ein historischer Bezug bis heute in den Einrichtungen wiederfindet und welche Wirkungen sich daraus entfalten wird analysiert. Ebenso steht im Fokus der Analyse, inwieweit eine Ausrichtung an den Bedürfnissen der Bewohner/-innen und damit eine Lebensweltorientierung, die einem modernen Betreuungs- und Pflegeverständnis in der stationären Langzeitpflege entsprechen würde, mit welchen Konsequenzen für das Altern in diesen Einrichtungen umgesetzt wird.

Das Forschungsdesign

Die Basis für die historischen Bezüge und aktuellen Anforderungen entspringen einer umfassenden Analyse der von mir im Rahmen meines Dissertationsprojektes 2011 geführten Interviews.³⁵ Aufgrund der zum Zeitpunkt meiner Dissertation³⁶ wenig bearbeiteten Thematik in Österreich und dem Bestreben neuartige Erkenntnisse hervorzubringen, war es für mich selbstverständlich, neben der Recherche vorhandener Literatur und Statistiken auch ein empirisches Vorgehen zu inkludieren. „Empirisch vorzugehen heißt, Erfahrungen über Realität zu sammeln, zu systematisieren und diese Systematik auf den Gegenstandsbereich [...] anzuwenden.“³⁷ Dabei werden detaillierte individuelle Relevanzsetzungen – also Gedanken, Erfahrungen, Situationsdeutungen, Einstellungen, Meinungen und Begründungen einzelner Menschen – zu

35 Vgl. Bewohner/-in [= Bew.] 1, Haus 2, geführt am 22.03.2011 [40 Minuten]; Bew. 2, Haus 2, geführt am 22.03.2011 [31 Minuten]; Bew. 1, Haus 3, geführt am 30.03.2011 [1 Stunde 12 Minuten]; Bew. 2, Haus 3, geführt am 14.07.2011 [1 Stunde]; Bew. 1, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [52 Minuten]; Bew. 2, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [19 Minuten]; Bew. 3, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [20 Minuten]; Bew. 4, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [28 Minuten]; Bew. 5, Haus 4, geführt am 11.07.2011 [25 Minuten]; Bew. 6, Haus 4, geführt am 11.07.2011 [32 Minuten]; Bew., Haus 6, geführt am 10.11.2011 [1 Stunde 6 Minuten]; Angehörige [= Ang.], Haus 3, geführt am 07.04.2011 [57 Minuten]; Ang. 1, Haus 4, geführt am 11.07.2011 [32 Minuten]; Ang. 2, Haus 4, geführt am 12.07.2011 [30 Minuten]; Pflegedienstleitung [= PDL], Haus 1, geführt am 28.02.2011 [1 Stunde 21 Minuten]; PDL, Haus 4, geführt am 15.03.2011 [52 Minuten]; Stationsleitung [= SL] 1, Haus 1, geführt am 03.03.2011 [54 Minuten]; SL 1, Haus 4, geführt am 11.07.2011 [1 Stunde 10 Minuten]; SL 2, Haus 1 (2011), geführt am 03.03.2011 [38 Minuten]; SL 2, Haus 4 (2011), geführt am 11.07.2011 [1 Stunde 7 Minuten]; SL, Haus 2 (2011), geführt am 22.03.2011 [48 Minuten]; SL, Haus 3 (2011), geführt am 07.04.2011 [1 Stunde]; Wohnbereichsleiter [WBL], Haus 5 (2011), geführt am 28.04.2011 [30 Minuten]; Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin [DGKP], Haus 4 (2011), geführt am 12.07.2011 [27 Minuten]; DGKP, Haus 5 (2011), geführt am 04.05.2011 [41 Minuten]; Pflegehilfe [PH], Haus 2 (2011), geführt am 22.03.2011 [1 Stunde 24 Minuten]; Heimhilfe [HH], Haus 2 (2011), geführt am 22.03.2011 [1 Stunde]; Mitarbeiterin [MA], Haus 3 (2011), tätig als Koordinatorin der ehrenamtlichen Mitarbeiter/-innen und Rezeptionistin, geführt am 07.04.2011 [46 Minuten]; Sozialarbeiterin [SA], Haus 3 (2011), geführt am 15.03.2011 [30 Minuten].

36 Vgl. Daniela WAGNER, (Migrationsbedingte) Diversität in österreichischen Alten- und Pflegeheimen, unveröffentlichte Dissertation (Universität Graz 2015).

37 Hans-Bernd BROSIUS / Friederike KOSCHEL / Alexander HAAS, Methoden der empirischen Kommunikationsforschung. Eine Einführung (Wiesbaden 2008), 18.

dem interessierenden Thema mittels bestimmter Verfahren erhoben und analysiert. Die Basis für das methodische Design bildet die „Grounded Theory“ von Anselm Strauss und Juliet Corbin als leitendes Paradigma, die als Ziel das Entwickeln von Theorien hervorheben:

„Eine ‚Grounded‘ Theory ist eine gegenstandsverankerte Theorie, die induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Sie wird durch systematisches Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, entdeckt, ausgearbeitet und vorläufig bestätigt. Folglich stehen Datensammlung, Analyse und die Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander.“³⁸

Zentral sind die Kriterien der Übereinstimmung mit dem Gegenstandsbereich, die Verständlichkeit, die Allgemeingültigkeit, um durch Abstraktion die Theorie auf andere Kontexte übertragen zu können, und die Kontrolle des Handelns im Kontext des Phänomens. Offenheit, Flexibilität, Sorgfalt, Kreativität und Systematik sind weitere unabdingliche Tugenden um wertvolle Entdeckungen zu machen, die eine Grounded Theory charakterisieren. In diesem pragmatisch-interaktionistisch verorteten Forschungsprozess schreibt Kathy Charmaz den Forschenden eine zentrale Rolle zu: „[...] we are part of the world we study and the data we collect.“³⁹ Franz Breuer⁴⁰ ergänzt dieses konstruktivistische Verständnis indem er davon ausgeht, dass die Perspektiven der Wissenschaftler/-innen – beeinflusst durch Grundannahmen, theoretische Modelle, disziplinär verankerte Forschungstraditionen, soziokulturell geprägte eigene Involviertheit (Präkonzepte) und dergleichen – die forschungsinhärenten Wahrnehmungen beeinflussen. Es ergeht die Forderung, die interessierte, offene und respektvolle Interaktion zwischen Forschenden und Beforschten, zwischen der eigenen Rolle und der subjektiven methodologischen Position bis zur konkreten Datenanalyse bewusst zu reflektieren (reflektierte Erkenntnishaltung).⁴¹

Ausgehend von der sehr offen formulierten Forschungsfrage „Wie gestaltet sich das von Diversität geprägte Zusammenleben und -arbeiten in stationären Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen?“ erfolgte eine weitere Anpassung der wesentlichen Elemente des Forschungsdesigns. Einen wesentlichen Schritt in der Grounded Theory stellt die Auswahl der Stichprobe dar, welche nach Strauss und Corbin „auf der Basis von Konzepten, die eine bestätigte theoretische Relevanz für die sich entwickelnde Theorie besitzen“⁴² vorzunehmen ist. Es wurden stationäre Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen ausgewählt, die aufgrund ihrer typischen Kultur (Strukturen, Abteilungen, Hierarchien, Regeln, Normen, Praxen) und Rahmenbedingungen den Aufbau sozialer Wirklichkeitsvorstellungen

38 STRAUSS / CORBIN, Grounded Theory, wie Anm. 1, 7 f.

39 Kathy CHARMAZ, Constructing Grounded Theory. A Practical Guide through Qualitative Analysis (Los Angeles 2006), 10.

40 Vgl. Franz BREUER, Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis (Wiesbaden 2010).

41 Ich nutze einen pragmatischen und eklektizistischen Zugang, also unterschiedliche Ausführungen zur Grounded Theory, zu Erhebungs- und Auswertungsmethoden, um mit meinem Vorgehen möglichst adäquat dem Thema zu entsprechen.

42 STRAUSS / CORBIN, Grounded Theory, wie Anm. 1, 148.

und die Gestaltung von Handlungsorientierungen der Akteurinnen und Akteure mitbestimmen.⁴³ Ausgehend von dem Wissen um länderspezifische Personalschlüssel und deren Auswirkungen auf die Heimwelten gilt eine erste Bestrebung, Erhebungen in mindestens zwei Bundesländern mit möglichst unterschiedlichen Rahmenbedingungen (Verständnis von Pflegequalität, Personalschlüssel) durchzuführen. Schließlich fiel aufgrund der Kontakte durch meine Studien die Wahl auf die Steiermark und durch die Rückmeldung größerer Trägerorganisationen auf meine Kontaktversuche boten Wiener Häuser die Kontrastmöglichkeit. Durch weitere Überlegungen zu Einflussfaktoren fokussierte ich auf die unterschiedlichen Träger der Häuser und es gelang mir konfessionell-, städtisch- und privat-geführte Einrichtungen für die Unterstützung meines Vorhabens zu gewinnen. Schließlich leitet mich die Überlegung, dass eventuell Bedingungen zwischen ländlich und städtisch gelegenen Alten- und Pflegeheimen variieren.

Die Entscheidung für die integrierten Akteur/-innengruppen ist ebenfalls wesentlich, denn Ereignisse und Handlungsweisen erhalten Sinn und Bedeutung durch die Einbettung in einen Kontext. Entscheidend ist dabei „die Kommunikation als sinngenerierender Prozess, der Sinn selbst als Ordnungsform des Erlebens und Handelns sowie die Strukturierung als Produktion von Ordnung“.⁴⁴ Bei der Auswahl profitierte ich von meiner Masterarbeit, in der bereits die wesentliche Bedeutung der Inklusion aller Beteiligten – Bewohner/-innen, Angehörige und Mitarbeiter/-innen – deutlich wurde.⁴⁵ Die Interdependenzen zwischen Bewohnerinnen/Bewohnern, deren Angehörigen, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und leitendem Personal bestätigte sich abermals im Feld. Die organisationstheoretische Perspektive offenbart zudem die Notwendigkeit, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern darauf zu achten, dass diese aus allen vorhandenen Hierarchieebenen kommen. Daraus entstand die Intention, alle genannten Personengruppen in die Erhebung einzubeziehen. Weitere angestrebte Differenzierungen ergeben sich aus dem Geschlecht, dem Alter, dem Gesundheitszustand, dem Bildungsstand, der Herkunft und der Berufsgruppenzugehörigkeit. Durch diese angestrebte Variation des Samplings wird das Anstellen von Vergleichen begünstigt. „Theoretisches Sampling garantiert das Aufspüren von Variation, Prozeß und auch Dichte. Dementsprechend ist auch ein gewisser Grad an Flexibilität notwendig, da der Forscher auf datenrelevante Situationen, die während seines Feldaufenthaltes auftreten, reagieren“⁴⁶ muss. Ausgehend von der Forderung für Flexibilität gelang es mir in den Einrichtungen zuvor nicht bedachte Berufsgruppen aufzuspüren und entsprechende Vertreterinnen für mein Vorhaben zu gewinnen (Sozialarbeiterin, ehrenamtliche Mitarbeiterin). Auch bei den Bewohnerinnen und Bewohnern hatte ich die Gelegenheit, mein Sampling zu erweitern, etwa den möglichen Einfluss einer Kriegsgefangenschaft mit in die Untersuchung aufzunehmen.

43 Vgl. Ulrike FROSCHAUER / Manfred LUEGER, ExpertInnengespräche in der interpretativen Organisationsforschung, in: Alexander Bogner / Beate Littig / Wolfgang Menz, Hg., Experteninterviews. Theorien, Methoden, Anwendungsfelder (Wiesbaden 2009), 239–276; Birgit DECHMANN / Christiane RYFFEL, Soziologie im Alltag. Eine Einführung (Weinheim 2006), 69–112.

44 FROSCHAUER / LUEGER, ExperInnengespräche, wie Anm. 43, 241.

45 Vgl. Daniela WAGNER / Nora HEGENBART, Füreinander & Miteinander – Leitbild für ein zufriedenes Leben im Alter? Determinanten der Zufriedenheit am Beispiel des Pflegezentrums „Perisutti“ in Eibiswald, unveröffentlichte Masterarbeit (Universität Graz 2010).

46 STRAUSS / CORBIN, Grounded Theory, wie Anm. 1, 150.

Für die Dissertation wählte ich als Erhebungsmethode qualitative Interviews, die ich mit den so ausgewählten Bewohnerinnen/Bewohnern, deren Angehörigen, Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern und dem leitenden Personal der Alten- und Pflegeheime führte. Mich interessierten einerseits die Lebensgeschichten der Personen, wobei sich Parallelen zum biografischen Interview von Fritz Schütze⁴⁷ erkennen lassen, indem die Interviewpartner/-innen frei von ihrer Lebensgeschichte und besonders hinsichtlich der interessierenden Phasen zu ihrem Leben beziehungsweise Arbeiten im Haus erzählen können. Ereignisverstrickungen und lebensgeschichtliche Erfahrungsaufschichtungen sind für mich von Interesse, weil diese das Für- und Miteinander im Haus prägen – so meine These. Vor allem soziale und kulturelle Entwicklungsprozesse könnten den Umgang mit dem Alter(n) beeinflussen.

Auf der anderen Seite fokussierte ich auf die subjektiven Wahrnehmungen des Für- und Miteinanders in österreichischen Alten- und Pflegeheimen. Einblick in diese gewährten mir die Akteurinnen und Akteure solcher Einrichtungen in deren Erzählungen. Um dies umzusetzen orientierte ich mich in der Gestaltung der konkreten Interviews am problemzentrierten Interview nach Andreas Witzel.⁴⁸ Dabei liegt der Fokus auf den subjektiven Perspektiven der Akteurinnen und Akteure. Dies zeigt sich in der möglichst unvoreingenommenen Erfassung subjektiver Handlungsbeschreibungen, Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen dieses Für- und Miteinanders.⁴⁹ Handlungsbegründungen und Situationsdeutungen sind dabei zentral, da diese bei Individuen durch gesellschaftliche Anforderungen entwickelt und durch subjektive Betrachtungsweisen im Gespräch (re)konstruiert werden. Bei beiden inspirierenden Interviewformen wird zudem der kommunikative, erzählgenerierende Charakter der Interviews hervorgehoben, wenngleich ein völlig narratives Interview aufgrund der beiden Themenschwerpunkte nicht zielführend erscheint. In der vorliegenden Untersuchung sind die Fragen des Leitfadens so strukturiert, dass sie einer chronologischen Reihenfolge entsprechen und von sehr persönlichen Erfahrungen der Berufs- und Migrationsbiografie hin zu aktuellen Wahrnehmungen des Für- und Miteinanders im Alten- und Pflegeheim leiten. Diese Fragen waren entsprechend dem Anspruch der Grounded Theory provisorisch und wurden in der Forschungsarbeit variiert, um weitere Entdeckungen und Vertiefungen zu ermöglichen.⁵⁰ Die befragten Personen antworteten frei auf diese Fragen und konnten so unterschiedliche Relevanzsysteme entfalten, individuelle Wirklichkeitsdefinitionen, Bedeutungen sowie Interpretationen mitteilen und Interpretationsrahmen rekonstruieren.

47 Vgl. Fritz SCHÜTZE, Biographieforschung und narratives Interview, in: *Neue Praxis* 13/3 (1983), 283–293.

48 Vgl. Andreas WITZEL, Das problemzentrierte Interview, in: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1/1 (2000), online unter: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519> (letzter Zugriff: 26.06.2017).

49 Vgl. ebd., 1.

50 Vgl. Jochen GLÄSER / Grit LAUDEL, Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (Wiesbaden 32009), 41–63; Arthur J. CROPLEY, *Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung* (Frankfurt am Main 2005), 107; Uwe FLICK, *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (Reinbek bei Hamburg 2002), 151 f.; STRAUSS / CORBIN, *Grounded Theory, wie Anm. 1*, 151 f.

Nach den insgesamt 29 aufgezeichneten Gesprächen wurde jeweils ein Postskriptum⁵¹ und ein wörtliches, vollständiges Transkript entsprechend der in meiner Dissertation festgelegten Transkriptionsregeln⁵² angefertigt. Diese Transkripte boten die Grundlage für die Auswertung im Rahmen der Grounded Theory: „Analyse in der Grounded Theory besteht aus sehr sorgfältigem Kodieren der Daten, welches hauptsächlich, wenn auch nicht ausschließlich, durch mikroskopische Untersuchung der Daten geschieht.“⁵³ Dabei werden drei Haupttypen des Kodierens – das offene Kodieren, das selektive Kodieren und das axiale Kodieren – differenziert, charakterisiert durch Interpretationsarbeit, Vergleiche und gestellte Fragen. Am Ende steht eine gegenstandsbezogene, in den Daten verankerte Theorie. Das Ergebnis der Analyseprozesse, die Präsentation und Reflexion dessen findet sich in meiner Dissertation.

Balanceakt zwischen medizinischer Pflege und Lebensweltorientierung

Bei den Gesprächen mit Bewohnerinnen/Bewohnern, Angehörigen und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Betreuung, der Pflege und des Managements wurde deutlich, dass bereits die verwendeten Bezeichnungen das Spannungsfeld zwischen medizinischem Pflegeanspruch und Lebensweltorientierung offenbaren. Es wird zwischen Patientinnen/Patienten und Bewohnerinnen/Bewohnern, zwischen Pflegekräften und Krankenschwestern, zwischen Stationen und Wohnbereichen u. v. m. von allen Anspruchsgruppen differenziert. Meine Interviewpartner/-innen sprechen von Visiten, die durchgeführt werden, betonen vorrangig medizinische Pflegeleistungen als Aufgaben oder sprechen von „Stationsschwestern“, „Schwestern“ und „Patientinnen/Patienten“. Diese Differenzierungen scheinen in erster Linie eine unterschiedliche Terminologie darzustellen. Bei genauerer Betrachtung offenbart sich ein dahinterliegendes Bezugsfeld, Krankenhaus oder Lebenswelt, welches sich auf die Bewohner/-innen, deren Angehörige aber auch das Selbst- und Arbeitsverständnis der Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements auswirkt. Einige Bewohner/-innen sind überzeugt, in einem Krankenhaus zu sein, fragen teilweise sogar nach der bevorstehenden Entlassung. Andere Vergleiche rekurren eher auf ein Verständnis einer totalen Institution (Gefängnis). Vor allem Bewohner/-innen von Alten- und Pflegeheimen, in denen kein eigener Bereich für Betreutes Wohnen integriert ist, strengen derartige Vergleiche an. Hingegen beschreiben die Bewohner/-innen im Betreuten Wohnen ihre Lebensbereiche als Wohnungen oder als Zuhause. Verstärkt werden diese Ausprägungen durch folgende, im Rahmen meiner Dissertation⁵⁴ identifizierte Wirkzusammenhänge.

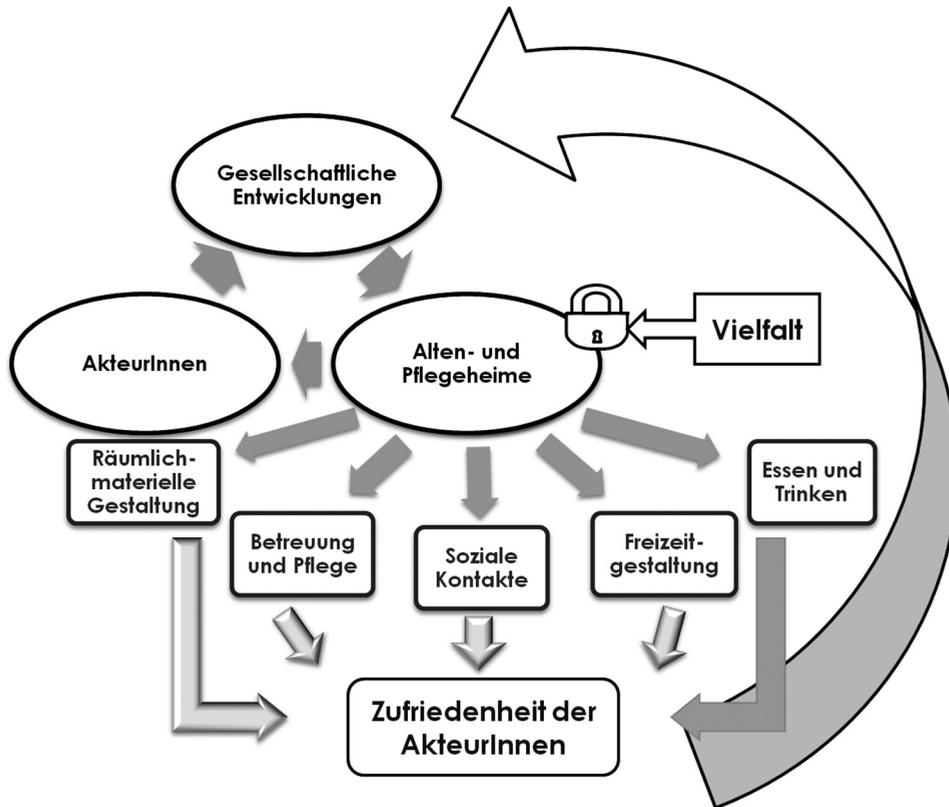
51 Vgl. Arnulf DEPPERMAN, Gespräche analysieren. Eine Einführung (= Qualitative Sozialforschung 3, Wiesbaden 2008); WITZEL, Interview, wie Anm. 48.

52 Vgl. WAGNER, Diversität, wie Anm. 36, 77–79.

53 STRAUSS / CORBIN, Grounded Theory, wie Anm. 1, 40.

54 Vgl. WAGNER, Diversität, wie Anm. 36.

Grafik 1: Wirkmechanismen des Für- und Miteinanders in österreichischen Alten- und Pflegeheimen (eigene Darstellung)



Es lässt sich erkennen, dass die gesellschaftlichen Entwicklungen, denen die historische Gewordenheit, die demografischen und sozialen Veränderungen, die institutionellen und professionellen Anforderungen sowie die politischen Restriktionen inhärent sind, die Basis bilden. Die Entwicklungen, genauer die daraus entstehenden Ansprüche, Erwartungen und Rahmenbedingungen wirken sich auf die einzelnen Akteurinnen und Akteure ebenso aus wie auf die Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen. Durch lebensgeschichtliche Erfahrungen und die (Aus-)Bildungsbiografien – also die erworbenen Qualifikationen mitsamt deren Relevanzsetzungen – prägen die Mitarbeiter/-innen des Managements, der Pflege und der Betreuung, die Bewohner/-innen sowie deren Angehörige die Strukturen in Alten- und Pflegeheimen, innerhalb der gegebenen gesetzlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen. Als wesentlich haben sich Bereiche der räumlich-materiellen Gestaltung, der Betreuung und Pflege, der sozialen Kontakte, der Freizeitgestaltung sowie des Essens und Trinkens herauskristallisiert. Wie diese gestaltet sind, wirkt sich maßgeblich auf das Für- und Miteinander und in weiterer Folge auf die Zufriedenheit der Bewohner/-innen, deren Angehöriger aber auch der Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements aus, wobei weitere historische Artefakte bis heute präsent sind.

Räumlich-materielle Gestaltung

Baulich zeigt sich, dass es sich meist um mehrstöckige Gebäude, die je nach Ausstattung mit Krankenhäusern (barrierefreie Gestaltung der Räume, vor allem der Sanitäreinrichtungen) oder Hotels (Balkone, Speisesaal) verglichen werden, handelt. Je nach Größe des Hauses werden Stationen, seltener Wohnbereiche, gebildet, zur besseren Strukturierung und um familienähnliche Situationen zu schaffen – so die Begründung. Von meist längeren Gängen auf diesen Stationen bzw. Wohnbereichen gehen die Türen zu den Ein- oder Zweibettzimmern ab. Stationsleiter/-innen oder Wohnbereichsleiter/-innen tragen die Verantwortung für die zugeordneten Zimmer. Die Zuteilung zu Ein- oder Zweibettzimmern erfolgt nach finanziellen, strukturellen und gesundheitlichen Kriterien. Bei der Zusammenlegung von Bewohner/-innen in Zweibettzimmern haben meine Interviewpartner/-innen in unterschiedlichen Häusern hervorgehoben, dass – solange keine größeren Probleme entstehen – die Zimmerpartner/-innenwahl ausschließlich nach Geschlecht und freiem Bett passiere. Dies führe zu wenig zufriedenstellenden Konstellationen. Aktivere Bewohner/-innen berichten über bettlägerige Mitbewohner/-innen höherer Pflegestufen, die mit Geräuschen, Gerüchen und sonstigen Anforderungen eine starke psychische Belastung darstellen. Eine Person erzählt, dass bereits mehrere Bewohner/-innen in diesem Zimmer neben ihr gestorben seien, auch das Gefühl, sich um die Mitbewohner/-innen kümmern zu müssen oder ständig den gesundheitlichen Verfall mit zu beobachten, wirkt belastend. In einem Haus werden Personen „zum Sterben“ in ein Einzelzimmer verlegt.

Weiters wird der Gestaltung der Räume eine bemerkenswerte Bedeutung zugeschrieben. Für die Bewohner/-innen und Besuchenden vermitteln Desinfektions-Spender im Eingangsbereich wohl eher das Gefühl eines Krankenhauses als von Lebensweltnähe. Die häufig verwendeten abwaschbaren Wände wirken meist steril, Dekorationsmaterialien werden äußerst sparsam angebracht. Dass dies mehr einem Krankenhaus wie einer Lebensweltorientierung entspricht, betont die Pflegedienstleitung in Haus 4 (2011, 80) im Interview:

„wie gesagt das wir in unserm Bundesland einfach das Problem habn das sehr oft die die Krankenhauslobby grad bei Hygienebestimmungen ehm, bei uns zum Tragen kommt ja und wir sind kein Krankenhaus wir wollen unsern Bewohnern ein Zuhause oder soweit es geht geben ahm und ein Zuhause ist halt keine abwaschbare Wand und kein hochglänzender Boden und nicht in allen Ecken und Enden Desinfektionsmittel (mhm) weil ich hab Zhaus a ka Desinfektionsmittel.“

Während im Betreuten Wohnen noch Appartements einer Kleinwohnung mit mehr Gestaltungsmöglichkeiten ähneln, wirken Zimmer auf „Betten- oder Pflegestationen“, also in Bereichen für pflegebedürftige Personen, wie Krankenzimmer.⁵⁵ Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes bedingt häufig einen Umzug innerhalb des Hauses,⁵⁶ was von allen Beteiligten als nicht zufriedenstellend wahrgenommen wird. In zwei Häusern sind diesbezüglich Veränderun-

55 Dies wird durch meist mit dem Umzug einhergehende umfassendere Vorgaben, zum Beispiel dass ein Verlassen der Pflegestationen häufig nur mit Begleitpersonen möglich ist, verstärkt.

56 Es gilt in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass bei einer Verbesserung der Situationen auch Wechsel von den Pflegestationen zum Betreuten Wohnen möglich sind. Vor allem nach Krankenhausbesuchen wird häufig kurzfristig eine stärkere Pflege benötigt.

gen bereits umgesetzt oder geplant, pflegebedürftig gewordene Personen dürfen in ihren Wohneinheiten bleiben. Insgesamt werden jedoch größere Wohneinheiten befürwortet, wengleich der Bewohner in Haus 6 (2011, 51) darauf hinweist: „sie können net Paläste für die Alten herstellen und die Jungen habn nix.“ Fotos oder Pölster sind häufig genutzte und leicht umsetzbare Möglichkeiten der propagierten persönlichen Gestaltung: „auf jeden Fall hab ich Bilder von Kindern und von meinen Enkeln (mhm) und [...] also auf jeden Fall hab ich persönlich auch etwas.“⁵⁷ Der Schaffung einer Wohlfühlatmosphäre sind in der Realität durch die Raumgröße, die gesetzlichen Anforderungen (Brandschutz, Hygieneverordnungen), der Unfallprävention (Teppiche als Sturzgefahr) und den eigenen Wünschen (Neuanfang) klare Grenzen gesetzt.

Betreuung und Pflege

Die – an der Qualifikation ausgerichtete – Hierarchie ist nicht nur klar geregelt, sondern in einigen Einrichtungen wird diese – wie in Krankenhäusern üblich – zusätzlich durch unterschiedliche Dienstkleidung betont, generell überwog weiße oder in Pastellfarben gehaltene Berufskleidung. In den meisten Gesprächen mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern werden Vergleiche mit der Betreuung und Pflege in Krankenhäusern vorgenommen. Dies ist wenig verwunderlich, denn alle befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Betreuung und Pflege haben vor der Tätigkeit in der Langzeitpflegeeinrichtung in einem Krankenhaus mindestens ein Praktikum absolviert, die meisten haben dort Berufserfahrung gesammelt und einige wenige möchten auch wieder in diesen Bereich wechseln.⁵⁸ Unterschiedliche Erfahrungen und Erwartungen führen zu einem differenzierten Bild der Tätigkeitsbereiche. Einerseits tragen diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen in Alten- und Pflegeheimen eine größere Verantwortung als in Krankenhäusern, aufgrund der weniger starken Präsenz von Ärztinnen und Ärzten in Langzeitpflegeeinrichtungen, andererseits wird dies nicht immer gewünscht.

Insgesamt wird im Vergleich der gesamte Tagesablauf unterschiedlich wahrgenommen. Einige Betreuungs- und Pflegekräfte verstehen den Beruf als „Handwerk mit Herz und mit Kopf“ der abwechslungsreicher als der Berufsalltag im Krankenhaus wahrgenommen wird: „es is immer irgendwo los es is nie langweilig.“⁵⁹ Andere nehmen den Pflegeberuf als weniger und stärker vorgegeben als in Krankenhäusern wahr: „andere Prozesse was die Krankenschwester bisschen ahm Aufgabe hier hab ma so Routine jeden Tag.“ Es handelt sich dabei nicht um hausspezifische Ausformungen, sondern um persönliche Wahrnehmungen. Darüber hinaus erleben die Mitarbeiter/-innen ihre Tätigkeiten als verantwortungsvoll und anstrengend, wobei hohe Belastungen durch Nacht- und Schichtdienste, eine weitere Parallele zum Krankenhausalltag, darstellen.

57 Bewohnerin 2, Haus 2, wie Anm. 35, 55.

58 Auffallend in den Interviews ist, dass keine Mitarbeiterin bzw. kein Mitarbeiter vom Wunsch erzählt, vom Krankenhaus in eine Einrichtung der Betreuung und Pflege alternder Menschen zu wechseln. Für meine Interviewpartner/-innen entstanden die beruflichen Veränderungen häufig im Zuge ihrer Migrationsbewegungen, in der Altenpflege boten sich Berufschancen. Die meisten blieben in diesem Tätigkeitsbereich und möchten bis auf wenige Ausnahmen nicht mehr in ein Krankenhaus wechseln.

59 Stationsleitung, Haus 2, wie Anm. 35, 23.

Ausgehend von der gemeinsamen Ausbildung von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pflegern und den häufigen Vorerfahrungen in Krankenhäusern dominiert das medizinische Gesundheits- und Krankheitsverständnis, der Fokus ist auf die medizinische Pflege ausgerichtet. Nach einer Anamnese bei der Aufnahme folgen ständige umfassende sowie aufwendige Dokumentationen, die dem Nachweis von erfolgten Versorgungsleistungen, allen voran der Grund- und Behandlungspflege (Diagnostik, Spritzen, Infusionen, Tabletten austeilen, Verbände), dient. In den Gesprächen bat ich die Mitarbeiter/-innen ihren Tag Revue passieren zu lassen und mir durch ihre Erzählungen Einblick zu gewähren. Es wurden nahezu ausschließlich primäre Pflegetätigkeiten, allem Voran die medizinische Versorgung mit Medikamenten sowie Aspekte der Körperpflege genannt. Die für eine Lebensweltorientierung durchaus wesentliche Gestaltung der direkten Umgebungsstrukturen, Möglichkeiten der Freizeitgestaltung oder die „Pflege“ sozialer Beziehungen wird anderen Personen zugeschrieben.

Soziale Kontakte

Wesentlich für alle Akteurinnen und Akteure sind die sozialen Kontakte. Für Bewohner/-innen sind Besuche von nahestehenden Personen eine willkommene Abwechslung, wobei diese abhängig von der Beziehung, räumlichen und zeitlichen Möglichkeiten sind. Hier zeigt sich eine Unterscheidung zum Krankenhaus-Usus, meist gibt es keine Besuchszeiten und je nach gesundheitlicher Verfassung und (finanziellen) Möglichkeiten von Bewohner/-innen sowie Besucher/-innen können Ausflüge und sogar Urlaube gemacht werden. Kontakte zwischen den Bewohner/-innen finden in Begegnungsräumen bzw. bei gemeinsamen Freizeitveranstaltungen statt, wobei sich unterschiedliche Präferenzen zeigen. Es wird sowohl die Ruhe des Alleinseins genossen, kurze freundschaftliche Gespräche werden geführt und enge Freundschaften geschlossen, abhängig von individuellen Vorlieben und den wahrgenommenen, aktuellen Mitbewohnerinnen und -bewohnern. Häufig haben Bewohner/-innen Probleme Gesprächspartner/-innen zu finden, wie folgendes Beispiel zeigt:

„Sehn Sie das is, vielleicht a Schwierigkeit, ich versuchs immer wieder aber ich hab in den andertholb Jahren kein einziges Gespräch, zusammengebracht also länger über meine Bitte hin wir sind acht Männer in dem Haus sonst sinds nur Frauen, und do hob ich die Bitte gebracht moch ma a Herrrunde olle Monat einmal zsammenkommen beim erstn Mal sind dann vier oder fünfe kommen (2) aber rein bildungsmäßig sogor ideal der eine beide Doktor, der ane Mathematikprofessor also wir hätten uns blendend ober der hot seine Frau mit a mit schweren Alzheimer do liegn.“⁶⁰

Weiters wirkt auch auf die Bewohner/-innen der Tod von Mitbewohner/-innen stark belastend

„sehr schwer worn für mich im Lauf dieses Jahres sind von dem Stock vier Leute gestorbn, wissen Sie wenn Sie merken wie ana noch dem andern dann auf amoi fehlt, am Gang draußen dann geht er dir ob dann merkst du bist wirklich in am Altersheim, die Schwestern sagn ‚Nehmens des net

60 Bewohner, Haus 6, wie Anm. 35, 31.

so des wor bei uns der Anfang auch schwer wenn ana nochm andern‘ aber letztendlich sind die olle do um zu auf Sterben zu warten mehr kann ma net sagn.“⁶¹

Darüber hinaus ist die Beziehung zwischen Bewohner/-innen sowie deren Angehörigen und dem Betreuungs- und Pflegepersonal wesentlich, da diese längerfristig und intensiver als im Krankenhaus ausgerichtet ist. Über Bezugs- bzw. Beziehungspflegemodelle wird versucht, den Bewohner/-innen eine stabile Bindung anzubieten, immerhin betreuen die Pflegekräfte die Bewohner/-innen in intimen sowie psychisch schwierigen Situationen. Gleichzeitig lassen die vielen Anforderungen bei gleichzeitig unzureichend wahrgenommenem Personal wenig Zeit zur Beziehungsarbeit, häufig wird durch den Fokus auf die medizinischen Komponenten die Bedeutung dieser sozialen Dimensionen untergraben, ein Indiz für eine Erweiterung des medizinischen Bezugsfeldes um einen pädagogischen Schwerpunkt.

Freizeitgestaltung

Auch wenn in Alten- und Pflegeheimen wie in Krankenhäusern die medizinische Versorgung – etwa Ergo- oder Physiotherapie – dominiert, stehen den (nicht bettlägerigen) Bewohnerinnen und Bewohnern neben passiven Beschäftigungsmöglichkeiten wie Fernsehen oder Radio Hören zusätzliche aktiv(ierend)e und kulturelle Animationsangebote zur Verfügung, die Singen, kreatives Gestalten, Bewegungsangebote oder geistiges Training (Gedächtnistraining, Englisch, Vorträge) umfassen. Daran nehmen die Bewohner/-innen mehr oder weniger freiwillig teil. Ergänzend bieten Feste und Feiern sowie andere Veranstaltungen (Liedernachmittage mit berühmten Interpretinnen und Interpreten) eine willkommene Abwechslung. Auch können die Einrichtungen grundsätzlich jederzeit verlassen werden, etwa um Spaziergänge oder kürzere Ausflüge zu machen. Bewohner/-innen und Angehörige zeigen meist Verständnis für strukturelle Erfordernisse (Abmeldung beim Verlassen), wie folgendes Zitat zeigt: „was wohnen betrifft ist ja super schauen Sie ich bin ja, ich fühle mich nicht das ich, das ich irgendwie beschränkt bin. Ich kann kommen wann ich will, ich kann gehen wann ich will net [...] dann muss ich mich abmelden, dann sog i wissens was morgen bin ich net da.“⁶² Grundsätzlich zeigt sich eine starke Abhängigkeit von dem individuellen gesundheitlichen Befinden, mit zunehmenden Beeinträchtigungen geht eine Einschränkung des Aktionsradius einher und damit eine stärkere Vergleichbarkeit mit dem Krankenhaus.

Essen und Trinken

Schließlich gibt es noch ein breites Angebot an Mahlzeiten, welche die Bewohner/-innen – je nach individueller Vorlieben und gesundheitlichen Möglichkeiten – in ihren Zimmern oder in Speisesälen einnehmen können. Meine Interviewpartner/-innen präferierten mit einer Ausnahme gemeinsame Mahlzeiten je nach Möglichkeit der Einrichtung. Während im Betreuten

61 Ebd., 33.

62 Bewohner 1, Haus 3, wie Anm. 35, 24.

Wohnen noch Kochmöglichkeiten und ein Kühlschrank vorhanden sind, müssen stärker pflegebedürftige Personen darauf verzichten. Obst und Getränke stehen häufiger zur Verfügung. Das Essen selbst wird unterschiedlich bewertet – als eintöniges Krankenhausesen oder schmackhafte Hausmannskost – je nach eigenen Gewohnheiten und Vorlieben. Sehr häufig wird kritisiert, dass die letzte Mahlzeit am Tag meist sehr früh serviert wird, in einigen Häusern wird von halb fünf Uhr erzählt. Sogar daran anknüpfende Bettzeiten werden durchgesetzt, wobei in diesem Zusammenhang auf die Praxis in Krankenhäusern rekurriert wird.

Fazit

Generell kann in Altenheimen und Pflegeeinrichtungen eine starke Ausrichtung am gängigen Krankenhausalltag beobachtet werden, was auch von allen Bewohnerinnen und Bewohnern so wahrgenommen und explizit wie implizit zum Ausdruck gebracht wird. Besonders kritisch werden starre Vorgaben – etwa zu den Essens- oder Schlafenszeiten – von Bewohnerinnen/ Bewohnern und deren Angehörigen betrachtet, da diese die Zufriedenheit maßgeblich beschneiden. Umgekehrt nehmen Mitarbeiter/-innen individuelle Wünsche – ausgehend vom engen Personalschlüssel und den enormen beruflichen Anforderungen – als Belastung wahr. Dennoch werden manchmal Ausnahmen gemacht:

„do muss ich zerst immer Planung schau in Kalender wie viel Leute hab ich was mach ma und so aber hin und wieder [...] zum Beispiel im Krankenhaus is sicher anderes do gibts schon Tagesablauf bei uns auch schon aber zum Beispiel wenn ein Bewohner sagt ich möchte heute länger schlafen dann lass ich ihn schlafen dann kriegt er Frühstück in ein oder zwei Stunden später.“⁶³

Starre Strukturen stehen für Sicherheit und Effizienz. Jedoch entsprechen diese Vorgaben nicht den individuellen Relevanzsetzungen von Bewohnerinnen/ Bewohnern und deren Angehörigen, was entweder zu völligem Rückzug, zur Konfrontation (häufiges Rufen nach Pflegepersonal, Einfordern von individuellen Bedürfnisbefriedigungen) oder besonders zuvorkommendem Verhalten (inklusive kleinen Aufmerksamkeiten wie Schokolade) führt. Ein Großteil der Bewohner/-innen und deren Angehörigen sind wenig zufrieden. Aber auch die Mitarbeiter/-innen sind eigentlich unzufrieden, haben diese doch lebensweltnahe Ansätze in ihrer – pflegeheimorientierten – Ausbildung⁶⁴ kennengelernt. Darüber hinaus nehmen die Betreuungs- und Pflegekräfte die Unzufriedenheit der Kundinnen und Kunden wahr, entweder als Zeichen ihrer unzureichenden Leistungen (gründend in Zeit- und Personalmangel) oder als zusätzliche Belastung durch die zu fordernd empfundenen Bewohner/-innen und Angehörigen. Insgesamt jedoch herrscht ein großes Maß an Unzufriedenheit, welches implizit oder explizit ausgedrückt wird. Dieses wird in die Öffentlichkeit getragen, schlimmstenfalls wenn Missstände als sogenannte „Skandale“ in den Medien präsentiert werden. Das hat mitunter die Abkehr von stationären Einrichtungen der Betreuung und Pflege alternder Menschen zur Folge, mobile Dienste werden verstärkt gefördert, während die Rahmenbedingungen für Alten- und Pflegeheime wei-

63 Stationsleitung, Haus 2, wie Anm. 35, 23.

64 Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen zeigen sich weniger unzufrieden als assistierende Mitarbeiter/-innen der Betreuung und Pflege, deren Ausbildung mehr noch auf die Bedürfnisse in Alten- und Pflegeheime fokussiert.

tere Einschnitte erleiden. Es entsteht eine – in meiner Dissertation⁶⁵ umfassender explizierten – Negativspirale, die immer schwieriger Forderungen nach Lebensweltorientierung umsetzen lässt.

Der von mir im Rahmen meiner Dissertation identifizierte Schlüssel zur Umkehr dieser Spirale, die Vielfalt aller Beteiligten stärker in den Fokus zu rücken, würde der geforderten Lebensweltorientierung entsprechen, denn „jeder trägt a Geschichte am Rücken in einem Rucksack [...] das hat uns das Leben unser Leben geprägt“.⁶⁶ Es handelt sich dabei jedoch um eine Gradwanderung zwischen institutionell erforderlichen Regelungen und individuellen Autonomieansprüchen, was in folgendem Beispiel verdeutlicht wird: „i waß es net bei uns is sicher net Gefängnis nicht in in ein Altersheim wissen Sie aber es gibt andere Regeln zu Hause is halt was anderes.“⁶⁷ Mit dem Fokus auf die Diversität formuliert eine andere Stationsleitung:

„eingehen verstehn ja verstehn und und schau was ma zum Beispiel aus der Biografie her wos ma den Leuten auch ermöglichen kann das er, das er sich wohler fühlt auf der Station ich mein wir haben auch nur begrenzte Möglichkeiten ich kann auch nicht eine Schwester eins zu eins abdeligern zu einem Bewohner weil wenn ich das bei jedem mache ich hab fünf Leute und neun- unddreißig Patienten aber man muss schon versuchen ihn so einzubinden das er sich wohl fühlt ja und auch wenn er sich nicht wohl fühlt dann was steht dahinter ja und die Menschen sind nicht gleich das is so wie die Finger die sind auch unterschiedlich.“⁶⁸

Weiters wäre eine kritische Auseinandersetzung mit den Ansprüchen einer medizinischen Pflege dafür unabdingbar, was aber angesichts festgefahrener Erwartungen und Ansprüche nicht so leicht scheint. In einigen von mir besuchten, vorrangig mit ausreichend Personal ausgestatteten Häusern gibt es bereits Ansätze, die individuellen Stärken und Entwicklungsfelder aller Beteiligten einzubeziehen. Vor allem der systematische Einsatz von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie in Haus 3 scheint besonders geeignet, den vielfältigen Relevanzsetzungen zu entsprechen, mit dem Ziel zufriedener Bewohner/-innen, Angehöriger aber auch Mitarbeiter/-innen der Betreuung, der Pflege und des Managements in Alten- und Pflegeheimen. Darüber hinaus ist auffallend, dass in den Häusern mit der höchsten Zufriedenheit in den Interviews pädagogisch qualifizierte Mitarbeiter/-innen (Pädagogik-Studium, Sozialarbeit) in Schlüsselpositionen eingesetzt sind. Es sind Veränderungen möglich, die einer Lebensweltorientierung entsprächen – und damit vielleicht die wertvolle Arbeit in den Einrichtungen hervorheben sowie eine Umkehr der Spirale bewirken könnten.

Informationen zur Autorin

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Daniela Wagner, MA, Lehrbeauftragte an der EMG Akademie für Gesundheit / FH Kärnten, Qualitätsmanagerin an der Universität für Musik und darstellende Kunst Graz, Selbständig, Zanklstraße 67, 8051 Graz, Österreich, E-Mail: daniela.wagner@alumni.uni-graz.at, www.geg-altern.at

65 Vgl. WAGNER, Diversität, wie Anm. 36.

66 Stationsleitung, Haus 3, wie Anm. 35, 22.

67 Stationsleitung, Haus 2, wie Anm. 35, 31.

68 Stationsleitung, Haus 3, wie Anm. 35, 24.