



**universität  
wien**

Institut für Pflegewissenschaft

**Caritas  
Pflege**

# **Lebensqualität von BewohnerInnen in Wiener und Niederösterreichischen Pflegewohnhäusern der Caritas der Erzdiözese Wien**

Abschlussbericht

Auftraggeberin:

Caritas der Erzdiözese Wien Pflege  
Barbara Wiesbauer-Kriser  
Gabriela Hackl

Auftragnehmerin:

Institut für Pflegewissenschaft  
Universität Wien  
1080 Wien, Alser Straße 23/12  
Assoz.Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Katharina Heimerl

Autorinnen:

Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Petra Plunger MPH  
Mag.<sup>a</sup> Barbara Egger  
Assoz.Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Katharina Heimerl MPH

Wien, Juni 2020

## Inhalt

ZUSAMMENFASSUNG.....	5
ABSTRACT.....	6
AUFTRAG.....	8
<b>Bewohnerorientierung und Partizipation .....</b>	<b>9</b>
<b>Fokus und Grenzen der Studie.....</b>	<b>10</b>
PROJEKTSTRUKTUR.....	10
<b>Beteiligte Pflegerwohnhäuser der Caritas Wien &amp; Niederösterreich Ost .....</b>	<b>11</b>
DAS LEBENSQUALITÄTSKONZEPT DER CARITAS.....	12
METHODIK DER INTERVIEWS MIT BEWOHNERINNEN .....	15
<b>Setting.....</b>	<b>15</b>
<b>Design .....</b>	<b>15</b>
<b>TeilnehmerInnen.....</b>	<b>16</b>
<b>Datenauswertung.....</b>	<b>18</b>
<b>Forschungsethik .....</b>	<b>19</b>
BESCHREIBUNG DER LEBENSQUALITÄT IN DEN PFLEGEWOHNHÄUSERN AUS DER SICHT DER BEWOHNERINNEN.....	22
DOMÄNE 1: WÜRDE UND SELBSTWERTGEFÜHL .....	22
<b>Verletzlichkeit und Anerkennung .....</b>	<b>23</b>
<b>Ankunftsgeschichten .....</b>	<b>24</b>
<b>Umgang mit Endlichkeit .....</b>	<b>27</b>
<b>Wünsche für die Zukunft.....</b>	<b>29</b>
<b>Fazit .....</b>	<b>31</b>
DOMÄNE 2: SELBSTBESTIMMUNG .....	32
<b>Gestaltung des Alltags durch die BewohnerInnen .....</b>	<b>32</b>
<b>Wünsche umsetzen .....</b>	<b>34</b>
<b>Aufforderung zu Aktivitäten.....</b>	<b>35</b>
<b>Duschen .....</b>	<b>36</b>

<b>Zu Bett gehen</b> .....	<b>36</b>
<b>Fazit</b> .....	<b>37</b>
<b>DOMÄNE 3: PERSÖNLICHE SICHERHEIT</b> .....	<b>38</b>
<b>Hilfestellung durch Pflegepersonen</b> .....	<b>38</b>
<b>Unsichere Situationen zuhause</b> .....	<b>40</b>
<b>Fazit</b> .....	<b>41</b>
<b>DOMÄNE 4: KÖRPERPFLEGE UND KÖRPERLICHES WOHLBEFINDEN</b> .....	<b>42</b>
<b>Umgang mit Krankheit und Gebrechlichkeit</b> .....	<b>42</b>
<b>Gesundheitliche Versorgung</b> .....	<b>44</b>
<b>Unterstützung bei der Körperpflege</b> .....	<b>45</b>
<b>Gepflegtes Aussehen</b> .....	<b>46</b>
<b>Fazit</b> .....	<b>46</b>
<b>DOMÄNE 5: ESSEN UND TRINKEN</b> .....	<b>48</b>
<b>Sitzordnung</b> .....	<b>48</b>
<b>Essenszeiten</b> .....	<b>49</b>
<b>Das Essen wird ins Wohnhaus gebracht</b> .....	<b>50</b>
<b>Interaktionen während der Mahlzeit</b> .....	<b>52</b>
<b>Ort der Mahlzeit</b> .....	<b>53</b>
<b>Trinken ist von geringer Bedeutung</b> .....	<b>54</b>
<b>Fazit</b> .....	<b>54</b>
<b>DOMÄNE 6: SAUBERES UND WOHNLICHES ZUHAUSE</b> .....	<b>55</b>
<b>Wohlfühlorte</b> .....	<b>55</b>
<b>Zusammenleben im Zimmer</b> .....	<b>56</b>
<b>Reinigung</b> .....	<b>57</b>
<b>Möbel und Erinnerungsstücke</b> .....	<b>58</b>
<b>Fazit</b> .....	<b>59</b>
<b>DOMÄNE 7: SOZIALLEBEN</b> .....	<b>60</b>
<b>Kontakte der BewohnerInnen untereinander</b> .....	<b>60</b>
<b>Kontakte/Besuche von auswärts</b> .....	<b>62</b>
<b>Kontakte mit freiwilligen MitarbeiterInnen und Zivildienern</b> .....	<b>63</b>
<b>Kontakte mit Pflegepersonen</b> .....	<b>64</b>
<b>Über Belastendes sprechen</b> .....	<b>67</b>
<b>Sich alleine beschäftigen</b> .....	<b>67</b>
<b>Zeitliche und räumliche Aspekte des Soziallebens</b> .....	<b>68</b>
<b>Fazit</b> .....	<b>68</b>

<b>DOMÄNE 8: AKTIVITÄTEN UND BESCHÄFTIGUNG .....</b>	<b>70</b>
<b>Tagesablauf.....</b>	<b>70</b>
<b>Informationen erhalten.....</b>	<b>71</b>
<b>Interesse an Aktivitäten .....</b>	<b>71</b>
<b>Aktivitäten außerhalb des Pflegewohnhauses .....</b>	<b>73</b>
<b>Interesse am Tagesgeschehen .....</b>	<b>74</b>
<b>Fazit .....</b>	<b>75</b>
<b>DIE LEBENSQUALITÄT AUS DER PERSPEKTIVE DER BEWOHNERINNEN – EIN RESÜMEE.....</b>	<b>77</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>90</b>

## Zusammenfassung

Die Caritas der Erzdiözese Wien hat in einem partizipativen und wissenschaftlich begleiteten Prozess ein Lebensqualitätskonzept entwickelt, das die Grundlage für die Weiterentwicklung von Pflege und Betreuung im Pflegewohnhaus und im häuslichen Setting bildet. Es umfasst die acht Domänen Würde und Selbstwertgefühl, Selbstbestimmung, Persönliche Sicherheit, Körperpflege und körperliches Wohlbefinden, Essen und Trinken, Sauberes und wohnliches Zuhause, Sozialleben und Aktivitäten und Beschäftigung.

Die vorliegende Studie wurde vom Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien durchgeführt. Sie geht der Frage nach, wie BewohnerInnen in den Pflegewohnhäusern in Wien und Niederösterreich Ost ihre subjektive Lebensqualität entlang dieser Domänen beschreiben. Dazu wurden qualitative Interviews mit 52 BewohnerInnen aus 11 Pflegewohnhäusern geführt. Nicht eingeschlossen in diese Studie waren KlientInnen im häuslichen Setting und BewohnerInnen aus dem Pflegewohnhaus, die sich sprachlich nicht ausdrücken konnten (z. B. Menschen in einer fortgeschrittenen Phase der Demenz).

Die Auswertung zeigt, welche Domänen für die BewohnerInnen besonders bedeutsam sind: Das Sozialleben im Pflegewohnhaus, und insbesondere Kontakte der BewohnerInnen untereinander. Im Alltag im Pflegewohnhaus sind den BewohnerInnen insbesondere eine sinnvolle Betätigung und Selbstbestimmung in der Gestaltung des Alltags wichtig. Die Domäne Würde und Selbstwertgefühl umfasst auf einer Metaebene wichtige Aspekte der Lebensqualität, die über das Pflegewohnhaus hinausreichen und an gesellschaftliche Bilder von Altern anschließen. Die Ergebnisse der Studie tragen so zu einem differenzierten Blick auf die Lebensqualität im Pflegewohnhaus bei: Sie verweisen darauf, wie wichtig es ist, die Perspektive der BewohnerInnen in die weitere Entwicklung von Pflege und Betreuung einzubeziehen.

## **Abstract**

In a participatory process, Caritas Vienna has developed a quality of life concept that forms the basis for the further development of care and support in nursing homes and in home care. It comprises the eight domains of dignity and self-esteem, self-determination, personal security, personal hygiene and physical well-being, food and drink, clean and comfortable home, social life and activities and employment

The present study was conducted by the Institute for Nursing Science at the University of Vienna and investigates how residents in nursing homes in Vienna and Lower Austria describe their subjective quality of life along these domains. Qualitative interviews were conducted with 52 residents from 11 nursing homes. Not included in this study were clients in the home setting and residents from the nursing homes who could not express themselves linguistically (e.g. people in an advanced phase of dementia).

The analysis shows which domains are particularly important for the residents: Social life in the nursing home, and especially contacts between residents. In everyday life in the nursing home, the residents are particularly interested in meaningful activity and self-determination in the organization of everyday life. On a meta-level, the domain of dignity and self-esteem encompasses important aspects of quality of life that extend beyond the nursing home and connect to social images of ageing. The results of the study thus contribute to a differentiated view of the quality of life in a nursing home: They point out how important it is to include the residents' perspective in the further development of nursing and care.

## **Auftrag und Projektstruktur**

## Auftrag

Das Lebensqualitätskonzept der Caritas der Erzdiözese Wien lebt. Es wird in den Pflegewohnhäusern und in der Pflege Zuhause gelebt und es wird durch die Fachstelle Qualität und Innovation (QI) aus unterschiedlichen Perspektiven vertieft. Aus diesem Bestreben heraus hat die Caritas der Erzdiözese Wien Pflege im Frühjahr 2019 Wissenschaftlerinnen des Forschungsschwerpunkts Palliative und Community Care am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Wien (IPW) mit einem qualitativen Forschungsprojekt beauftragt. Das Projekt wurde von der Fachstelle QI begleitet. Das gemeinsame Forschungsinteresse fokussiert auf die Forschungsfrage, wie die BewohnerInnen der Pflegewohnhäuser ihre Lebensqualität beschreiben und einschätzen.

Die Erhebung sollte an den Dimensionen der Lebensqualität, wie sie im Lebensqualitätskonzept definiert wurden, ansetzen. Daten zur Lebensqualität sollten mittels qualitativer, leitfadengestützter Interviews mit je 4-6 BewohnerInnen in 11 Pflegewohnhäusern der Caritas Wien & NÖ Ost erhoben und thematisch ausgewertet werden. Das Team des IPW hat – so der Auftrag – die Zwischenergebnisse im November 2019 im Rahmen eines Workshops den zentralen Pflegedienstleitungen, den Leitungspersonen der Pflegewohnhäuser der Caritas Wien, moderiert von der Fachstelle QI vorgestellt, und mit ihnen diskutiert. Anlässlich der geplanten Abschlusspräsentation sollten erste Maßnahmen aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Auf diese Weise sollen die Erkenntnisse den Leitungspersonen in den Pflegewohnhäusern für die weitere Entwicklung ihrer Häuser zur Verfügung stehen. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen, bedingt durch CoVid-19 zum Zeitpunkt des Projektabschlusses, konnte die Abschlusspräsentation vor den Haus- und Pflegedienstleitungen nicht stattfinden. Der vorläufige Endbericht wurde sowohl mit den zentralen Pflegedienstleitungen als auch mit Vertreterinnen der Fachstelle QI diskutiert. Die Ergebnisse dieser Diskussionen sind in den Endbericht eingeflossen.

Darüber hinaus sollen die ausgewerteten Interviews auch für die Grundlagenforschung genutzt werden.



## **Bewohnerorientierung und Partizipation**

Im Vordergrund der hier beschriebenen Studie steht das Ziel, zu erfahren, wie BewohnerInnen ihre subjektive Lebensqualität in den Domänen des Lebensqualitätskonzepts beschreiben. Gleichzeitig setzen die beteiligten Pflegewohnhäuser und die Fachstelle QI als Auftraggeberin mit dem Auftrag zu dieser Studie einen weiteren bewussten Schritt der Bewohnerorientierung, eine Herausforderung, von der der Pflegewissenschaftler Michael Ewers schreibt:

„Moderne Gesundheitssysteme folgen einem ihnen eigenen Automatismus, bei dem den Patientinnen mit ihren individuellen Bedürfnissen und Problemlagen nicht selten die Rolle von Störfaktoren zugewiesen wird“ (Ewers, 2002: 78).

Bewohnerorientierung kann auf zwei Weisen verstanden werden. Einerseits ist sie eine Haltung mit der Pflege- und Betreuungspersonen an ihren Arbeitsalltag und an die Beziehung zu den BewohnerInnen herangehen, so wie das Andreas Heller in Bezug auf Patientenorientierung schreibt:

„Patientenorientierung meint ja nicht mehr und nicht weniger als den Anderen, den Fremden, den Kranken, den Sterbenden als Subjekt seines Lebens zu betrachten und mit ihm in eine Beziehung einzutreten. Die Anerkennung des Anderen um seiner selbst willen, ist die angemessene ethische Haltung in dieser Beziehungsaufnahme“ (Heller 2000: 15).

Bewohnerorientierung ist aber auch, und das drückt der Auftrag zu dieser Studie aus, eine Aufgabe der gesamten Organisation Caritas Pflege, der MitarbeiterInnen an der Basis, ebenso, wie der Leitungspersonen in den Pflegewohnhäusern und der Caritas Pflege als Trägerin, die die Rahmenbedingungen für gutes Arbeiten in den Pflegewohnhäusern vorgibt. So wird Bewohnerorientierung zu einer Aufgabe der Organisationsentwicklung, in die neben vielen anderen Impulsen auch das Wissen aus dieser Studie einfließen kann.

In dieser Befragung kommen die BewohnerInnen zu Wort. Damit signalisiert die Caritas Pflege und das Pflegewohnhaus den BewohnerInnen das Interesse an deren subjektiven Einschätzung ihrer Lebensqualität. Im weiteren Sinn eröffnet das gemeinsame Forschungsvorhaben den BewohnerInnen die Möglichkeit, an der Entwicklung von Maßnahmen teilzuhaben, die ihre Lebensqualität fördern können. In den Gesprächen mit uns Forscherinnen nutzen die BewohnerInnen diese Gelegenheit, sich einzubringen und jene

Themen zu setzen, die ihnen wichtig sind. Soziale Teilhabe ist ein wichtiger Aspekt von Lebensqualität, dies kommt im Konzept der Caritas insbesondere in den Domänen 7: Sozialleben und 8: Aktivitäten und Beschäftigung zum Ausdruck.

### **Fokus und Grenzen der Studie**

Das Forschungsprojekt fokussiert auf die subjektive Lebensqualität aus der Perspektive der BewohnerInnen der Pflegewohnhäuser der Caritas Wien und Niederösterreich Ost. Es werden verbale Rückmeldungen von BewohnerInnen eingeholt. Die im Auftrag beschriebene Methodik erreicht eine wichtige Zielgruppe des Lebensqualitätskonzepts. Allerdings stehen im Fokus des Lebensqualitätskonzepts alle BewohnerInnen im Pflegewohnhaus, auch jene BewohnerInnen, die sich sprachlich nicht äußern können. Letztere konnten mit der Methode der Interviews nicht bzw. nur eingeschränkt erreicht werden. Nicht im Auftrag enthalten war eine Erhebung bei den KundInnen der Pflege Zuhause.

### **Projektstruktur**

Zur Projektstruktur gehören die folgenden AkteurInnen:

- Auftraggeberin: Caritas der Erzdiözese Wien Pflege, Barbara Wiesbauer-Kriser, Gabriela Hackl
- Projektbegleitung: Caritas der Erzdiözese Wien Pflege, Fachstelle Qualität und Innovation, Dr.<sup>in</sup> Andrea Schmidt und Mag.<sup>a</sup> Doris Kaiser
- Auftragnehmerin: Universität Wien, Institut für Pflegewissenschaft, Forschungsschwerpunkt Palliative Care und Community Care  
Dr.<sup>in</sup> Petra Plunger, Mag.<sup>a</sup> Barbara Egger, Assoz. Prof.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> Katharina Heimerl
- 11 Pflegewohnhäuser der Caritas Wien & NÖ Ost

### **Beteiligte Pflegewohnhäuser der Caritas Wien & Niederösterreich Ost**

Die folgenden 11 Pflegewohnhäuser und sozialpsychiatrischen Häuser der Caritas Wien und Niederösterreich Ost haben sich an der Erhebung der Perspektive der BewohnerInnen auf ihre Lebensqualität beteiligt:

- Haus St. Bernadette
- Haus St. Elisabeth
- Haus St. Leopold
- Haus St. Teresa
- Haus Johannes der Täufer
- Haus St. Antonius
- Haus St. Barbara
- Haus St. Martin
- Haus St. Klemens
- Haus Franz Borgia
- Haus Schönbrunn

Wir bedanken uns sehr herzlich bei den MitarbeiterInnen und Leitungspersonen der Pflegewohnhäuser der Caritas Wien und NÖ Ost für die gute Kooperation bei der Durchführung der Interviews!

## **Das Lebensqualitätskonzept der Caritas**

Die Caritas der Erzdiözese Wien, Caritas Pflege ist um die kontinuierliche Verbesserung der Pflegequalität bemüht, diese soll an die aktuellen Pfegetrends angepasst werden. Sie hat ein wertorientiertes Konzept zur Förderung der Lebensqualität der BewohnerInnen erarbeitet, das die unterschiedlichen Pflege- und Qualitätskonzepte der Pflege Zuhause und der Pflegewohnhäuser zu einem Gemeinsamen zusammenführen soll (Pfabigan, Rappold 2016). Das Konzept stellt die Lebensqualität von Menschen, die in Pflegewohnhäusern und der Pflege Zuhause gepflegt werden, in den Mittelpunkt. Die Entwicklung fand in einem partizipativen, interdisziplinären und hierarchieübergreifenden Prozess statt, die MitarbeiterInnen waren in den Prozess eingebunden.

Als theoretische Basis diente einerseits das Instrument Social care related quality of life – SCRQoL (Netten et al. 2011), das Dimensionen der Lebensqualität von beeinträchtigten Erwachsenen beschreibt, die durch Betreuungs- und Pflegeleistungen beeinflusst werden können und von einem internationalen Forschungsteam in England entwickelt wurde. Das Besondere an diesem Konzept ist, dass in die Dimensionen der Lebensqualität gleichrangig immaterielle, wertbezogene und körperliche Aspekte einfließen. Die Lebensumstände und die Möglichkeit, selbstbestimmt zu leben, beeinflussen das Wohlergehen einer Person – davon geht das Konzept aus (Sen 2002, Nussbaum 2001): Das individuelle Wohlergehen wird wesentlich von der Lebenssituation und der Möglichkeit, das Leben selbst zu bestimmen, beeinflusst.

Das Caritas Lebensqualitätskonzept umfasst die folgenden acht Domänen:

1. Würde und Selbstwertgefühl
2. Selbstbestimmung
3. Persönliche Sicherheit
4. Körperpflege und körperliches Wohlbefinden
5. Essen und Trinken
6. Sauberes und wohnliches Zuhause
7. Sozialleben
8. Aktivitäten und Beschäftigung

Die Perspektive von BewohnerInnen und KundInnen fand besondere Berücksichtigung im Caritas Lebensqualitätskonzept. Dies drückt sich auch dadurch aus, dass das Leitbild von Caritas Pflege aus der Perspektive der BewohnerInnen geschrieben wurde. In der „Ich-Form“ werden im Leitbild die Domänen in die Sprache der BewohnerInnen übersetzt:

„Ich bestimme selbst; Ich verlange Respekt und Achtung; Ich will mich sicher fühlen; Ich will mich körperlich wohlfühlen; Ich esse und trinke mit Genuss; Ich will wohnen, wie es mir gefällt; Ich will einen sinnvollen Alltag; Was mir wichtig ist“ - so lauten die Überschriften im Leitbild aus der Perspektive der BewohnerInnen und KundInnen.

## **Methodik der Interviews mit BewohnerInnen**

## **Methodik der Interviews mit BewohnerInnen**

### **Setting**

Wir haben die Erhebung in elf Pflegewohnhäusern durchgeführt, dies entspricht allen Pflegewohnhäusern der Caritas Wien und 3 von 4 in Niederösterreich Ost. Acht Pflegewohnhäuser befinden sich in Wien, drei in Niederösterreich. Zwei Pflegewohnhäuser in Wien haben einen sozialpsychiatrischen Schwerpunkt. Die Anzahl der BewohnerInnen in den einzelnen Pflegewohnhäusern reichte zum Zeitpunkt der Erhebung von 37 bis 269 BewohnerInnen.

### **Design**

Die Erhebung der Lebensqualität der BewohnerInnen haben wir mittels qualitativer, leitfadengestützter Interviews durchgeführt. Die Konstruktion des Interviewleitfadens orientierte sich an den Domänen des Lebensqualitätskonzepts und wurde gemeinsam mit der Fachstelle QI entwickelt.

Der Zugang zu den einzelnen Pflegewohnhäusern erfolgte über die Haus- bzw. Pflegedienstleitungen. Diese haben wir bei einem Projekt Kick-off über die Ziele und Durchführung der Studie und ihre Rolle als ExpertInnen und TüröffnerInnen für die Interviews informiert. Alle Haus- bzw. Pflegedienstleitungen haben von uns nach dem Kick-off ein Informationspaket erhalten. Dieses enthielt eine Projektinformation inklusive Ein- und Ausschlusskriterien für potentielle InterviewpartnerInnen. Diese Unterlagen sollten sie an diejenigen MitarbeiterInnen weitergeben, die potentielle InterviewpartnerInnen ansprechen sollten. Weiters enthielt das Paket eine Projektinformation für potentielle InterviewpartnerInnen, und einen Zeitplan, da die Interviews in einem relativ knappen Zeitfenster durchgeführt werden sollten. Als wichtiges Einschlusskriterium haben wir sprachliche Ausdrucksfähigkeit definiert, damit waren auch BewohnerInnen mit leichter bis mittelschwerer Demenz eingeschlossen.

Die Haus- bzw. Pflegedienstleitungen wurden gebeten, uns in den jeweiligen Pflegewohnhäusern Zugang zu vier bis sechs BewohnerInnen (je nach Größe des Pflegewohnhauses) zu ermöglichen: Potentielle InterviewpartnerInnen wurden über die

Studie informiert und ihr mündliches Einverständnis eingeholt, dass wir sie kontaktieren dürfen. Zusätzlich erhielten die potentiellen InterviewpartnerInnen eine schriftliche Projektinformation. Die Ansprache der InterviewpartnerInnen erfolgte in den Pflegewohnhäusern vorwiegend durch die Wohnbereichsleitungen, die von den Haus- bzw. Pflegedienstleitungen informiert wurden. Wir haben diese gebeten, die InterviewpartnerInnen nach folgenden Kriterien auszuwählen: Geschlecht, Dauer des Aufenthalts im Pflegewohnhaus (kurz – definiert als weniger als 1,5 Jahre; lang – definiert als länger als 1,5 Jahre) und Pflegestufe (möglichst heterogen).

Die Interviews haben wir von Ende Juni 2019 bis Ende August 2019 durchgeführt. Zu Beginn der Interviews haben wir die/den jeweilige/n BewohnerIn über die Studie und ihre/seine Rechte mündlich und schriftlich informiert und haben von ihr/ihm ein mündliches Einverständnis für die Durchführung und Aufzeichnung des Interviews eingeholt. Am Ende des Interviews haben wir ein schriftliches Einverständnis eingeholt. In einem Fall wurde das schriftliche Einverständnis vom Sohn der Interviewpartnerin gegeben.

Die Interviews haben wir an unterschiedlichen Orten, je nach Präferenz der interviewten Person durchgeführt: Im Zimmer der Bewohnerin/des Bewohners, im Speisesaal oder im Garten. Sie dauerten zwischen 20 und 60 Minuten. Die Interviews wurden aufgezeichnet, wörtlich transkribiert und anonymisiert. Eine Interviewpartnerin hat die Aufzeichnung des Interviews abgelehnt, in diesem Fall wurde eine Mitschrift angefertigt.

### **TeilnehmerInnen**

Insgesamt haben wir 51 Interviews mit 52 BewohnerInnen geführt (ein Interview wurde auf Wunsch eines Ehepaares als Doppelinterview durchgeführt). Wir haben mit mehr Frauen als Männern gesprochen, was der Geschlechterverteilung in den Pflegewohnhäusern entspricht. Die interviewten Frauen waren etwas älter als die Männer, und beide Gruppen waren etwas jünger als der Durchschnitt der in den Pflegewohnhäusern lebenden Frauen und Männer.



### InterviewpartnerInnen: Alter und Geschlecht

IP	Anzahl	Durchschnittsalter
Frauen	36	79,5 Jahre (gesamt*: 83,0 Jahre)
Männer	16	75,9 Jahre (gesamt*: 76,4 Jahre)
<b>Gesamt</b>	<b>52</b>	<b>77,7 Jahre</b> <b>(gesamt*: 79,7)</b>

\*Alle PWH der Erzdiözese Wien; Daten: Fachstelle Qualität und Innovation (Stand: 02.10.2019)

Tabelle 1: Alter und Geschlecht der InterviewpartnerInnen

Zwei Drittel der befragten BewohnerInnen lebte seit mehr als 1,5 Jahren im Pflegewohnhaus, die kürzeste Wohndauer war 6 Monate, die längste 17 Jahre.

### InterviewpartnerInnen: Wohndauer

Wohndauer*	Anzahl der InterviewpartnerInnen
kurze Wohndauer (unter 1,5 Jahre)	17 Personen
lange Wohndauer (über 1,5 Jahre)	35 Personen
<b>Gesamt: 52 Personen</b>	

Tabelle 2: Wohndauer der InterviewpartnerInnen

Außer der Pflegestufe 0 waren alle Pflegestufen vertreten, mit einer Häufung bei den Pflegestufen 3 bis 5.

## InterviewpartnerInnen: Pflegestufe

Pflegestufen	Anzahl der Personen in dieser Pflegestufe	IP	Ø Pflegestufe
0	0	Frauen	3,86
1	4	Männer	3,56
2	4		
3	12		
4	14		
5	16		
6	2		
<b>gesamt</b>	<b>52 Personen</b>		

Tabelle 3: Pflegestufen der InterviewpartnerInnen

## Datenauswertung

Die Daten haben wir mittels der Software MAXQDA thematisch ausgewertet (Flick 2002). Dazu haben zwei Wissenschaftlerinnen zu Beginn je 5 Interviews mehrere Male gelesen, um sich mit den Daten vertraut zu machen und erste Konzepte zu finden. Die Interviews haben wir unabhängig voneinander codiert. Die Codierung haben wir zunächst deduktiv entlang der Domänen des Lebensqualitätskonzepts durchgeführt. Bei bedeutsamen neuen Themen haben wir diese induktiv erfasst. Nach einem ersten Analysedurchgang haben wir die Codes verglichen und diskutiert und einen gemeinsamen Code-Baum erstellt, der 12 Kategorien umfasste, nachdem wir weitere Interviews codiert hatten. Bei der Codierung der Interviews haben wir darauf geachtet, dass die codierende Wissenschaftlerin das Interview nicht durchgeführt hatte, um mögliche Verzerrungen zu vermindern. Diese Maßnahmen der Forscherinnentriangulation dienten dazu, die Qualität und Reliabilität zu erhöhen (Flick 2011). Im Rahmen der Reflexion der Zwischenergebnisse am 6. November 2019 haben wir die Auswertungsergebnisse von ca. der Hälfte der Interviews den Haus- und Pflegedienstleitungen, der zentralen Pflegedienstleitung NÖ Ost und der Fachstelle Qualität und Innovation vorgestellt. Auf Basis der Rückmeldungen haben wir den Code-Baum ausschließlich entlang der Domänen des Lebensqualitätskonzepts weiterentwickelt. Induktiv erstellte Kategorien haben wir den jeweiligen Domänen zugeordnet, entsprechend der Empfehlungen aus der Zwischenpräsentation und unserer theoriebasierten Diskussion zu

relevanten Konzepten, die in den Daten sichtbar wurden. Damit umfasste der Code-Baum acht Hauptkategorien, die den Domänen des Lebensqualitätskonzepts entsprechen, und eine variable Anzahl von Unterkategorien, die sowohl deduktiv aus den Themen des Leitfadens als auch induktiv erstellt wurden. Die Codierung der weiteren Interviews haben wir mit dem überarbeiteten Code-Baum fortgesetzt. Weiterhin haben wir die Hauptkategorien und die dazugehörigen Unterkategorien besprochen, abgestimmt und in mehreren Teambesprechungen interpretiert und in einem Zwischenbericht zusammengefasst.

Die Interviews haben wir übergreifend über alle Pflegewohnhäuser ausgewertet und interpretiert. Mögliche Unterschiede in relevanten Aspekten der Lebensqualität der BewohnerInnen in Pflegewohnhäusern und in Häusern mit sozialpsychiatrischem Schwerpunkt haben wir dabei berücksichtigt.

Die Ergebnisse des Zwischenberichts, die aufgrund der Rückmeldungen aus der Zwischenpräsentation erarbeitet wurden, haben wir den zentralen Pflegedienstleitungen und der Leitung der Fachstelle QI in einer Besprechung vorgestellt und mit ihnen diskutiert – im Sinne einer Rückkoppelung und Validierung der Daten. Der hier vorliegende Endbericht ist das Ergebnis dieser Diskussion. Eine Präsentation und Diskussion dieser Endergebnisse vor den Haus- bzw. Pflegedienstleitungen der 11 beteiligten Häuser war für den 26. März 2020 geplant. Sie musste aufgrund der CoVid-19 Krise abgesagt werden und wird eventuell im Herbst 2020 nachgeholt.

## **Forschungsethik**

Forschungsethische Fragen stellen sich insbesondere deshalb, weil es sich bei älteren Menschen, die in einem Pflegewohnhaus wohnen, aufgrund ihrer Einschränkungen (z. B. Multimorbidität) um eine vulnerable Personengruppe handelt (Gastmans 2013). Alle beteiligten Forscherinnen hatten Validations-Grundkenntnisse und waren erfahren in der personenzentrierten Kommunikation wie auch Interviewdurchführung mit vulnerablen Personengruppen, insbesondere ältere Menschen und Menschen mit Demenz/kognitiven Einschränkungen.

In der Durchführung der empirischen Erhebungen haben wir darauf geachtet, den Zugang zu den BewohnerInnen über die jeweiligen Leitungspersonen als TüröffnerInnen angemessen zu

gestalten. Auch achteten wir auf freiwilliges und informiertes Einverständnis im Sinne des process-consent (Reitinger et al. 2018), für das ausreichend Zeit, z. B., um Fragen zu stellen, vorzusehen ist. Wo immer möglich, wurden die BewohnerInnen in Entscheidungen über den Ablauf des Interviews einbezogen (z. B. Ort der Interviews, Möglichkeit, das Interview abubrechen). Für den Fall, dass wir im Lauf eines Interviews Beratungsbedarf feststellen, bzw. um auch den Aspekt zu berücksichtigen, dass die Gespräche mit uns auch nach dem Interview weiterwirken könnten und die BewohnerInnen Unterstützung benötigen, haben wir eine Ansprechperson (Psychologin) genannt, an die sich die BewohnerInnen wenden konnten.

Wir haben uns bemüht, auch BewohnerInnen mit kognitiven Einschränkungen in die Erhebungen einzubeziehen, u.a. haben wir diesen Aspekt im Projekt Kick-off betont mit der Bitte an die Haus- bzw. Pflegeleitungen, Menschen mit beginnender bzw. mittelschwerer Demenz für ein Interview anzusprechen. Kriterien einer Demenzdiagnose, wie z. B. den MMSE, haben wir nicht erhoben.

Wir haben einen Antrag bei der Ethikkommission der Universität Wien eingereicht und unter der Nummer 00448 ein Votum mit der Bitte um Klärung mehrerer Punkte erhalten. Die Ethikkommission hat in ihrem Votum festgehalten: „Grundsätzlich sind Interviews mit (hoch)betagten Menschen über das, was aus ihrer Sicht für ein gutes Leben im Pflegeheim wichtig ist, nicht zwingend ein Grund, ein ethisches Votum (im Kontext der österreichischen Gesetzeslage) einholen zu müssen.“ Wir haben die Rückmeldungen der Ethikkommission in das Projektkonzept und in die Durchführung der Interviews aufgenommen.

## **Ergebnisse -**

### **Beschreibung der Lebensqualität in den**

### **Pflegewohnhäusern aus der Sicht der BewohnerInnen**

## Beschreibung der Lebensqualität in den Pflegewohnhäusern aus der Sicht der BewohnerInnen

### Domäne 1: Würde und Selbstwertgefühl

Würde und Selbstwertgefühl werden im Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege der ED Wien in der Domäne 1 zusammengefasst. Sie wird im Konzept so beschrieben:

*Die gepflegte Person fühlt sich durch die Art und Weise, wie sie unterstützt wird, in ihrer Identität, in ihrem Selbstwert und in ihrem Würdeempfinden bestätigt.*

Aus der Perspektive der BewohnerInnen spielen für die Domäne 1 folgende Themen eine Rolle:



### Domäne 1: Würde und Selbstwertgefühl aus der Sicht der BewohnerInnen

#### Themen

- Verletzlichkeit und Anerkennung
- Ankunftsgeschichten
- Umgang mit Endlichkeit
- Wünsche für die Zukunft

*„Jetzt bin ich halt bei der Caritas. Aber ich hab für die Caritas genug gemacht. Ich war bei der katholischen Jugend, hab für die Caritas gesammelt, ich war beim Roten Kreuz, also ich hab genug gemacht, ich hab mir das verdient, sagen wir so“ (Frau MM).*

Abb. 1: Domäne 1: Themen und Ankerzitat

## **Verletzlichkeit und Anerkennung**

In vielen Gesprächspassagen bringen die BewohnerInnen zum Ausdruck, dass die gesellschaftliche (Nicht)wertschätzung des Alter(n)s eine zentrale Rolle für ihr Wohlbefinden im Pflegewohnhaus spielt. Auch wenn sie dieses Thema nicht direkt ansprechen, kommt es in vielen Aspekten zum Tragen: Manche BewohnerInnen erzählen vom Personalmangel, von der schlechten Bezahlung der Betreuungspersonen, und verbinden diese Beobachtung mit der Einschätzung, dass sie als betreute Personen es vermutlich nicht „wert“ sind, dass für ihre Betreuung angemessen finanzielle Mittel bereitgestellt werden. Auch die mangelnde gesellschaftliche Anerkennung der Pflege- und Betreuungsberufe spielt hier eine Rolle. Nicht zuletzt kommentieren einige BewohnerInnen die Qualität des Essens damit, dass es ihrer Meinung nach „billig“ sein muss.

Wertschätzung und Anerkennung erleben die BewohnerInnen im täglichen Umgang mit den Betreuungspersonen, insbesondere dann, wenn sie wahrnehmen, dass ihre individuellen Wünsche und Bedürfnisse wahr- und ernstgenommen werden.

*„Weil die Schwestern schauen schon, die sehen sowieso alles, wenn du eine Hilfe brauchst, wenn ich so herum schupf mit meinen Fahrzeugen da, sofort greifen Sie zu, also es wird, sie sind aufmerksam, weil ich brauch ja gar niemanden oft, dass sie mir einen Sessel holen usw. Aber die sehen das, die schauen schon die Schwestern“ (Frau FW, 408-411).*

Die BewohnerInnen zeigen auch eine hohe Solidarität mit den Betreuungspersonen, mit denen sie sich auch aufgrund der wahrgenommenen mangelnden Wertschätzung verbunden fühlen. Sie sprechen aber auch andere Formen der Solidarität an, wie Generationengerechtigkeit und Reziprozität: z. B., dass sie in ihrem Leben viel geleistet haben und es nun verdienen, gut versorgt und betreut zu werden.

*„Jetzt bin ich halt bei der Caritas. Aber ich hab für die Caritas genug gemacht. Ich war bei der katholischen Jugend, hab für die Caritas gesammelt, ich war beim Roten Kreuz, also ich hab genug gemacht, ich hab mir das verdient, sagen wir so“ (Frau MM, 262-264).*

Im Alltag versuchen die BewohnerInnen, zufrieden zu sein mit dem, was man hat, das Schicksal anzunehmen und das Beste daraus zu machen, optimistisch zu sein und ihre Autonomie zu

wahren, emotional wie auch darin, möglichst viele alltägliche Verrichtungen (z. B. Waschen und Ankleiden) ohne Unterstützung zu bewältigen.

### **Ankunftsgeschichten**

Für sehr viele BewohnerInnen war die Phase ihres Einzugs in das Pflegewohnhaus noch sehr präsent, auch wenn dieser Einzug Monate und teilweise Jahre zurücklag. Den Einzug, und damit das Verlassen der häuslichen Umgebung, beschreiben die BewohnerInnen als Zäsur, die sich in ihrer Akutphase über mehrere Wochen hinzieht. Diese Phase ist von unterschiedlichen, teilweise widersprüchlichen Gefühlen begleitet: Einerseits von der Erleichterung, dass das Leben im Pflegewohnhaus angenehmer als erwartet ist, und gleichzeitig von der Trauer, dass das vertraute Zuhause zurückgelassen bzw. aufgegeben werden musste, dass es also keinen Ort außerhalb des Pflegewohnhauses mehr gibt, an dem man „heimisch“ ist.

*„Naja, wer geht gerne von zu Hause weg“ (Frau EB, 4).*

Oder eine andere Bewohnerin:

*„Ja, grundsätzlich gefällt es mir, aber lieber hätte ich eine eigene Wohnung. So ist es“ (Frau IW, 298).*

Gleichzeitig erzählen die BewohnerInnen von ihrem Bemühen, rational und abwägend mit dieser Situation umzugehen: z. B. zur Einsicht zu gelangen, dass ein Leben zuhause nicht mehr möglich war, weil der Unterstützungsbedarf zu groß geworden ist.

*„Und der Anfang war herinnen natürlich schwer, aber ich hab das nachher bald einmal realisiert, sag ich einmal, dass es halt wirklich nicht mehr geht und da herinnen ist man gut versorgt“ (Frau SF, 11-13).*

Andere schildern, dass sie sich mit der Situation abgefunden haben, wie sie ist. Bei der Entscheidung ins Pflegeheim umzuziehen, spielen auch Sorgen rund um das Alleinsein eine Rolle, z. B., dass die BewohnerInnen die Sturzgefahr in der Wohnung als sehr hoch eingeschätzt haben und sich nicht mehr frei bewegen konnten. Rückblickend beschreiben viele BewohnerInnen den Umzug ins Pflegewohnhaus als eine richtige Entscheidung, und dass sie trotz massiver Umstellung und den Anstrengungen des sich Einlebens in der neuen Umgebung zufrieden sind.



Dennoch bleibt bei vielen die Trauer über das „verlorene Zuhause“ bestehen. Manche verbinden damit die Hoffnung, doch wieder in das vormalige Zuhause zurückzukehren, vor allem dann, wenn sie sich wieder besser fühlen. Andere wiederum schildern, dass sie sich entschieden haben, „alles hinter sich“ zu lassen, die Zäsur bewusst wahrzunehmen. Eine Bewohnerin erzählt in diesem Zusammenhang, dass sie auch keine Erinnerungsstücke mitnehmen wollte, da sie mit dem Leben in den eigenen vier Wänden abschließen wollte. Eine andere Bewohnerin schildert, dass das Leben zuhause mit der für sie anstrengenden Betreuung des Ehemannes verbunden war – diese Bewohnerin fühlt sich entlastet nach dem Umzug ins Pflegewohnhaus.

Manche BewohnerInnen erzählen mit sichtbarem Stolz, wie gut sie diesen Übergang bewältigt haben, auch wenn ihnen das niemand zugetraut hätte. Viele BewohnerInnen erscheinen auch erleichtert, dass das Leben im Pflegewohnhaus angenehmer als gedacht ist, dass sie es sich „nicht so schön vorgestellt“ hätten. Eine Bewohnerin berichtet, dass sich das Verhältnis zu ihren Kindern nach dem Umzug ins Pflegewohnhaus spürbar verbessert hat. Sie führt das darauf zurück, dass die zuvor unsichere Situation, wie lange sie noch in ihrer eigenen Wohnung bleiben kann, nun geklärt ist und sich die Kinder keine Sorgen mehr machen müssen.

Wie gut das Einleben im Pflegewohnhaus gelingt, hängt davon ab, welche Gründe die BewohnerInnen für den Umzug anführen, und wie die Entscheidungsfindung abgelaufen ist. Viele BewohnerInnen erzählen von einem zunehmend mühsamer werdenden Leben zuhause: Probleme mit Mobilität zu haben, die durch die nicht barrierefreie Wohnumgebung verstärkt werden, Angst und Unsicherheit vor Stürzen, insbesondere wenn man alleine lebt und länger auf Unterstützung warten muss, Pflegeaufgaben, die nicht mehr bewältigt werden können, Einsamkeit, finanzielle Belastungen, z. B. dass eine 24-Stunden Betreuung nicht leistbar war, und generell zunehmende Einschränkungen oder ein belastendes Wohnumfeld.

*„Ich wollte nie in ein Pflegewohnheim. Ich wollte nie. Aber ich konnte nicht mehr zu Hause bleiben, weil ich bin so viel gestürzt, also ich hab oft dreimal in der Woche die Rettung gebraucht“ (Frau EF, 17-19).*

Dennoch wollten die BewohnerInnen dieses Leben zuhause solange als möglich aufrechterhalten, die Entscheidungsfindung kann sich über Wochen und Monate hinziehen.

Auch andere Personen sind in diese Entscheidungsfindung eingebunden, vor allem Kinder (die teilweise besorgt über die Wohnsituation sind), Geschwister oder gute FreundInnen. Immer wieder erwähnen vor allem BewohnerInnen, dass sie niemandem zur Last fallen wollten und ihren Familienmitgliedern die Sorge, dass ihre Wohnsituation unsicher ist, abnehmen wollten.

*„Ich habe immer zu meiner Tochter gesagt, ich werde ihr nie zur Last fallen, wenn ich alt bin, geh ich ins Pensionistenheim. Ich habe das alles schon vorausgeplant. Ich sag, wie es ist. Ich habe das alles schon vorausgeplant“ (Frau M., 252-255).*

Auch wenn die Entscheidung für den Umzug für diese Gruppe von BewohnerInnen keine leichte ist, haben sie dennoch eine gewisse Kontrolle darüber und das Gefühl, zumindest mitentscheiden zu können und nicht ausgeliefert zu sein. Das erleichtert auch das Einleben im Pflegewohnhaus. BewohnerInnen aus den sozialpsychiatrischen Pflegewohnhäusern berichten, dass sie erleichtert sind, nun in einem Pflegewohnhaus zu leben, da das Leben davor sehr belastend war aufgrund schwieriger sozioökonomischer Bedingungen, chronischer Erkrankungen und Suchterfahrungen.

Anders stellt sich die Situation für jene BewohnerInnen dar, die in ihrer Wahrnehmung quasi übergangslos in das Pflegewohnhaus übersiedeln mussten. Diese Situation beschreiben BewohnerInnen, die direkt nach einem Spitalsaufenthalt ins Pflegewohnhaus umgezogen sind. Als besonders belastend werden jene Umzüge beschrieben, die auf einen unvorhergesehenen Spitalsaufenthalt folgen, und bei denen die BewohnerInnen sehr beeinträchtigt waren. Das war vor allem bei BewohnerInnen der Fall, die schilderten, einen Schlaganfall erlitten zu haben.

*„Vom Spital bin ich ohne Zustimmung ins Heim gekommen. Ich bin hier ,wie auf trauriger Erholung““ (Frau EB, 5-6).*

Besonders schmerzhaft war, nicht mehr in die eigene Wohnung zurückzukommen, sondern direkt und ohne Abschied in das Pflegewohnhaus verlegt zu werden. Diese BewohnerInnen berichten auch, dass sie sich in die Entscheidungsfindung nicht eingebunden gefühlt haben, es wurde ohne sie und über sie entschieden.

*„Nach dem Spital direkt. Also da hab ich eine Operation gehabt eine größere, die haben damals eingereicht im Spital, haben mich eigentlich gar nicht gefragt, ich muss ziemlich*

*schlecht beieinander gewesen sein, die haben gesagt, in dem Heim kann ich bleiben bis zu meinem Tod“ (Herr EW, 26-31).*

Beim Umzug ins Pflegewohnhaus sind die BewohnerInnen in einigen Fällen durch MitarbeiterInnen aus dem jeweiligen Pflegewohnhaus begleitet worden. Diese Begleitung, so die BewohnerInnen, hat den Umzug für sie erleichtert und angenehmer gestaltet. Manche BewohnerInnen wurden von MitarbeiterInnen zuhause besucht, um den Umzug vorzubereiten und alles Notwendige zu klären. Eine Bewohnerin schildert, dass sie sehr gerne die Möglichkeit des „Probewohnens“ im Pflegewohnhaus angenommen hat und nun ständig bleiben will. Auch Besichtigungen vor dem Einzug wurden von den BewohnerInnen erwähnt, und nicht zuletzt Empfehlungen für ein bestimmtes Pflegewohnhaus aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis, was den Umzug ebenfalls erleichtert hat.

*„Ja, sie hat mir das Zimmer gezeigt, hat mir das alles erklärt, sie waren auch am Tag vorher bei mir zu Hause, haben sich das alles angeschaut und ich bin am nächsten Tag mit meiner Tochter hergefahren, hab mir das angeschaut und hab gesagt, ja ich nehme das gleich. Ich bin gleich dageblieben“ (Frau EF, 11-15).*

In der ersten Zeit im Pflegewohnhaus haben es die BewohnerInnen als erleichternd erlebt, wenn sie eine Ansprechperson für ihre Fragen hatten. Auch, dass sie im Wohnbereich den MitbewohnerInnen vorgestellt wurden, hat das Einleben leichter gemacht.

### **Umgang mit Endlichkeit**

Das Thema Endlichkeit, also die Auseinandersetzung mit dem Tod, erleben die BewohnerInnen einerseits als ein regelmäßig auftretendes Thema im Pflegewohnhaus und andererseits als eines, über das „man nicht spricht“. Das zeigt sich für die BewohnerInnen in der Abwesenheit der Tischnachbarin, die auch nach längerer Zeit nicht mehr ins Pflegewohnhaus zurückkehrt, von der man schließlich erfährt, dass sie verstorben ist. Auch die Ankunft der Rettung in der Nacht, die „jemanden mitnimmt“, der eventuell nicht wieder zurück ins Pflegewohnhaus kommt, lässt die BewohnerInnen daran denken, dass jemand verstorben ist. Nicht zuletzt wird allein aufgrund des Alters vieler MitbewohnerInnen das Thema Tod relevant. Trotz dieser Erfahrungen haben die BewohnerInnen den Eindruck, dass das Thema Tod und Sterben v.a. von den MitarbeiterInnen wenig angesprochen wird.

*„Es ist die Realität, wenn Leute einmal 95 Jahre sind, irgendwann dürfen Sie sterben. Also ist einfach so“* (Frau RA, 281-282).

Die BewohnerInnen beschäftigen sich auch mit ihrem eigenen Tod. Sie überlegen sich, wie sie sterben wollen, wo sie begraben werden möchten, wie das Begräbnis gestaltet werden soll. Einige erwähnen, dass sie auf ihr Leben zurückblicken, auch in dem Sinne, dass sie es abschließen.

*„Ich habe schon mein Leben abgedient, aber wie gesagt, jetzt ist halt Endstation in Sicht“* (Frau KH, 366-367).

Manche BewohnerInnen ziehen eine positive Lebensbilanz und drücken damit auch große Zufriedenheit aus. Eine Bewohnerin berichtet, dass das erfüllte Leben, das sie gelebt hat, auch die Gedanken an den Tod leichter macht.

*„Also wenn ich sterbe, ich glaub mir fällt das Sterben nicht so schwer, ich war 31 Jahre glücklich verheiratet mit meinem Mann, sehr glücklich, dann war ich zwei Jahre alleine und dann hab ich einen Lebenspartner gehabt, mit dem war ich 25 Jahre beisammen, auch ich hab nie große Probleme gehabt. Also in meinem Leben, wenn andre erzählen Scheidung usw. ich hab, bei mir hat alles im weitesten Sinne hingehaut, die Ehen und Männer hab ich brave gehabt und ich kann auf mein Leben schön zurück blicken und jetzt hab ich es auch wieder schön und meinen Kindern geht's auch gut und passt alles“* (Frau FW, 392-397).

Im Pflegewohnhaus, so erzählen einige BewohnerInnen, wird über das Thema Tod und Sterben nur wenig gesprochen. Das Schweigen zeigt sich im Erleben, dass man als BewohnerIn nur über Umwege, z. B. durch indirekte Fragen an die Betreuungspersonen, erfährt, ob die abwesende Mitbewohnerin verstorben ist. Eine direkte Frage erscheint den BewohnerInnen in diesem Umfeld nicht angemessen.

*„Aber das, kann nicht eine Oberschwester fragen, das tut man nicht oder den Herrn Franz, das tut man nicht“* (Frau IW, 367-368).

Auch beobachten die BewohnerInnen, dass neu eingezogene Personen manches Mal rasch - innerhalb weniger Wochen - versterben, sie erklären es sich damit, dass diese Person „eigentlich nicht herwollte“ und aus ihrem Lebensumfeld gerissen wurde.

*„Weil sie redet ja auch drüber, interessiert uns ja auch. Sie hat z. B. einmal gesagt, es*

*kommt vor, dass Leute da herkommen und wollen das offenbar gar nicht und nach einer Woche schon sterben, hat sie einmal erzählt. Ja wenn einer im hohen Alter, das ist nicht mehr so, wenn einer herausgerissen, aus seiner gewohnten Umgebung und dann da herkommt und das eigentlich gar nicht will, das kommt natürlich auch vor“ (Herr EW, 357-361).*

Auch wenn Tod und Sterben nichts Ungewöhnliches sind, ist ein Todesfall dennoch ein Einschnitt im Leben der BewohnerInnen – man hat am Abend davor noch mit dieser Person gesprochen, und am nächsten Tag ist sie verstorben. BewohnerInnen berichten von Abschiedsritualen im Pflegewohnhaus, z. B. im Rahmen von Gottesdiensten, die von denjenigen, die den Gottesdienst besuchen, geschätzt werden. Es gibt aber auch BewohnerInnen, die keine Gottesdienste besuchen.

Ein Teil ihres Alltags der BewohnerInnen sind Verluste auch in ihrem Bekannten- und Verwandtenkreis, der sich aufgrund ihres Alters immer mehr ausdünn. Das heißt jedoch nicht, dass diese Verluste nicht mit (großer) Trauer verbunden sind. Manche BewohnerInnen erzählen auch von Todesfällen, die lange zurückliegen und sie weiterhin beschäftigen und trauern lassen, z. B. der Tod eines Kindes.

### **Wünsche für die Zukunft**

Befragt nach ihren Zukunftswünschen haben viele BewohnerInnen geäußert, dass „alles so bleiben soll, wie es ist“.

*„Eigentlich bin ich im Ganzen zufrieden mit dem Ganzen da. Ich wünsch mir eigentlich gar nichts anders als so. Also ich bin wirklich, ich bin froh, dass ich da bin“ (Frau GS, 264-265).*

Hier zeigt sich, dass sich die BewohnerInnen mit ihrer Situation, dass sie jetzt im Pflegewohnhaus leben, abgefunden haben und versuchen, positive Seiten zu sehen. Diese Haltung des „das Beste aus der Situation zu machen, die nicht mehr zu ändern ist“, war bei manchen BewohnerInnen ganz explizit zu hören. Manche BewohnerInnen meinten in diesem Zusammenhang auch, dass andere MitbewohnerInnen dankbarer sein könnten, weil man im Pflegewohnhaus so gut umsorgt wird. Jene BewohnerInnen, die explizit berichten, dass sie

nicht im Pflegewohnhaus leben möchten, äußern an dieser Stelle den Wunsch, wieder „raus zu kommen“, nicht „eingesperrt“ zu sein.

Konkrete Anmerkungen wurden in zwei Bereichen gemacht: In einem Pflegewohnhaus ist der Umzug in ein neues Gebäude geplant, was die BewohnerInnen beschäftigt – im Hinblick darauf, ob sie sich im neuen Haus auch so wohlfühlen werden wie bisher. Auch das zukünftige Miteinander wurde zum Thema gemacht und die Sorge zum Ausdruck gebracht, dass man zukünftig mit noch weniger Menschen (verbal) kommunizieren wird können. Einige Anmerkungen beziehen sich auch an dieser Stelle sehr konkret auf das Essen im Pflegewohnhaus.

Was die BewohnerInnen auch bewegt, ist die Frage, wie es sein wird, wenn sie weniger selbständig als bisher und mehr auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sein werden. Hier zeigt sich der Aspekt der unsicheren Zukunft, die wenig beeinflussbar erscheint und hingenommen werden muss, auch wenn man sich gute Gesundheit wünscht. Da die BewohnerInnen berichten, dass sie gute Betreuung erfahren und damit zufrieden sind, lässt sich diese Aussage auch als konkreter Wunsch für die Zukunft interpretieren: Sie wünschen sich, weiterhin gut umsorgt zu werden, auch wenn die Bedürftigkeit größer wird, und wollen sich darauf verlassen können.

*„Das weiß man halt nie, wie es einmal wird, wenn man nicht mehr so beweglich ist, wenn man dann angewiesen ist, wenn man selber nicht mehr aufstehen kann und so, das weiß man halt nie, wie es bei einem wird einmal. Aber sie sind froh nehm ich an, dass sie im Haus bleiben können“ (Herr EW, 548-552).*

Auch das eigene Sterben und der eigene Tod werden thematisiert: Dass man „ruhig einschlafen“ kann, schnell und ohne Schmerzen, dass man diejenigen wiedertrifft, die bereits verstorben sind. Es gab auch den Wunsch, im gemeinsamen Familiengrab bestattet zu werden. Gläubige BewohnerInnen sprechen davon, dass ihr Glaube für sie eine Unterstützung ist, auch im Hinblick darauf, was nach ihrem Tod sein wird.

Einige BewohnerInnen resümieren an dieser Stelle, dass sie keine weit in die Zukunft reichenden Wünsche mehr haben, da sie nicht damit rechnen, diese noch zu erleben.

*„Und da werd ich dann manches mal gefragt, na und hast du nicht einen Wunsch und da sag ich weißt, es ist immer klug, wenn man seinen Wunsch nach der Möglichkeit richtet“ (Frau KH, 372 374).*

Das Pflegewohnhaus wird hier als „letzte Station“ in einem teilweise langen Leben benannt. Als tröstlich wird erlebt, dass man ein gutes Leben gehabt hat, „übertriebene“ Wünsche erscheinen in diesem Zusammenhang unangemessen.

### **Fazit**

In den Interviews mit den BewohnerInnen wurde deutlich, dass Aspekte, die die Würde und das Selbstwertgefühl der BewohnerInnen berühren, oftmals indirekt angesprochen wurden. Eine direkte Ansprache dieser beiden Konzepte löste eher Nachfragen der InterviewpartnerInnen aus. In den Interviews berichten die BewohnerInnen, dass ihnen mehr gesellschaftliche Anerkennung wichtig wäre. Sie fühlen sich von den Pflegepersonen wertgeschätzt. Sie blicken zurück auf ihr Leben und thematisieren den teilweise fehlenden Umgang mit Endlichkeit im Pflegewohnhaus. Für viele ist die Geschichte ihres Umzugs in das Pflegewohnhaus noch sehr präsent, auch wenn ihre Ankunft schon lange her ist. Aus diesen Beobachtungen schließen wir, dass die Domäne „Würde und Selbstwertgefühl“ als „Metadomäne“ bezeichnet werden kann, deren Inhalte sich auch in den anderen Domänen wiederfinden, und die nur indirekt angesprochen wird.

## Domäne 2: Selbstbestimmung

Selbstbestimmung wird im Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege in der Domäne 2 zusammengefasst und wie folgt im Konzept beschrieben:

*Die gepflegte Person hat das Gefühl Kontrolle über ihr Leben zu haben, verfügt über Entscheidungsspielräume bezüglich der Dinge, die ihr wichtig sind und kann diese gegebenenfalls für sich erledigen lassen.*

Aus der Perspektive der BewohnerInnen spielen für die Domäne 2 folgende Themen eine Rolle:



### Domäne 2: Selbstbestimmung aus der Sicht der BewohnerInnen

Themen:

- Gestaltung des Alltags durch die BewohnerInnen
- Wünsche umsetzen
- Aufforderung zu Aktivitäten
- Duschen
- Zu Bett gehen

*„Mittags das hab ich mir aber, ich sag das hab ich mir selbst gelernt, einschenken, die Säfte zu Mittag das ist so eine Art Therapie, die ich mir selber mache. Ein bissi ja, aber ich mache es wegen mir, nicht sagen wir mal, sie haben es mir nicht angeboten, ich hab von alleine. Ja, ich hab das Bedürfnis gehabt. [...] Und das macht mir Freude und lenkt mich ab“ (Frau IW, 134-141).*

Abb. 2: Domäne 2: Themen und Ankerzitat

### Gestaltung des Alltags durch die BewohnerInnen

Selbstbestimmung wird von den BewohnerInnen sehr individuell gelebt und hängt meist eng mit der Tagesgestaltung und mit Aktivität(en) zusammen. Für die BewohnerInnen ist es wichtig, ihren Alltag frei gestalten zu können und an Aktivitäten teilzunehmen, aber auch die Freiheit zu haben, keine davon zu nutzen. Viele BewohnerInnen strukturieren und gestalten ihren Tag selbst, suchen sich Aufgaben, Aktivitäten oder Beschäftigung und schätzen diese Möglichkeiten.



*„Mittags das hab ich mir aber, ich sag das hab ich mir selbst gelernt, einschenken, die Säfte zu Mittag das ist so eine Art Therapie, die ich mir selber mache. Ein bissi ja, aber ich mache es wegen mir, nicht sagen wir mal, sie haben es mir nicht angeboten, ich hab von alleine. Ja, ich hab das Bedürfnis gehabt. [...] Und das macht mir Freude und lenkt mich ab“ (Frau IW, 134-141).*

Manche BewohnerInnen gestalten und verbringen ihren Alltag gerne mit anderen:

*„Ich bin frei, kann machen, kann mich anschließen, wo ich mag, müssen tut man nicht, es ist der freie Willen der Person und ich geh ganz gern. Und an einem Samstag haben wir eine Kartenpartie immer mit auch Freiwilligen, alle 14 Tage. Da spielen wir zu Dritt Bauernschnapsen“ (Frau UG, 220-224).*

Oder die BewohnerInnen animieren sich gegenseitig zu Aktivitäten, z. B. das Zimmer zu verlassen oder sich an Kartenspielen zu beteiligen:

*„Nein, es ist alles freiwillig. Drum sag ich, man muss nicht im Zimmer sitzen alleine oder zu zweit, das hab ich schon meiner Nachbarin schon im Zimmer sag ich komm, du gehst mit. Ja man muss, sie sitzt immer und schaut beim Fenster raus und ich mag das nicht. Jetzt wo ich dazu animieren kann, dass sie halt mitgeht“ (Frau KM, 78-81).*

Andere BewohnerInnen wiederum genießen und gestalten ihre Zeit lieber alleine oder unterstützen das Pflegepersonal und finden darin ihre Freude im Alltag:

*„Mir macht's gar nix. Ich bin gern alleine. Ich bin da heroben, ich tu häkeln oder ich helf der Schwester, wenn die Schwestern was brauchen, ich hab ihnen viel so Stern rausgeschnitten und so Sachen mach ich halt. Und die Schwester sagt immer, wir sind so froh, dass wir dich haben, weil du weißt auf alles, wenn wir dich um was fragen, du weißt auf alles Bescheid. Ich sag, ich weiß auch nicht wieso auf alles, aber ich interessiere mich halt für alles. Und das freut sie“ (Frau RS, 246-251).*

*„Die Gratiszeitung, in der Kiste da Gratiszeitung bring ich vor die Türe. Ich bin der Postgeher“ (Herr KL, 57-58).*

Diese Wahlmöglichkeit in der Gestaltung des Alltags wird von den BewohnerInnen geschätzt. Sie erhalten die Informationen zu Aktivitäten, Veranstaltungen etc., werden auch dazu eingeladen, aber sie müssen nicht teilnehmen:

*„Im Gegenteil, man würde mich öfter zu etwas holen und ich sag Ihnen ehrlich, ich sag gelegentlich echt nein“ (Herr HK, 322-323).*

## **Wünsche umsetzen**

Auf die Frage nach persönlichen Wünschen oder Bedürfnissen und wer ihnen bei der Umsetzung dieser Wünsche hilft bzw. wen sie um Hilfe bitten können, reagieren manche BewohnerInnen realistisch nüchtern:

*„Und da werd ich dann manches mal gefragt, na und hast du nicht einen Wunsch und da sag ich weißt, es ist immer klug, wenn man seinen Wunsch nach der Möglichkeit richtet, eine Betreuung kann sehr angenehm sein, man muss nur eine Grenze des Anspruches stellen“ (Frau KH, 545-553).*

Häufig werden darunter pflegerische Tätigkeiten wie Unterstützung beim Anziehen, Waschen, Aufstehen usw. verstanden, diese „Wünsche“ werden von den Pflegepersonen erfüllt:

*„Eigentlich die Schwester, die mich anzieht und die mich wäscht, der sag ich das und dann wird das irgendwie umgesetzt, ja“ (Frau GS, 194-195).*

Eine Bewohnerin meint, dass aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen vieles nicht mehr möglich ist und antwortet daher ein wenig überrascht auf diese Frage nach der Umsetzung seiner Wünsche mit einer Gegenfrage:

*„Da ist eine Gegenfrage, was verstehen Sie unter persönlichen Wünschen? Na Ausflug oder Spaziergang fallen ja weg, ich bin an den Rollstuhl gefesselt. Wie kann ich spazieren gehen? Ist also hinfällig“ (Frau EW, 158-167).*

Die selbe Bewohnerin erzählt auch, dass ein Besuch im Tiergarten zwar erwünscht wäre, aber nicht möglich, weil dieser zu weit weg und zu teuer ist. Dafür sind aber Besuche in Museen und Ausstellungen möglich. Sie schließt mit der Bemerkung:

*„Man kann persönliche Wünsche äußern, aber es ist natürlich ein Limit, was wir können“ (Frau EW, 167-173).*

Manche BewohnerInnen nutzen mit großer Freude das Angebot, dass freiwillige MitarbeiterInnen oder Zivildienstler ins Haus kommen, um zum Beispiel Erledigungen, Einkäufe oder Spaziergänge zu tätigen, die sie selbst nicht mehr alleine umsetzen können:

*„Eine Dame, erstens einmal kauft mir die ein, was ich brauche und das ist Verschiedenstes und dadurch, dass ich auch nicht schreiben kann, man hat doch immer was zu schreiben (...). brauch ich jemanden, der auf die Bank geht“ (Frau EB, 702-710).*

*„Zivildienstler (...), also der ist auch sehr nett. Wenn ich sag, fahrst zum Billa, sagt er Frau M. wollen Sie mitfahren? Wenn es mich freut, sag ich ja“ (Frau KM, 46-51).*

Einige BewohnerInnen nehmen sich bewusst zurück und bitten nur um etwas, wenn es notwendig ist:

*„Ich mein, ich läute natürlich nicht aus Jux und Tollerei, weil die Damen ja mehr als beschäftigt sind“ (Frau EB, 641-642).*

Es gibt aber auch Menschen, die sich davor scheuen, das Pflegepersonal zum Beispiel zu fragen, ob sie im Zimmer essen dürfen, weil sie nicht zur Last fallen wollen bzw. dem Pflegepersonal keine zusätzliche Arbeit aufbürden möchten. Dies führt aber auch dazu, dass sich die BewohnerInnen gegenseitig unterstützen und der Zimmerkollegin bei der Umsetzung ihrer Wünsche helfen:

*„Eigentlich nie nein, ich hab nur meine Nachbarin dann, die war vor mir drin, hab ich zu ihr gesagt, wo sie isst unten oder am Zimmer. Sagt sie na ich tät gern am Zimmer essen, aber ich traue mich nicht fragen. Warum fragst denn nicht, wennst nicht runter gehen willst, na dann ist sie gekommen, sagt nein wir essen alle zwei oben. Weil was soll's, wenn sie mich eh schon fragen, dann sag ich nein. Aber das traue sie sich alles nicht“ (Frau KM, 507-511).*

### **Aufforderung zu Aktivitäten**

In diesem Zusammenhang erzählen einige BewohnerInnen, dass MitarbeiterInnen vorbeikommen und bei den BewohnerInnen nachfragen, ob sie zum Beispiel am Turnen teilnehmen möchten oder die BewohnerInnen zur Teilnahme an Aktivitäten einladen. Die Teilnahme basiert jedoch auf freiwilliger Basis:

*„Das krieg ich immer durch eine wie soll ich sagen, da kommt jemand und sagt zu mir, wollen Sie turnen gehen und ich sag ja und dann geh ich mit oder es kommt wer und sagt, ich soll turnen“ (Frau GS, 167-169).*

*„Man kann, wenn man will an allem teilnehmen, man kann auch wenn man will von allem sich befreien. Also man muss nicht. Wenn es ganz wichtige Dinge gibt, wird einem das ja gesagt“ (Frau KH, 197-199).*

Es gibt aber auch BewohnerInnen, die mit ihrer Situation, dass sie im Pflegewohnhaus leben und pflegebedürftig sind, hadern und unzufrieden sind und die Einladung zu den Angeboten als Aufforderung sehen und den Aktivitäten weniger abgewinnen können:

*„Man hat keine Möglichkeit rauszugehen, es gibt nichts Grünes, das ist die Situation. Ich werde aufgefordert mitzumachen, das sind teilweise „esoterische Geschichten“. Ich tue tagsüber nichts“ (Frau EBA, 23-25).*

## **Duschen**

Viele BewohnerInnen sind körperlich eingeschränkt und nicht mehr in der Lage, die Körperpflege oder den Toilettengang selbstständig und ohne Unterstützung durchzuführen. Sie sind auf die Hilfe von Betreuungspersonen angewiesen. Auch wenn sich die BewohnerInnen gut betreut und aufgehoben fühlen, so wünschen sich manche BewohnerInnen zum Beispiel häufiger zu duschen. Dass dies in der Praxis nicht immer nach den individuellen Bedürfnissen umgesetzt werden kann, erklären sie sich durch die Überlastung und den Mangel an Betreuungspersonen und akzeptieren diesen Umstand:

*„Das würd ich und da haben auch meine Kinder mit der Leitung gesprochen, sie würden mir eine Dusche von außen kommen lassen ein von der, eben von der Caritas oder vom Hilfswerk, die mich duschen, das ist aber abgelehnt worden und das versteh ich auch, weil die ja hier die Verantwortung haben und nicht für jemanden von jemanden von außen, obwohl das auch geschultes Personal ist, aber das ist abgelehnt worden. Und einmal in der Woche dusch ich halt, aber sonst wird schon gewaschen“ (Frau EB, 657-662).*

## **Zu Bett gehen**

Auch beim Zu-Bett-Gehen bzw. beim Aufstehen sind viele BewohnerInnen auf die Hilfe der Betreuungspersonen angewiesen. Manche BewohnerInnen berichten, dass es auch zu

Wartezeiten kommt und sie nicht selbstständig und selbstbestimmt schlafen gehen oder zum gewünschten Zeitpunkt aufstehen und sich waschen und ankleiden können:

*„Naja ich brauch für alles Hilfe. Also das beginnt, ich muss warten, bis mir jemand aus dem Bett hilft und am Abend wieder ins Bett hinein hilft. Und für Körperpflege und für alles brauch ich jemanden“ (Frau EB, 336-343).*

Andere BewohnerInnen wiederum treffen mit den Betreuungspersonen individuelle Abmachungen, um ihre Wünsche und Bedürfnisse umsetzen zu können:

*„Ja ich nehm eigentlich jede Mahlzeit hier ein, abends ess ich meistens überhaupt nichts, weil ich hab eigentlich gar keinen Appetit und dann ist es meistens so, ich hab jetzt ohnehin schon gesprochen mit der Schwester, die ja sehr kooperativ ist, dass ich so früh wie möglich aus dem Bett komm und so spät wie möglich ins Bett hinein“ (Frau EB, 347-350).*

## **Fazit**

Selbstbestimmung ist für die BewohnerInnen von großer Bedeutung. Die Wichtigkeit und Bedeutung äußert sich in den Erzählungen der BewohnerInnen, da ein konkretes Fragen nach Selbstbestimmung schwierig ist. Selbstbestimmung ist stark mit anderen Domänen, im Besonderen mit Aktivität, verknüpft. Dies hängt natürlich auch mit der körperlichen und psychischen Verfassung der BewohnerInnen zusammen und ist daher sehr individuell ausgeprägt. Unseren InterviewpartnerInnen ist es ein besonderes Anliegen, dass ihre Wünsche respektiert werden können, dazu tragen auch die freiwilligen MitarbeiterInnen und die Zivildienstler bei. BewohnerInnen wollen aktiv an der Gestaltung des Alltags mitwirken, insbesondere, was ihren Tagesrhythmus, ausgedrückt über das Zu-Bett-Gehen und das Aufstehen, betrifft.

## Domäne 3: Persönliche Sicherheit

Persönliche Sicherheit wird im Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege in der Domäne 3 zusammengefasst und wie folgt im Konzept beschrieben:

*Die gepflegte Person fühlt sich in ihrem Zuhause und in ihrer Wohnumgebung sicher und geborgen.*

Aus der Perspektive der BewohnerInnen spielen für die Domäne 3 folgende Themen eine Rolle:



### Domäne 3: Persönliche Sicherheit aus der Sicht der BewohnerInnen

Themen:

- Hilfestellung durch Pflegepersonen
- Unsichere Situationen Zuhause

*„Ich hatte einmal in meiner Wiener Wohnung, habe ich einen folgenschweren Sturz mit Oberschenkelhals und seither, ich könnte frei gehen, wenn ich im Kopf umschalten könnte, aber seitdem ich da gestürzt bin und nicht mehr, aber gar nichts mehr machen konnte, sondern nur meine Haushaltshilfe rufen, ... seit der Zeit ist da eine Sperre bei mir und Sie sehen ja, ich mache keinen Schritt ohne Rollator“ (Frau KH, 266-274).*

Abb. 3: Domäne 3: Themen und Ankerzitat

### Hilfestellung durch Pflegepersonen

Die persönliche Sicherheit wird von den BewohnerInnen unterschiedlich wahrgenommen. Die Frage danach ist für BewohnerInnen, die körperlich noch recht „fit“ bzw. wenig eingeschränkt sind, etwas irritierend und schwer nachvollziehbar, da sich die BewohnerInnen grundsätzlich in den Pflegewohnhäusern sicher und gut aufgehoben fühlen:

*„Ich fühl mich in diesem Haus sehr gut aufgehoben, weil jeder Pfleger, jede Pflegerin ist sehr freundlich und ja, das macht sehr viel aus“ (Frau GS, 249-253).*

Einerseits verbinden die BewohnerInnen mit Sicherheit, dass in der Nacht das Haus abgesperrt ist, Brandschutzmaßnahmen vorhanden sind und abends keine hausfremden Personen in das Pflegewohnhaus kommen können:

*„Ja, absolut. Denn ich hab am Anfang gefragt, ob am Abend zugesperrt wird, aber das eigentlich aus Vorsicht. Wir haben, glaub ich einen Nachtwächter und wenn wir, wenn ich z. B. ins Theater gehe und spät am Abend nach Hause komm, läuten wir da und dann kommt einer und sperrt uns auf. Also ich fühl mich sicher“ (Frau EW, 323-326).*

Andererseits hängt das Sicherheitsgefühl mit dem Vorhandensein von Pflegepersonen zusammen. Der Mangel an Pflegepersonal wird von den BewohnerInnen wahrgenommen und thematisiert, und sie berücksichtigen dies mit Nachsicht in ihren Erzählungen:

*„Sehr gut aufgehoben und die Bedienerinnen putzen und wenn du was brauchst, also von der Schwester sagt sie warten Sie ein bisschen, ich komm gleich oder machen wir es gleich, also zu wenig Personal haben wir halt, aber sonst sind sie sehr, sehr nett und ich bin pumperl zufrieden“ (Frau WS, 310-313).*

Im Vordergrund steht die Gewissheit, dass immer jemand vor Ort ist, der/die im Falle eines Unfalls, wie zum Beispiel einem Sturz, hilft und man nicht lange auf Hilfe warten muss:

*„Das passiert nämlich manchmal, dass im Zimmer welche umfallen oder so, wenn sie schwindlig werden oder so, aber man darf halt nicht dumm fallen, weil eine Hand gebrochen, die andere einen Fuß, das ist natürlich, das kann man sich nicht aussuchen, das geht so geschwind, wenn man schwindlig wird, aber man bleibt nicht lange alleine, das möchte ich sagen, man wird bald gefunden“ (Herr EW, 987-991).*

Ebenso wichtig für das persönliche Sicherheitsgefühl ist die Unterstützung bei der Körperpflege. Dass sie nicht alleine sind, vermittelt den BewohnerInnen ein Gefühl von Sicherheit, das manche BewohnerInnen in ihrem früheren Zuhause nicht mehr hatten. Sie fühlen sich durch die Hilfestellungen der Betreuungspersonen im Alltag gut betreut und aufgehoben.

Manchen BewohnerInnen gibt die Anwesenheit einer anderen Person beim Verlassen des Zimmers Sicherheit. Wenn es nicht möglich ist, dass sie jemand begleitet, begnügen sich mit „kleinen Dingen“, die sie erfreuen:

*„Ich bin hergekommen und bin sehr stationär. Ich, wenn ich weggehe, geh ich nicht allein, sondern wenn ich Besuch hab und den Wunsch, ich möchte in den Garten gehen, na dann gehen wir halt, aber allein, ich wie gesagt, ich bin da irgendwie vielleicht überängstlich, aber es genügt mir, wenn ich da raus schaue“ (Frau KH, 334-340).*

### **Unsichere Situationen zuhause**

Vor allem jene BewohnerInnen, die körperlich in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, erzählen auf unsere Nachfragen zur persönlichen Sicherheit Geschichten darüber, wie unsicher die Situation zuhause vor dem Umzug ins Pflegewohnhaus war. Sie berichten zum Beispiel, dass sie zuhause immer wieder gestürzt seien und niemand vor Ort war, um zu helfen. Meist sind diese Sturzerfahrungen auch ausschlaggebend für den Einzug ins Pflegewohnhaus nach einem Krankenhausaufenthalt gewesen:

*„Ich habe einmal in meiner Wiener Wohnung, habe ich einen folgenschweren Sturz mit Oberschenkelhals und seither, ich könnte frei gehen, wenn ich im Kopf umschalten könnte, aber seitdem ich da gestürzt bin und nicht mehr, aber gar nichts mehr machen konnte, sondern nur mehr meine Haushaltshilfe rufen, die Gottseidank in der Nähe war und die hat die Rettung gerufen und Sie wissen ja, wie das dann weitergeht, seit der Zeit ist da eine Sperre bei mir und Sie sehen ja, ich mach keinen Schritt ohne Rollator“ (Frau KH, 266-274).*

Die Angst davor schränkte manche BewohnerInnen in ihrer Mobilität bzw. Bewegungsfreiheit und auch Lebensqualität zuhause massiv ein. Manche BewohnerInnen berichten, dass sie dann kaum noch ihre Wohnung/ihr Haus alleine verlassen haben oder sich sogar in der Wohnung so wenig wie möglich bewegten, aus Angst vor einem Sturz:

*„Und ich hab aber nicht allein hinein und hinaus können. Das heißt ich hätt schon können, aber das hab ich mich nicht getraut, ohne dass jemand im Haus war. Also das war z. B. einer der Negativpunkte“ (Frau EB, 631-633).*

Im Vergleich zu dieser Angst vor einem Sturz zuhause gibt das Bewusstsein, im Pflegewohnhaus „unter Aufsicht“ zu sein, Sicherheit:



*„Weil ich sag so, was mach ich zaus in meinem Haus, da sitz ich genau im Wohnzimmer und hab den Fernseher aufgedreht, weil viel kann ich nicht machen. Ja, ich kann mir mein Essen wärmen da oben, aber das bin ich auch allein und da bin ich halt doch unter Aufsicht“ (Frau KM, 599-610).*

## **Fazit**

Diese Domäne wird unterschiedlich von den BewohnerInnen wahrgenommen. Sie ist für BewohnerInnen, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind, von größerer Bedeutung als für mobile und relativ uneingeschränkte BewohnerInnen. Diese Domäne zählt nicht zu jenen, über die die BewohnerInnen ausführlich erzählen. Daraus lässt sich einerseits schließen, dass die BewohnerInnen sich in den Pflegewohnhäusern sicher fühlen. Sich unterstützt, gut aufgehoben und sicher zu fühlen bedeutet für die BewohnerInnen Sicherheit. Auch fühlen sich jene BewohnerInnen im Pflegewohnhaus besonders sicher, die im eigenen Zuhause vor dem Umzug Erfahrungen mit unsicheren Situationen wie Stürzen gemacht haben.

## Domäne 4: Körperpflege und körperliches Wohlbefinden

Körperpflege und körperliches Wohlbefinden werden im Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege in der Domäne 4 zusammengefasst. Sie wird im Konzept so beschrieben:

*Die gepflegte Person fühlt sich sauber und gepflegt und ist – im Idealfall – auch so gekleidet, wie es ihren persönlichen Vorlieben entspricht. Sie ist weitestgehend frei von Schmerzen und fühlt sich wohl.*

Aus der Perspektive der BewohnerInnen spielen für die Domäne 4 folgende Themen eine Rolle:



### Domäne 4: Körperpflege und körperliches Wohlbefinden aus der Sicht der BewohnerInnen

#### Themen

- Umgang mit Krankheit und Gebrechlichkeit
- Gesundheitliche Versorgung
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Aussehen

*„Ja, waschen und anziehen, das macht die Schwester, aber ich probiere auch ab und zu zum Anziehen, aber mit den Händen geht halt schwer, aber ich probiere schon“ (Frau JG).*

Abb. 4: Domäne 4: Themen und Ankerzitat

### Umgang mit Krankheit und Gebrechlichkeit

Mit Krankheit und Gebrechlichkeit gut umgehen zu können, z. B. trotzdem noch „etwas leisten zu können“, fördert das Wohlbefinden der BewohnerInnen. In vielen Fällen ist es jedoch nicht möglich, ein Leben ohne Einschränkungen zu führen. Ein gewisses Ausmaß an Einschränkungen akzeptieren die BewohnerInnen. Teilweise werden Schmerzen als notwendige Konsequenz des eigenen Alters wahrgenommen:

*„Schmerzen nein, hab ich keine Gottseidank. Dass einmal, wenn man schlecht liegt oder schlecht sitzt da und dort zwick, das tut's auch“ (Frau KH, 344-346).*

Es gibt aber auch Menschen, die unter starken Schmerzen leiden und medikamentös behandelt werden. Auch in diesem Fall gibt es Akzeptanz, dass trotz Medikation Schmerzfreiheit nicht möglich ist:

*„Aber ich hab eigentlich immer Schmerzen und das hat mir der Palliativarzt auch gesagt. Schmerzfrei werd ich nie sein, aber ich kann damit leben, sagen wir einmal so“*  
(Frau RA, 374-376).

Als belastend erleben es die BewohnerInnen, wenn ihre Mobilitätseinschränkungen sie in ihrer Selbstständigkeit hindern, und dazu führen, dass sie Unterstützung brauchen, um im Pflegewohnhaus unterwegs zu sein oder um es zu verlassen. Auch Sprachstörungen (z. B. nach einem Schlaganfall) werden als belastend beschrieben. Diese körperlichen Einschränkungen wirken sich auch auf die sozialen Interaktionen aus und hindern die BewohnerInnen dabei, gemeinsam einen Spaziergang zu machen, oder ein anregendes Gespräch zu führen.

*„Ich spür heute schon, dass ich über 90 bin, mit allem, in allem, beim Sprechen, bei allem, dass irgendwie, so ehrlich bin ich schon, dass ich vor 20 Jahren anders gesprochen hab. Aber ich bin froh, dass es so noch geht“* (Herr AI, 434-436).

Im Umgang der BewohnerInnen mit Krankheit und Gebrechlichkeit konnten wir zwei Muster finden: Einerseits machen sich die Befragten Sorgen, die sich auf die Zukunft und mögliche Erkrankungen richten. Diese Sorgen haben die BewohnerInnen besonders im Zusammenhang mit Demenz und Schlaganfall thematisiert. Demenz wird in letzter Konsequenz mit einem Identitätsverlust gleichgesetzt. Um mit dieser Sorge umzugehen, verfolgen die BewohnerInnen unterschiedliche Strategien: Üben und trainieren, z. B. Rätsel lösen oder an einem Gedächtnistraining teilnehmen, sich distanzieren, indem man bewusst nicht an Trainings teilnimmt, oder hinnehmen als ein Teil des Älterwerdens.

Auch ein möglicher Schlaganfall löst Sorge aus. Hier befürchten die BewohnerInnen vor allem eine drohende Handlungsunfähigkeit, was sie mit dem Bild des „Pflegefalls“ ausdrücken. Ihre Strategien, mit dieser möglichen Handlungsunfähigkeit umzugehen, sind Fokussierung auf die Gegenwart und Distanzierung: „Ich bin ja noch kein Pflegefall.“

Ein weiteres Muster der BewohnerInnen, mit Krankheit und Gebrechlichkeit umzugehen, zeigt sich als Schamgefühl. Dieses Schamgefühl haben wir besonders in jenen Gesprächspassagen

gefunden, als uns die BewohnerInnen über neurologische Erkrankungen erzählten und die damit verbundenen Sprachstörungen. Auch Inkontinenz, insbesondere Stuhlinkontinenz, und mögliche dabei auftretende Gerüche, sind mit Schamgefühlen verbunden.

*„... und dann riech ich mich selber, ich mein, ich brauch Ihnen ja nix erzählen, wenn man sich selber riecht, wenn man sonst immer eine gepflegte Frau war, dann wie unangenehm das ist“ (Frau JB, 434-436).*

Um mit diesen unangenehmen Erfahrungen umzugehen, versuchen die BewohnerInnen, nicht über ihre Erkrankung zu sprechen, oder sich daran zu gewöhnen. Manche erzählen auch, dass sie ihr Zimmer nicht oder wenig verlassen. Auch vergleichen sich manche BewohnerInnen mit anderen und meinen, dass im Gegensatz zu ihnen alle anderen gesund sind.

Weibliche BewohnerInnen haben die Körperpflege durch eine männliche Pflegeperson als beschämend beschrieben. Das mit der Pflege durch einen männlichen Pfleger verbundene Schamgefühl versucht eine Frau durch Distanzierung zu bewältigen:

*„Kommt immer eine Schwester oder ein Pfleger, mir macht es auch nichts, wenn mich ein Mann wascht, weil der sieht ja eh nur die Pflegeperson, nicht das Weib“ (Frau WS, 284-285).*

### **Gesundheitliche Versorgung**

Auf das Thema gesundheitliche Versorgung angesprochen, erzählen die BewohnerInnen hauptsächlich über die ärztliche Versorgung im Pflegewohnhaus. ÄrztInnen kommen an bestimmten Tagen in das Pflegewohnhaus, das beschreiben die InterviewpartnerInnen grundsätzlich als positiv. Auch von Facharztbesuchen wird berichtet. Erzwungene Arztwechsel werden als problematisch wahrgenommen.

*„...hab ich ziemlich einen Abstand mit der Ärztin, weil die hat mir nicht erlaubt, dass mein Hausarzt her kommt und ich hab mit dem Hausarzt so ein gutes Einvernehmen gehabt“ (Frau FB, 243-245).*

Die BewohnerInnen erzählen auch von einem wahrgenommenen Zeitdruck bei den ÄrztInnen.

*„Und die Frau Doktor hat halt natürlich auch nicht viel Zeit für diese drei Stöcke“ (Frau MS, 265).*

Einige BewohnerInnen erzählen in diesem Zusammenhang von ihrer Beobachtung, dass regelmäßig MitbewohnerInnen ins Krankenhaus transportiert werden und teilweise rasch wieder in das Pflegeheim zurückkommen. Dieser rasche Rücktransport wird auch als Sparmaßnahme empfunden. Auch sind Krankenhausaufenthalte in den Augen der BewohnerInnen teilweise eine beruhigende Vorsichtsmaßnahme.

Was die medikamentöse Versorgung anbelangt, wird diese von den BewohnerInnen gelobt, insbesondere die gute Organisation. In diesem Bereich fühlen sich die BewohnerInnen sehr gut versorgt. Einige BewohnerInnen erzählen, dass ihre Kinder die Kosten für bestimmte Therapien tragen, die nicht im vollen Umfang als Leistung der Krankenkasse abgerechnet werden können (z. B. zusätzliche Physiotherapie).

### **Unterstützung bei der Körperpflege**

Die BewohnerInnen sind teilweise selbstständig, teilweise angewiesen auf Unterstützung in der Körperpflege. Diese Unterstützung wird als Teil des Alltags beschrieben und lässt auch genügend individuelle Freiheit, z. B. beim Wunsch, zu einer bestimmten Zeit zu duschen. Sichtbar wird die Angewiesenheit auf Unterstützung dann, wenn BewohnerInnen auf diese warten müssen und z. B. am Morgen länger als von ihnen gewünscht im Bett bleiben müssen, was als besonders störend empfunden wird. Auch während der Nacht berichten die BewohnerInnen von Wartezeiten, z. B. wenn beim Toilettengang Unterstützung notwendig ist.

Zum Teil erklären sich die BewohnerInnen diese Wartezeit mit der Überlastung der Betreuungspersonen, vor allem in der Nacht und akzeptieren eine gewisse Wartezeit als unausweichlich. Was den BewohnerInnen in dieser Situation hilft, ist, einen Anhaltspunkt zu bekommen, wie lange sie warten müssen.

*„Was z. B. ist, dass ich gerne auch habe, wenn ich, wenn die Schwestern sagen, sie kommen weiß ich, in einer halben Stunde, dass ich auch rechnen kann, dass jemand kommt und bei dem möchte ich bleiben“ (Frau JB, 557-559).*

Auch erklären sich manche BewohnerInnen als länger empfundene Wartezeiten damit, dass andere Unterstützung notwendiger brauchen. Sie tolerieren in diesem Fall auch potentiell längeres Warten auf Unterstützung.

## **Gepflegtes Aussehen**

Gepflegt zu sein, auch wenn Schönheit vergänglich ist (so der Kommentar einer Bewohnerin), ist vielen – besonders den weiblichen - BewohnerInnen wichtig: Sie achten auf ihre Kleidung, sind stolz auf einen gut gefüllten Kleiderschrank und betonen, wie wichtig es ihnen ist, die Kleidung tagtäglich selbst auswählen zu können und dem Anlass angemessen gekleidet zu sein. Diese Bewohnerinnen erzählen auch, dass es ihnen immer schon wichtig war, gepflegt und gut angezogen zu sein, auch Schmuck zu tragen. Das Bild, das sie damit nach außen vermitteln, ist ein wichtiger Teil ihrer Identität.

*„Die Schwestern sagen immer Frau R., Sie sind einmalig. Sie sind immer tip top, immer wie aus dem Sackel. Sag ich, ich war schon als junges Mädchen so“ (Frau GR, 345-346).*

Sich nicht gepflegt zu fühlen betrifft vor allem das Thema Sauberkeit und ist mit Scham verbunden. In diesem Zusammenhang erzählen die BewohnerInnen, wie unangenehm es ihnen ist, unter Umständen „schlecht zu riechen“ bei Harn- und noch mehr bei Stuhlinkontinenz. Damit verbunden ist auch die Sorge, dass andere etwas riechen könnten und sind dadurch belastet. Schlecht zu riechen wird als das Gegenteil von Gepflegt-Sein beschrieben.

## **Fazit**

Die Domäne Körperpflege und körperliches Wohlbefinden ist für die BewohnerInnen von Bedeutung. Allerdings gehört sie nicht zu den Domänen, über die sie am meisten sprechen. Wir schließen daraus, dass die Erfüllung der entsprechenden Bedürfnisse etwas Selbstverständliches hat, das nicht ausführlich besprochen werden muss. Manche BewohnerInnen sprechen von Schmerzen, aber auch davon, dass diese ein akzeptables Ausmaß haben. Als belastend erleben es die BewohnerInnen, wenn ihre Mobilitätseinschränkungen sie in ihrer Selbstständigkeit hindern. Sie machen sich Sorgen um ihre gesundheitliche Zukunft, insbesondere im Hinblick auf eine mögliche Demenz oder einen Schlaganfall. Auf das Thema gesundheitliche Versorgung angesprochen, erzählen die BewohnerInnen hauptsächlich über die ärztliche Versorgung im Pflegewohnhaus, die

medikamentöse Versorgung wird positiv erwähnt. Pflegebedürftige InterviewpartnerInnen berichten, dass sie auf Unterstützung warten müssen, zeigen aber auch Verständnis dafür. Ein gepflegtes Aussehen ist den weiblichen Befragten sehr wichtig.

## Domäne 5: Essen und Trinken

Essen und Trinken werden im Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege in der Domäne 5 zusammengefasst und wie folgt im Konzept beschrieben:

*Die gepflegte Person hat die Möglichkeit sich ausgewogen und entsprechend den individuellen Wünschen/Bedürfnissen zu ernähren.*

Aus der Perspektive der BewohnerInnen spielen für die Domäne 5 folgende Themen eine Rolle:



### Domäne 5: Essen und Trinken aus der Sicht der BewohnerInnen

Themen:

- Sitzordnung
- Essenszeiten
- Essen selbst zubereiten
- Essen wird ins Wohnhaus gebracht
- Interaktionen während der Mahlzeit
- Ort der Mahlzeit

*„Ich esse, ich will ja ein bisschen unter den Leuten sein. Ich bin nicht so, ich war mein Leben unter so vielen Menschen“ (Frau MM, 203-205).*

Abb. 5: Domäne 5: Themen und Ankerzitat

### Sitzordnung

Ein Aspekt im Zusammenhang mit dem Thema Essen ist der Sitzplatz im Gemeinschaftsraum oder Speisesaal, der den BewohnerInnen bei ihrem Einzug ins Pflegewohnhaus zugeteilt wird. Die Sitzordnung am Tisch ist für die BewohnerInnen ein wichtiger Aspekt. Die meisten BewohnerInnen berichten, dass ihnen ein freier Sitzplatz an einem Esstisch zugewiesen wird:

*„Das hab ich gar nicht überlegt, wie ich hergekommen bin von der Tagesschwester wurde ich begleitet und unten vorgestellt und zu einem Platz hingeführt und ich bin zufrieden“ (Frau KH, 437-439).*



Selten wird er selbst gewählt. Dies hängt natürlich damit zusammen, an welchem Tisch ein Platz frei ist:

*„Mich haben sie schon gefragt, ob ich am ersten Sitz Platz nehmen mag oder am zweiten, wie ich angekommen bin. Hab ich gesagt, nein, ich nehm gleich den ersten Platz und da sitz ich noch immer. Kein Platzwechsel“ (Frau UG, 383-385).*

Darüber wird jedoch positiv erzählt, da es gerade beim Einzug erleichternd sein kann, einen Platz zugeteilt zu bekommen:

*„Jaja, es hat dann jeder schon sein Platzlerl. Es ist auch für alte Leute gut, wenn es so Fixpunkte gibt“ (Frau KH, 444-447).*

Was in diesem Zusammenhang eher angedeutet als dezidiert ausgesprochen wird, ist die Tatsache, dass es sich meist um einen Sitzplatz eines Bewohners, einer Bewohnerin handelt, der/die verstorben ist, was den meisten BewohnerInnen auch bewusst ist.

## **Essenszeiten**

Das gemeinsame Essen bzw. die Essenszeiten sind für die BewohnerInnen tagesstrukturierend und bieten die Möglichkeit zur Zusammenkunft. Das Mittagessen ist jedenfalls ein Fixpunkt und wird von vielen BewohnerInnen im Speisesaal eingenommen. Das Frühstück wird von manchen BewohnerInnen im Zimmer eingenommen und von einigen im Speisesaal:

*„Es gibt, ja es sind die Frühstück- und Mittagessenzeiten und Nachmittag oder irgendwas ist schon genormt mit der Zeit“ (Frau JA, 819-820).*

BewohnerInnen, die Vorerfahrungen mit anderen Einrichtungen haben, in der die Essenszeit nicht festgelegt war, heben die fixen Essenszeiten noch einmal positiv hervor:

*„Ja schon ja. Schauen Sie, in dem anderen Heim war sozusagen auch Mittagessen von zwölf von mir aus bis halb zwei. Da hat man kommen können, wann man wollen hat. Hier muss man doch schauen, dass man zu Beginn, wir können ja eh gar nicht hinaus, wir sind ja froh, wenn wir uns um zwölf hinsetzen können, dass wir eine Suppe kriegen. Hier eine Ordnung zu halten, ist ja wesentlich leichter, als damals, weil ja die Kräfte fehlen, etwas anderes zu tun“ (Herr HK, 279-283).*

## **Das Essen wird ins Wohnhaus gebracht**

Hinsichtlich der Bekömmlichkeit und des Geschmacks berichten die BewohnerInnen sehr Unterschiedliches. Einige BewohnerInnen sind mit dem Essen zufrieden, auch wenn es nicht so wie zuhause schmecke, andere wiederum nicht. Die Befragten betonen, dass selbst zubereitetes Essen besser schmeckt als das ins Haus gelieferte und dann aufgewärmte Essen. Dies wird von vielen BewohnerInnen kritisiert:

*„Nein. Mit dem Essen bin ich nicht, aber da bin ich nicht die einzige, da haben wir ein paar, die was auch nicht zufrieden sind. Es ist halt nicht das Essen, als wenn das zu Hause, was Aufgewärmtes schmeckt ja nicht, wenn die Knödel aufgewärmt sind, nein, das ist wie ein Gummi“ (Frau RS, 311-314).*

Andere BewohnerInnen sind mit dem Essen zufrieden und arrangieren sich damit, dass das Essen von einer Großküche geliefert wird, setzen auch Änderungen bzw. Speisewünsche durch:

*„Ich bin mit dem Essen zufrieden, er z. B. ist nicht zufrieden. Ich ess das, was mir schmeckt und was mir nicht schmeckt, lass ich, das ist für mich alles okay, denn es gibt verschiedene Geschmäcker und wir kriegen das Essen hier von einer Großküche, die natürlich einen Großküchenspeiseplan hat, das heißt nicht sehr gewürzt, dann geht es auch dem Preis nach, ...aber wir kriegen immer zwei Speisen, ... man hat also gewisse Wahlmöglichkeit und dann haben wir auf unser Urgieren eigentlich auch öfters Salat, ....das sind so Sachen, die damit zusammenhängen, dass das Essen natürlich aus der Großküche kommt“ (Frau EW, 39-53).*

Speziell die Bewohnerinnen schwelgen in Erinnerungen an Zeiten, in denen sie zuhause noch selbst gekocht haben, oder ziehen Vergleiche zu „Mamas Küche“:

*„Ja, manchmal schon, ich lass es das meiste stehen und meine Nachbarin auch. Keiner kocht wie die Mama, keiner kocht wie wir, weil wir eh, aber ich tu eh viel, aber wenn es nicht geht, dann lass ich es stehen. Weil da sag ich zu dem Buben hol mir eine Wurstsemmel. (...) Also ich sag und es kann nicht jedem alles schmecken“ (Frau KM, 447-453).*

Einige BewohnerInnen wiederum, aber das ist eher die Ausnahme, berichten, dass sie sehr unzufrieden sind mit dem Essen und schildern dies sehr anschaulich:

*„Na da fragen Sie mich ein bisschen zu viel. Mit dem Essen bin ich nicht zufrieden. Sie müssen denken, die können ja da nix selber kochen, das Essen wird ja geliefert von der Caritas. Die liefern das in so Plastikbehälter und die Plastikbehälter kommen dann in den heißen Ofen rein bei ihnen und das Essen wird aufgewärmt und das kriegst du dann zu Mittag, na können Sie sich vorstellen, ein aufgewärmtes Essen, wie das schmeckt“ (Frau RS, 303-307).*

Es gibt auch BewohnerInnen, die einen sehr pragmatischen Zugang zur Qualität des Essens haben. Sie meinen, dass nicht auf jede einzelne Bewohnerin, auf jeden einzelnen Bewohner Rücksicht genommen werden kann und geben anderen Tipps wie sie ihr Essen sozusagen „verfeinern“ können:

*„Ja, wir haben zwei Essen, also wennst das nicht willst, dann kannst das haben, zwei Essen, also ist sehr gut, wenn einer kommt und jammert, dann sag ich, schauts das ist eine Küche, eine Großküche, da können Sie nicht auf jeden Rücksicht nehmen. Ja es schmeckt halt so, dann sag ich kaufts euch ein Salz, wenn ihr dürft und einen Topf mit Schnittlauch und fertig, mei auf das wär ich nicht gekommen“ (Frau WS, 394-398).*

Immer wieder von BewohnerInnen erwähnt und hervorgehoben wird die große Auswahl an Speisen/Menüs:

*„Das Essen ist sehr gut. Der Geschmack einmalig, sehr gut. Ich bin vier Jahre da jetzt, ich bin zufrieden mit der Suppe, mit den zwei Menü und eine Nachspeise gibt's immer, ja. Ist reichlich. Ja. Und eine Suppe gibt's eine Maiscremesuppe gibt's oder eine klare Suppe mit Sterncheneinlage. Kann man sich aussuchen, was man will. Und das find ich sehr gut“ (Frau UG, 77-80).*

Es gibt jedoch auch BewohnerInnen, die sich dann anders aushelfen und sich von BesucherInnen etwas von außerhalb mitbringen lassen oder in Begleitung einkaufen gehen, auch wenn sie im Pflegewohnhaus voll versorgt werden:

*„Ich ess gern einmal was Salziges, Sie haben gesehen, ich hatte noch und sagen wir meine Freundinnen oder wenn die auf Besuch kommen, bringen mir dann hauptsächlich salzige Sachen mit. ... also Frühstück versorg ich mich teilweise selber und wenn also heute hab ich den letzten Schinken gegessen, dann brauch ich ab morgen das normale Frühstück“ (Frau EB, 674-682).*

Auch so „neuartige“ Speisen wie Pizza, die nie am Menüplan stehen, lassen sich manche BewohnerInnen mitbringen:

*„Wenn ich das so formulieren kann, hab ich auch neuartigere Speisen, z. B. eine Pizza, das ist hier nicht leicht möglich, also wenn ich eine Pizza haben will, sag ich einem angekündigten Besuch, geh bring mir ein Stückel Pizza mit, also das lässt sich alles überbrücken und im Prinzip ist das Essen gut und einmal isst man halt mehr, einmal weniger“ (Frau KH, 395-404).*

### **Interaktionen während der Mahlzeit**

Das gemeinsame Essen wird als wichtiger Aspekt des Zusammenlebens, des Alltags und des Austauschs erlebt. BewohnerInnen nutzen insbesondere das Mittagessen, um sich mit anderen BewohnerInnen auszutauschen und in Gesellschaft zu sein, auch wenn die Kommunikation aufgrund verschiedener Einschränkungen schwierig sein kann:

*„Ich esse lieber und ganz bewusst im Speisesaal, weil das ist eine Möglichkeit, Kontakt mit meinen Tischkolleginnen ins Gespräch zu kommen. Naja, Sie müssen denken, dass wir ja hier doch alle auf der Ablegungsstufe sind, daher irgendwie behindert, also entweder schwerhörig oder ein bisserl debil oder vergesslich oder es gibt also verschiedene Gründe, warum die meisten Leute nicht gesprächig sind oder immer über dasselbe reden“ (Frau EW, 76-84).*

Andere BewohnerInnen erzählen wiederum, dass sie zwar im Speisesaal essen und sich Gespräche am Mittagstisch und Interaktion mit ihren MitbewohnerInnen wünschen würden und bedauern und beklagen es, dass dies aufgrund des Gesundheitszustandes mancher BewohnerInnen nicht möglich ist:

*„Beim Mittagstisch sitzen wir vier Personen am Tisch, aber ich kann eigentlich mit keinem ein Gespräch führen, der eine ist dement, der andere fast dement, der ist nicht interessiert, der Dritte, der wispelt nur vor sich hin, den versteh ich nicht, ich hör ein bisschen schlecht schon, das wird Ihnen aufgefallen sein“ (Herr HK, 175-178).*

## Ort der Mahlzeit

Die meisten BewohnerInnen essen mit den anderen BewohnerInnen im Speisesaal oder Gemeinschaftsraum. Einerseits, erzählen die BewohnerInnen, weil sie den Betreuungspersonen die extra „Mühe“ ersparen wollen, das Essen in die Zimmer zu bringen, auch wenn es ihnen freigestellt ist, wo sie essen. Andererseits wollen manche gerne in Gesellschaft essen, weil sie es nicht gewohnt sind, alleine zu essen:

*„Ich esse, ich will ja ein bisschen unter den Leuten sein. Ich bin nicht so, ich war mein Leben unter so vielen Menschen“ (Frau MM, 203-205).*

Teilweise jedoch entschließen sich BewohnerInnen bewusst dafür, alleine auf ihrem Zimmer zu essen. Dies hat unterschiedliche Gründe. Manche BewohnerInnen wollen in Ruhe essen, manche, die in einem Zweibettzimmer leben, essen auch zu zweit in ihrem Zimmer oder es hat sich so ergeben:

*„Ich ess im Zimmer ja. Ich glaub, ich bin die Einzige, sie haben gefragt, wollen Sie im Zimmer essen und dann hab ich aber dann zuerst draußen gegessen und dann haben sie auf einmal keinen Platz mehr gehabt damals, also ist schon so lang vor eineinhalb Jahren und dann hab ich immer im Zimmer gegessen. Die bringen das immer ins Zimmer hinein“ (Frau IW, 363-366).*

Manche essen nur in Ausnahmesituationen, wenn es der gesundheitliche Zustand nicht zulässt in den Speisesaal zu gehen, am Zimmer:

*„Nur wenn ich einmal nicht gut beisammen bin, dann bringt man mir das Essen und das wird dann zum Bett geschoben oder hier drapiert, ja nachdem, wie es halt nötig ist“ (Frau KH, 429-432).*

Einige BewohnerInnen entscheiden sich aufgrund der gesundheitlichen Verfassung bzw. auch wegen als unangemessen wahrgenommener Verhaltensweisen mancher MitbewohnerInnen (z. B. bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz) dazu, im Zimmer zu essen, weil sie diese Verhaltensweisen als „unappetitlich“ oder gar „ekelig“ empfinden. Auch die mangelnde Kommunikationsmöglichkeit mit den TischkollegInnen ist für manche ein Grund, die Situation beim Essen im Speisesaal zu vermeiden.

### **Trinken ist von geringer Bedeutung**

Das Thema Trinken beschäftigt die BewohnerInnen eher wenig und sie kommentieren es nur kurz und belassen es dann auch dabei. Es wird eher am Rande angeschnitten. Dazu haben die BewohnerInnen wenig zu sagen:

*„Viel. Nein, ich trink viel, weil ich hab viele Tabletten und da brauch ich auch Trinken, dass die Niere durchgespült ist“ (Frau WS, 418-419).*

Ein paar wenige BewohnerInnen haben in diesem Zusammenhang alkoholische Getränke erwähnt, da sie die Frage darauf bezogen haben. Alkohol wird als Genussmittel wahrgenommen, zum Beispiel beim gemütlichen Beisammensitzen oder in angenehmer Kaffeehaus-Atmosphäre, was auch geschätzt wird:

*„Gern trink ich natürlich, lieber trinkert ich einen Spritzer einen weißen. Das trinkert ich schon gern. Und ich krieg es auch da, aber das geben sie, jetzt bitte ich um einen Spritzer, jetzt krieg ich eh nur ein Achtelglaserl und da geben sie so viel Wein und den Rest Wasser und das warme Wasser von heraußen. Also das da geh ich lieber runter ins Kaffeehaus“ (Frau HB, 143-146).*

### **Fazit**

Im Bereich der Domäne 5 ist den BewohnerInnen der Aspekt Essen wichtig. Darüber sprechen sie ausführlich, insbesondere über die Bekömmlichkeit und den Geschmack des Essens, die Lieferung des Essens ins Pflegewohnhaus und die Interaktionen während der Mahlzeit. Auch die Frage, wo sie ihr Essen einnehmen, ist für die Befragten von Bedeutung. Über das Trinken wird nur sehr wenig gesprochen.

## Domäne 6: Sauberes und wohnliches Zuhause

Ein sauberes und wohnliches Zuhause wird im Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege in der Domäne 6 zusammengefasst und wie folgt im Konzept beschrieben:

*Das Zuhause der gepflegten Person ist ihren Ansprüchen gerecht, sauber und wohnlich.*

Aus der Perspektive der BewohnerInnen spielen für die Domäne 6 folgende Themen eine Rolle:



### Domäne 6: Sauberes und wohnliches Zuhause aus der Sicht der BewohnerInnen

Themen:

- Wohlfühlorte
- Zusammenleben im Zimmer
- Reinigung
- Möbel
- Erinnerungsstücke

*„Na eigentlich war ich mehr aufs Zweibettzimmer eingerichtet, weil ich hab mir gedacht, wenn ich so ganz alleine in einem Einbettzimmer bin, da rührt sich nix, da red ich mit mir sagen wir irgendwie selber. Also ich war schon zufrieden, dass ich mit ihr ins Zimmer gekommen bin“ (Frau GS, 112-115).*

Abb. 6: Domäne 6: Themen und Ankerzitat

### Wohlfühlorte

Die meisten BewohnerInnen berichten, dass sie mit dem Leben im Pflegewohnhaus, den vorhandenen räumlichen Möglichkeiten sowie mit der Wohnsituation zufrieden sind. Der Ort, an dem sich die BewohnerInnen überwiegend aufhalten und ihre Zeit verbringen, ist das eigene Zimmer. Die Zimmer werden als gemütlich, schön und ausreichend groß beschrieben.

*„Das Zimmer gefällt mir, es ist geräumig für ein Heimzimmer und ruhig“ (Frau EBA, 27).*

Als besonders angenehm wird das Vorhandensein eines Balkons wahrgenommen. Es gibt dort auch die Möglichkeit, Pflanzen aufzustellen und einen schönen Ausblick zu genießen:

*„Ich hab auch einen Balkon, also da bin ich auch wieder bevorzugt, weil ich dort meine großen Pflanzen stehen hab. Naja nicht nur ich kann rausschauen, ich hab einen Teil*

*meiner Blumen dort und es ist schön, heraus gehen zu können und Tür auf und zu zu machen“ (Frau EW, 249-250).*

In den warmen Monaten nutzen die BewohnerInnen auch mit Freude den Garten bzw. die Freiflächen in den Pflegewohnhäusern und verbringen ihre Zeit gerne draußen. Sie können so auch mit MitbewohnerInnen im Kontakt sein.

*„Und jetzt im Sommer sind wir natürlich sehr viel unten und es ist leicht, Kontakte zu pflegen. Im Winter sitzen wir natürlich drinnen, die meiste Zeit, dann gibt's aber, wie Sie sehen, viele Sitzmöglichkeiten, die einen spielen Karten, die anderen da gibt es Spiele hier, also es gibt Kontaktmöglichkeiten und die nützen wir glaub ich auch, wer will“ (Frau EW, 382-389).*

Für manche BewohnerInnen war dies sogar ein entscheidendes Argument für die Wahl des Pflegewohnhauses:

*„Weil da hat es geheißen dann gleich, da ist ein riesen Garten, da kannst du immer raus, hab ich gesagt, na dann ist es ja noch viel feiner, wenn man raus kann und somit hab ich das genommen“ (Frau EF, 64-67).*

Manche Pflegewohnhäuser haben auch ein hauseigenes Kaffeehaus, was von den BewohnerInnen sehr geschätzt wird. Jedoch wird das eigene Zimmer als Rückzugsort, Wohlfühlort wahrgenommen, im dem man machen kann, was man möchte.

### **Zusammenleben im Zimmer**

Über das Zusammenleben in einem Doppelzimmer berichten die meisten BewohnerInnen positiv. Die Zimmer sind groß genug, nur wenige wünschen sich mehr Platz:

*„Ja, wir sind zu zweit, ja. Mein Gott, es könnte ein bisschen größer sein, aber geht halt nicht mehr. Also da sind zwei Betten, da sind zwei Sesseln, da ist ein Tisch, da ist der Fernseher, weil wenn ich nix vor hab, leg ich mich ins Bett und tu fernsehschauen, weil ob ich ihm Rollstuhl sitze, da tut mir eh zeitweise alles weh, da leg ich mich wieder hin und schone mein Kreuz“ (Frau KM, 371-375).*

Manche sind sehr froh darüber, nicht alleine in einem Zimmer leben zu müssen und unterstützen sich auch gegenseitig:



*„Meine Zimmernachbarin, die ist immer so behilflich, die richtet mir das her, also es ist eigentlich super (...). Na eigentlich war ich mehr aufs Zweibettzimmer eingerichtet, weil ich hab mir gedacht, wenn ich so ganz alleine in einem Einbettzimmer bin, da rührt sich nix, da red ich mit mir sagen wir irgendwie selber. Also ich war schon zufrieden, dass ich mit ihr ins Zimmer gekommen bin“ (Frau GS, 90-92; 112-115).*

Andere BewohnerInnen wiederum hätten lieber ein Einzelzimmer, weil das Zusammenleben in einem Raum nicht immer konfliktfrei verläuft, arrangieren sich jedoch mit der Situation und der Zimmerkollegin/dem Zimmerkollegen.

## **Reinigung**

Viele BewohnerInnen berichten selbstverständlich über Sauberkeit in den Pflegewohnhäusern und sind auch mit der Frequenz der Reinigung zufrieden:

*„Aber es kommen Frauen jetzt um zehn Uhr zirka, die tun da zusammenräumen, aber oft gehen sie nur durch, schauen, nein, ist es in Ordnung und gehen wieder. Oder im Badezimmer wird ein bissl was gemacht“ (Frau JA, 433-435).*

Vereinzelt berichten BewohnerInnen, dass sich aufgrund von wahrgenommenen Sparmaßnahmen in letzter Zeit einiges „auf Kosten der Sauberkeit“ geändert hätte. Die RaumpflegerInnen haben sich auch um andere Dinge gekümmert und die BewohnerInnen unterstützt, wie z. B. bei der Pflege der Blumen im Zimmer:

*„Es war teilweise früher anders. Es hat sich viel geändert in letzter Zeit und das ist eigentlich gegangen auf Kosten der Sauberkeit. Früher waren hier auf jeder Station drei bis vier Putzkräfte, die aber jetzt nicht nur den Boden aufgewischt haben, sondern auch die Möbel abgewischt alle paar Wochen einmal oder das Fensterbrett abgeräumt oder hier diese Möbel ein bisschen abgewischt und die wischen jetzt nur schlampig auf, schlampig leider auch, gut fürs Blumengießen find ich immer irgendjemanden, aber das waren früher auch diese Damen, die eben die Putzdienste hier gemacht haben“ (Frau EB, 752-758).*

## **Möbel und Erinnerungsstücke**

Die Mitnahme von Möbel von zuhause wird individuell gehandhabt. Möbelstücke wie ein Regal oder Beistelltisch, werden von manchen BewohnerInnen von zu Hause ins Pflegewohnhaus mitgebracht. Eine Grundmöblierung ist schon vorhanden:

*„Ja, es ist eine Dusche, es ist ein eigenes WC, es ist ein Handwaschbecken und natürlich auch ein Spiegel usw., also es ist alles vorhanden. Für die Kleider gibt es auch Hängeteile, es gibt dann auch Laden, wo man die Unterwäsche einordnen kann usw.“*  
(Frau KH, 491-495).

Für manche BewohnerInnen war die Möglichkeit, das Zimmer mit eigenen Möbelstücken auszustatten, mitbestimmend für die Wahl des Pflegewohnhauses.

*Der Grund, warum ich ausgerechnet hier her gekommen bin, ist der, dass man hier Möbelstücke mitnehmen kann, Bilder aufhängen usw.“* (Frau EB, 13-16).

Die Mitnahme von Erinnerungsstücken von zuhause wird sehr individuell gehandhabt:

*„Ein paar Sachen hab ich mir schon mitgenommen, aber ganz wenige. Bei mir ist es so schnell gegangen, das hat keiner glauben können. Das hat niemand glauben können, die Kinder nicht, die ganzen Bekannten nicht, es ist so. Ich fühl mich halt so wohl da“*  
(Frau EF, 316-318).

Dass es die Möglichkeit gibt, schätzen die BewohnerInnen. Beispielsweise schmücken Bilder, Fotos oder Bücher einige Zimmer und erinnern an das Leben zuhause und an die Familie:

*„Die Bilder in erster Linie. Die Bilder, das ist ja, Silberne Hochzeit, das kleine da ist Goldene Hochzeit, das war in der Schweiz, da waren wir schon im Haus Diamantene Hochzeit und das da oben, das hat der Landauer gemacht, da konnten wir nicht mehr weg, das war mit 67 Jahren, das war dann die Eiserne und dann ist meine Frau gestorben“* (Herr AI, 564-568).

Manche BewohnerInnen wollten auch bewusst nichts von zuhause mitnehmen, da sie das Pflegewohnhaus als letztes Zuhause betrachten. Sie haben einen klaren Schnitt gezogen zwischen ihrem „früheren“ und ihrem „jetzigen“ Zuhause:

*„Ich hab ein paar Kleinigkeiten, was ich nicht wollte ist, Möbel herbringen, denn dass ich hier lebe, das ist ein neuer Abschnitt“* (Frau KH, 301-311).

Wenige BewohnerInnen erzählen, dass sie nicht mehr die Möglichkeit hatten, vor dem Einzug in ihre Wohnung/ihr Haus zu kommen, um Erinnerungsstücke mitzunehmen, da sie vom Krankenhaus direkt ins Pflegewohnhaus gekommen sind.

### **Fazit**

Diese Domäne ist für die BewohnerInnen zwar von Bedeutung, allerdings gehört sie nicht zu den Domänen, über die sie am meisten sprechen. Wir schließen daraus, dass die Erfüllung eines sauberen und wohnlichen Zuhauses etwas Selbstverständliches hat und daher nicht ausführlich besprochen werden muss. Die meisten BewohnerInnen berichten, dass sie mit dem Leben im Pflegewohnhaus, den vorhandenen räumlichen Möglichkeiten sowie mit der Wohnsituation zufrieden sind. Besonders geschätzt wird, dort wo das vorhanden ist, der Garten und das Kaffeehaus. Die Möglichkeit, Möbel und Erinnerungsstücke von Zuhause mitzunehmen, ist den BewohnerInnen wichtig.

## Domäne 7: Sozialleben

Sozialleben wird im Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege in der Domäne 7 zusammengefasst. Sie wird im Konzept so beschrieben.

*Die gepflegte Person hat Beziehungen zu Menschen, die sie mag und ihr wichtig sind. Sie fühlt sich als Teil einer Gemeinschaft, sollte ihr das wichtig sein.*

Aus der Perspektive der BewohnerInnen spielen für die Domäne 7 folgende Themen eine Rolle:



### Domäne 7: Sozialleben aus der Sicht der BewohnerInnen

#### Themen

- Kontakte der BewohnerInnen untereinander
- Kontakte/Besuche von auswärts
- Kontakte mit freiwilligen MitarbeiterInnen und Zivildienern
- Kontakte mit Pflegepersonen
- Über Belastendes sprechen
- Sich alleine beschäftigen
- Zeitliche und räumliche Aspekte des Soziallebens

*„Da hab ich zwei Herren, da kommt jeder einmal in der Woche und ist so in etwa eine Stunde da. Bitte kann ich reden, können wir ein bisschen erzählen, dann sagt er, fahren wir schnell mit dem Auto, fahren wir ein Stückerl hinaus usw. oder fahren wir zum Billa hinauf, wenn ich gerade Guster hab auf irgendwas Süßes oder sonst irgendetwas, diese Kontakte sind sehr wertvoll ...“ (Herr HK).*

Abb. 7: Domäne 7: Themen und Ankerzitat

### Kontakte der BewohnerInnen untereinander

Viele InterviewpartnerInnen erwähnen die Kontakte, die sie mit anderen BewohnerInnen haben, und beschreiben das alltägliche Zusammenleben im Pflegewohnhaus. Dieses Zusammenleben ist auch im eigenen Wohnbereich durch eine gewisse Pragmatik gekennzeichnet: Man kennt sich, hat aber keinen besonders engen Kontakt miteinander. Oder, wie es eine Bewohnerin ausdrückt: „Es ist wie im Gemeindebau, alle mag man nicht.“ (Frau RA, 79-80) Viele BewohnerInnen versuchen, ein gewisses Maß an Kontakt vor allem im Wohnbereich zu halten, sie versuchen sich anzupassen und mit allen gut auszukommen. Sie gehen aber auch Konflikten aus dem Weg.

*„Aber sonst, ich bin, wie soll ich sagen, ich pass mich da an, ich bin da nicht so, ja ich bemü mich zumindest mich anzupassen und dadurch komme ich auch mit allen gut aus“ (Frau EB, 544-545).*

Manche versuchen, MitbewohnerInnen bei gemeinsamen Aktivitäten zu integrieren. Auch aufeinander Acht zu geben und freundlich zu sein, besonders gegenüber als verwirrt wahrgenommenen BewohnerInnen, nennen die BewohnerInnen als Möglichkeiten, in Kontakt zu bleiben. Einzelne Bewohner suchen ganz explizit nach einer Partnerschaft, wenn die Partnerin kürzlich verstorben ist.

Manche BewohnerInnen sagen ausdrücklich, dass sie keine neuen Freundschaften mehr schließen wollen, und erwähnen auch, dass MitbewohnerInnen, mit denen sie guten Kontakt hatten, verstorben sind. Andere BewohnerInnen, insbesondere in den sozialpsychiatrischen Häusern, stellen für sich fest, dass Freundschaften Zeit brauchen, und sie sich deshalb nicht darum kümmern wollen.

Viele BewohnerInnen berichten aber auch von Problemen, mit anderen in Kontakt zu kommen, was sie auf Verständigungsschwierigkeiten zurückführen. Das trifft vor allem auf Menschen mit Demenz zu, aber auch Menschen mit Sprachstörungen und schwerhörige MitbewohnerInnen. Manche BewohnerInnen nennen freiwillige MitarbeiterInnen als wichtige Kontaktpersonen, wenn ihnen Kontakte mit MitbewohnerInnen in ihrem unmittelbaren Umfeld nicht möglich erscheinen.

Auch Ekel und Abneigung nennen die BewohnerInnen als Kontakthemmnisse: Zum Beispiel als unangemessen wahrgenommene Verhaltensweisen beim gemeinsamen Essen oder lautes Schreien. Manche BewohnerInnen berichten, dass sie sich aus diesem Grund auf ihr Zimmer zurückziehen und es vorziehen, alleine zu essen.

Im Zusammenhang mit dem Thema Kontakt mit MitbewohnerInnen grenzen sich die InterviewpartnerInnen teilweise vehement gegenüber anderen BewohnerInnen ab. Diese Abgrenzung gegenüber den Anderen ermöglicht es den BewohnerInnen, sich selbst als „mobil“ und „in einem guten Zustand“ zu beschreiben.

Die „Anderen“ sind zunächst jene, die „unverschuldet“ in diesen Zustand gekommen sind – das sind vor allem Menschen mit Demenz, aber auch Menschen mit anderen Erkrankungen,

die (verbale) Kontaktmöglichkeiten erschweren. Diese sind „Pflegefälle“, die alles vergessen, die herumgeführt werden, die „im Rollstuhl hängen“, die „vegetieren“.

*„Die haben ja alle die Alzheimer. Du kannst mit niemandem reden. Ich war am Anfang im Wintergarten, aber ich geh nimma mehr im Wintergarten. Du kannst mit niemandem reden. Es gibt Ihnen niemand eine Antwort. Weil die haben, da ist nicht einer dabei, der was nicht die Alzheimer hat, die verstehen dich gar nicht und so geh ich gar nicht in den Wintergarten. Mir tun die alle sehr, sehr leid, aber mir taugt das nicht, wissen Sie?“ (Frau GSt, 150-155).*

Eine weitere Gruppe, gegenüber der man sich abgrenzt, sind jene, die für ihren Status als „Andere“ verantwortlich gemacht werden: MitbewohnerInnen, die „tratschen“, die nur herumsitzen, nicht aktiv sind, sich immer beschweren - v.a. über das Essen. Die Abgrenzung gegenüber jenen, die sich über das Essen beschweren, haben auch BewohnerInnen in den sozialpsychiatrischen Häusern erwähnt.

In den Erzählungen über die Abgrenzung gegenüber anderen BewohnerInnen waren auch unterschiedliche Emotionen spürbar: Mitleid, Ablehnung, und nicht zuletzt die (große) Sorge, dass man selbst in Zukunft vergesslich werden könnte.

### **Kontakte/Besuche von auswärts**

Kontakte und Besuche von auswärts beziehen sich in erster Linie auf Familienmitglieder. Hier erwähnen die BewohnerInnen vor allem Töchter, seltener Söhne. Vor allem letztere werden als beruflich sehr eingespannt beschrieben, demgemäß haben sie auch weniger Zeit für Besuche. Dafür bringen die BewohnerInnen auch Verständnis auf.

*„Nicht jedes Wochenende, weil ich mein, sie haben ein Eigenleben auch. Also das versteh ich schon. Mein Sohn hat eben sehr viel zu tun beruflich und das mache ich auch. Das verstehe ich auch, dass er nur einmal vorbeischaut und wenn es nicht ausgeht, dann rufen wir uns zam“ (Frau HB, 206-211).*

Dennoch nehmen die BewohnerInnen Anteil am Leben ihrer Familienangehörigen, und erzählen z. B. vom Schulerfolg der Enkelin, oder der Berufstätigkeit der Tochter, auf die sie sichtlich stolz sind.

Auch Kontakte mit FreundInnen und Bekannten sind vielen BewohnerInnen wichtig. Sie erwähnen aber auch, dass Kontakte mit Gleichaltrigen weniger werden, weil diese nicht mehr so mobil sind, bzw. dass FreundInnen und Bekannte verstorben sind. Diese Kontakte finden nicht immer physisch statt, sehr oft wird auch telefoniert, vor allem, wenn die/der BesucherIn wenig Zeit hat und trotzdem in engem Kontakt bleiben will.

Besuche von auswärts sind oft mit zusätzlichen Aufgaben und Aktivitäten verbunden: Die Blumen gießen, beim Sortieren von Unterlagen helfen, Kleider richten, Besorgungen mitbringen oder auch das Lieblingsessen oder Speisen, die es im Pflegewohnhaus nicht gibt.

*„Sie betreut mich. Sie sagt mir immer durchs Telefon, Mutti, heute kann ich nicht kommen, ich komm erst am Mittwoch usw. und dann kriegt sie immer einen Zettel mit, was ich alles brauche“ (Frau JA, 22-24).*

Die Zufriedenheit der BewohnerInnen mit den Kontakten und Besuchen von auswärts ist durchaus unterschiedlich: Sie reicht von Bedauern, dass man zu den Kindern so wenig Kontakt hat, bis zur Aussage, dass die häufigen Anrufe der Tochter als Kontrolltelefonate wahrgenommen werden. Ein Bewohner spricht explizit davon, dass er keine Besuche möchte, da er sich für seine durch eine Erkrankung verursachten Sprachstörungen schämt. Eine weitere Bewohnerin erzählt, dass sich das Verhältnis zu ihren Kindern sehr gebessert hat, seit sie im Pflegewohnhaus lebt, und dass sie es genießt, wenn die Kinder sich um sie kümmern. In den sozialpsychiatrischen Häusern erwähnen die BewohnerInnen selten Kontakte mit Familienmitgliedern, und berichten eher von schwierigen sozialen Verhältnissen, in denen sie lange gelebt haben.

### **Kontakte mit freiwilligen MitarbeiterInnen und Zivildienern**

Über Kontakte mit freiwilligen MitarbeiterInnen oder Zivildienern erzählen die BewohnerInnen nicht besonders häufig, wenn aber Kontakte bestehen, werden sie als sehr positiv geschildert. Freiwillige MitarbeiterInnen und Zivildienere sind oft PartnerInnen für Spiele oder interessante Gespräche, oder helfen bei der Gartenarbeit. Sie ermöglichen es den BewohnerInnen auch, außer Haus zu kommen und z. B. gemeinsam einzukaufen, ohne auf den Rahmen eines Ausflugs in der Gruppe angewiesen zu sein.

*„... und die Leute sind lieb, die machen viel für uns sagen wir und einem ist nie fad und man kann auch raus gehen, wir haben da so einen Lehrling ist wie so ein Ferialpraktikant, der geht auch einkaufen mit mir oder mit jedem oder wenn wer sagt, er will dort hingehen, geht er auch mit ihm ...“ (Frau KM, 13-16).*

Gerade letzteres, die individuelle Begleitung und Unterstützung, wird sehr geschätzt. Die BewohnerInnen schätzen auch die teilweise langjährigen Beziehungen zu freiwilligen MitarbeiterInnen und betonen, wie wichtig Verlässlichkeit in dieser Beziehung ist.

*„Ich hab eben gehofft, dass sie am Freitag wieder kommt, ist sie nicht gekommen und das hat mir sehr, sehr leid getan“ (Frau JB, 200-201).*

Sie erwähnen auch, dass sie jüngere Menschen nicht belasten, sondern eine gute Zeit gemeinsam verbringen wollen.

### **Kontakte mit Pflegepersonen**

In den Interviews war es den BewohnerInnen wichtig, vor allem die guten Kontakte zu den Betreuungspersonen hervorzuheben, die sich, so die Aussage vieler BewohnerInnen, sehr gut um sie kümmern. Von vielen BewohnerInnen wurde auch betont, wie wichtig es für sie ist, ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Betreuungspersonen zu haben. Diese werden als herzlich, hilfsbereit, geduldig, aufmerksam, nett und lustig beschrieben.

*„Sie sind alles sehr lieb. Ich kann nicht sagen, ob das jetzt die Bedienerin ist oder die Schwester ist oder sonst, bin ich sehr, sehr zufrieden“ (Frau IW, 56-57).*

Einzig bei der Möglichkeit, mit Betreuungspersonen ins Gespräch zu kommen, „einen Draht zu finden“, gab es Unterschiede: Mit manchen Betreuungspersonen gelingt das besser als mit anderen. Beim Sprechen über ihr Verhältnis zu Betreuungspersonen haben die BewohnerInnen nicht zwischen Pflegekräften, Pflege(fach)assistenz und anderen Berufsgruppen unterschieden – allein die Psychologin/der Psychologe oder die/der SeelsorgerIn waren für sie klar identifizierbar.

### **Gute Betreuung**

Wenn es um die Betreuung geht, meinen viele BewohnerInnen, dass sie „als Mensch“ behandelt werden. Besonders in den ersten Tagen nach dem Einzug war es für viele



BewohnerInnen hilfreich, dass Betreuungspersonen sie beim Einleben unterstützt haben, z. B., dass sie zugehört haben. So fühlten sich die BewohnerInnen gut aufgenommen.

*„Die Pflegerinnen usw. sind alle sehr, sehr nett. Vom ersten Tag an, man kann über keine etwas Negatives sagen, also die sind wirklich großartig und erleichtern einem natürlich dadurch das Ganze“ (Frau EB, 95-97).*

Auch nehmen die Bewohnerinnen wahr, dass sich die Betreuungspersonen bemühen, individuelle Wünsche zu erfüllen, „sofern sie vernünftig sind“.

*„Und wie gesagt, ich fühl mich hier wohl, die Betreuung hier ist wirklich es ist jeder, der herein kommt freundlich, geduldig, manches Mal hat man ja Sonderwünsche oder Notwendigkeiten, dass man jemanden ruft und darüber bin ich sehr froh“ (Frau KH, 54-56).*

Es gibt von den BewohnerInnen auch viel Bewunderung für die Arbeit der Betreuungspersonen: Wie gut sie, speziell mit Menschen mit Demenz, umgehen können, und wie sensibel sie bei der Körperpflege sind. Die BewohnerInnen wollen diese Wertschätzung auch gerne zeigen: z. B., indem sie den Betreuungspersonen Komplimente machen oder ihnen Tipps geben für eine geplante Urlaubsreise an einen Ort, den die Bewohnerin kennt.

#### Wahrgenommene Belastungen

Viele BewohnerInnen berichten auch darüber, dass sie wahrnehmen, dass die Betreuungspersonen belastet sind. Manche Betreuungspersonen wirken müde, haben „schwarze Ringe unter den Augen“. Besonders die Betreuung von Menschen mit Demenz schätzen die BewohnerInnen als belastend ein. Dafür ist ihrer Meinung nach auch viel Geduld notwendig. Aber auch andere BewohnerInnen können durch ihre Forderungen oder ihr Verhalten zur Belastung beitragen. Eine Bewohnerin erwähnte in diesem Zusammenhang, wie schwierig es für eine weibliche Betreuungsperson ist, mit sexuell konnotiertem Verhalten eines Bewohners bei der Körperpflege umzugehen.

Hin und wieder merken BewohnerInnen auch an, dass manche Betreuungspersonen ihrer Meinung nach nicht genügend ausgebildet sind für diesen Beruf, bzw., dass es Verständigungsschwierigkeiten gibt, weil die Sprachkenntnisse der Betreuungspersonen nicht ausreichen. Beides kann belastend wirken.

Als belastend beschreiben die BewohnerInnen auch den wahrgenommenen Personalmangel in den Pflegewohnhäusern. Dieser drückt sich in einem Zeitmangel aus und ist ihrer Meinung nach vor allem nachts zu spüren, wenn einzelne BewohnerInnen länger auf Unterstützung warten müssen.

*„Ich kann das nicht einteilen, aber ich mein nur, weil da sind wir na insgesamt sind wir 37 Personen. Wenn da einer in der Nacht nur ist, es läutet wer, rauf, läutet schon wieder wer, muss er wieder runter, wie man so schön sagt, der kann sich nicht zerreißen“ (Frau IW, 291-293).*

Auch für häufigeres Duschen, oder für das Ankleiden am Morgen ist oft wenig Zeit bzw. gibt es Wartezeiten. Die Zeit reicht dann auch nicht, um „nur“ ein Gespräch zu führen, erzählen die BewohnerInnen. Eine Ursache für den Personalmangel könnte in den Augen der BewohnerInnen die geringe Bezahlung sein. Sie beobachten auch Personalwechsel, und führen das auf die Arbeitsbedingungen zurück.

Viele BewohnerInnen versuchen, die Belastungen anzusprechen, machen den Betreuungspersonen Mut und ermuntern sie explizit, Pausen zu machen. Sie versuchen auch, Betreuungspersonen zu schonen und nicht zu läuten, wenn sie wissen, dass die Betreuungsperson gerade eine Pause macht.

*„Die müssen viel arbeiten. Also sie müssen, sie sagen z. B. wenn ich sag, mein Gott, heute haben Sie auch schon wieder genug, wann haben Sie denn Schluss, naja um die und die Zeit. Dann sag ich, na ich Ihnen wünsch Ihnen eine gute Nacht und ich hoffe, dass Sie sich erholen können in der Nacht“ (Frau JB, 415-417).*

Nicht zuletzt meinen manche BewohnerInnen, dass sich die Caritas als Organisation auch auf politischer Ebene für verbesserte Betreuungsbedingungen einsetzen sollte.

*„Aber das müsste die Politik ändern oder ich weiß nicht, wer das ändern soll. Es müsste auch die Caritas da eintreten, dass die Pfleger anerkannt werden, als schwererer Beruf, die nicht nur die Windeln waschen oder Bett beziehen, sondern es sind Menschen, die sie pflegen“ (Frau EW, 236-238).*

## **Über Belastendes sprechen**

Wenn die BewohnerInnen Belastendes besprechen wollen, tun sie dies hauptsächlich mit Familienmitgliedern, aber auch mit Betreuungspersonen, der Zimmernachbarin, der Haus- bzw. Pflegedienstleitung, mit PsychologInnen oder SeelsorgerInnen.

*„Da red ich eigentlich mit meiner Zimmernachbarin viel darüber, wenn mich irgendetwas bewegt oder wenn ich mich über meine Kinder ärgere und so, da red ich immer mit meiner Nachbarin und die Nachbarin, die tut mich immer beruhigen und ja, also das ist“ (Frau GS, 146-148).*

Jemanden zum Reden zu haben, wenn es einem nicht gut geht, ist den BewohnerInnen wichtig. Sie erwähnen auch, dass zu viel Alleinsein das Grübeln und ständige Nachdenken fördert, und dass sie teilweise schlaflose Nächste haben, weil sie über die Vergangenheit und über die Zukunft nachdenken. Dennoch, mit manchen Angelegenheiten muss man auch alleine fertigwerden, z. B. mit Todesfällen, hier kann einem niemand helfen. Manche BewohnerInnen meinen auch, dass niemand Zeit hat, sie anzuhören.

## **Sich alleine beschäftigen**

Einige BewohnerInnen berichten, dass sie sich gerne alleine beschäftigen. Vor allem jene, die berichten, dass sie es gewohnt sind, alleine zu sein, möchten dieses Leben auch im Pflegewohnhaus fortführen.

*„Nein, das hat mir nie was gemacht, manche, die haben Schwierigkeiten, die jammern, ich bin so alleine. Das hat mir nie, das kommt drauf an, wie man aufgewachsen ist. Wenn man keine Geschwister hat, macht einem das nichts. Ich hab mich immer selber beschäftigt, als Kind schon immer, ich kann mich noch gut erinnern, stundenlang mit den Indianern selber gespielt oder so, das hat mir nie was gemacht“ (Herr EW, 589-593).*

Sich alleine zu beschäftigen, meint unterschiedliche Aktivitäten: Fernsehen und Radio hören, also mit dem Geschehen in der Welt verbunden bleiben. Zeitungen oder Bücher zu lesen, auch wenn manche BewohnerInnen erwähnen, dass es für sie aufgrund ihrer Sehstörungen sehr mühsam ist.

Auch handarbeiten, tanzen, und am Computer spielen, erwähnten die BewohnerInnen als Aktivitäten, die sie gerne alleine machen. Einige BewohnerInnen halten sich im Sommer viel im Garten auf, oder gehen spazieren. Andere suchen sich Tätigkeiten im Pflegewohnhaus und wollen damit die Betreuungspersonen unterstützen. Manche BewohnerInnen erwähnen, dass sie „in der Vergangenheit leben“, oder dass sie warten, dass die Zeit vergeht.

### **Zeitliche und räumliche Aspekte des Soziallebens**

Als angenehm und gesellig empfundene Orte im Pflegewohnhaus unterstützen die Kontakte der BewohnerInnen untereinander. Beliebte Treffpunkte sind der Speisesaal, das Bankerl in der Sonne im Garten, die Nische im Gang mit Sitzgelegenheit, oder auch das Raucherzimmer, wo man auch Betreuungspersonen treffen kann. Die Kontaktmöglichkeiten werden vor allem durch die Essenszeiten bestimmt: Man trifft sich am Mittagstisch, bei der Jause, beim Abendessen oder nach dem Abendessen im Aufenthaltsraum. Auch gemeinsame Aktivitäten, wie Kurse, Quizrunden oder der Besuch der Messe fördern Kontakte.

*„Ja sicher, am Gang wenn ich die seh, die kenn ich ja alle. Alle, die wir da, die ja jetzt am Mittagstisch sitzen, mit denen red ich“ (Herr EW, 492-493).*

Auch die Erreichbarkeit des Pflegewohnhauses beeinflusst die Kontaktmöglichkeiten, hier erwähnen die BewohnerInnen in manchen Häusern die mangelnde Anbindung des Pflegewohnhauses an öffentliche Verkehrsmittel.

### **Fazit**

Die Domäne „Sozialleben“ ist für die BewohnerInnen von großer Bedeutung. Sie nimmt in den Interviews breiten Raum ein und wird auch hier im Bericht ausführlich beschrieben. Die Befragten sprechen von unterschiedlichsten Kontakten innerhalb und außerhalb des Pflegewohnhauses. In den Erzählungen geht es häufig um die Kontakte mit anderen BewohnerInnen – hier reicht das Spektrum von aufeinander Acht geben, über miteinander auskommen müssen bis hin zu Ekel und Abneigung. Der Kontakt mit BesucherInnen von außen, mit freiwilligen MitarbeiterInnen und Zivildienern wird als sehr willkommen und positiv beschrieben. In den Interviews wird wiederholt betont, wie wichtig die guten Kontakte

zu den Betreuungspersonen sind. Viele BewohnerInnen berichten, dass die Pflegenden sich sehr gut um sie kümmern.

## Domäne 8: Aktivitäten und Beschäftigung

Aktivitäten und Beschäftigung werden im Lebensqualitätskonzept der Caritas Pflege in der Domäne 8 zusammengefasst und wie folgt im Konzept beschrieben:

*Die gepflegte Person verbringt ihre Zeit so, wie sie will, und tut Dinge, die ihr wichtig sind und Freude bereiten.*

Aus der Perspektive der BewohnerInnen spielen für die Domäne 8 folgende Themen eine Rolle:



### Domäne 8: Aktivitäten und Beschäftigung aus der Sicht der BewohnerInnen

Themen:

- Tagesablauf
- Informationen erhalten
- Interesse an Aktivitäten
- Aktivitäten außerhalb des PWH
- Interesse an Tagesgeschehen

*„Ein Gedächtnistraining, das war sehr gut oder sehr interessant gewählt, es ist so über Lebensmittel gegangen, bis zur Tierzüchtung, also wo ich überall ein bisschen mitreden kann, ... und das ist für mich eine Ablenkung, erstens einmal, dass ich mein Hirnkastel ein bisschen anstrengt und so seh ich das auch, wenn Sie da sitzen, für mich nicht als Belastung, sondern als Training“ (Frau JB, 112-117).*

Abb. 8: Domäne 8: Themen und Ankerzitat

### Tagesablauf

Der Tagesablauf der BewohnerInnen ist größtenteils von den Essenszeiten – Frühstück, Mittagessen, Nachmittagsjause, Abendessen - und den angebotenen Aktivitäten zeitlich strukturiert. Viele BewohnerInnen nutzen das Aktivitätsangebot in den Pflegewohnhäusern. Der Start in den Tag beginnt mit dem Frühstück, entweder selbstständig oder mit Unterstützung:

*„Ach so im Alltag. In der Früh muss oder soll man sich ja schön brav unten im Speisesaal zum Frühstück einfinden. Da haben wir zwischen acht und zehn Uhr die Möglichkeit und das ist auch im Winter leicht erreichbar, wenn man auch ein Langschläfer ist. Und es werden einem sehr viele abwechslungsreiche Dinge angeboten, sowohl in Vorträgen*

*oder in Musikdarbietungen oder es gibt da auch einen Malkurs und ein Bewegungskurs, also wenn man will, ist der Tag sehr schnell vorüber“ (Frau KH, 90-99).*

Durch das gemeinsame Essen im Speisesaal kommen die BewohnerInnen auch untereinander in Kontakt und nutzen das zum Beispiel zum Karten spielen oder plaudern.

BewohnerInnen, die körperlich noch fit und mobil sind, nutzen das auch für sich und sind gerne draußen unterwegs:

*„Naja ich bin gerne unterwegs. Zum Autobus da runter oder nach Hütteldorf und so. Ja freilich. Zu Fuß geh ich auch gern. Wenn es halt nicht gar so heiß ist. Ich bin immer gern in Bewegung gewesen“ (Herr EW, 126-134).*

### **Informationen erhalten**

Die BewohnerInnen berichten, dass sie über die Angebote in den Pflegewohnhäusern bestens informiert sind. Sie erhalten die Informationen entweder über den Wochen- oder Monatsplan, persönlich von den Betreuungspersonen oder es gibt ein „schwarzes Brett“, eine Anschlagtafel, auf der die Aktivitäten nachzulesen sind:

*„Also es ist angeschlagen, wir kriegen einen Zettel, wo immer die Aktivitäten des Monats aufgeschrieben sind, die natürlich variiert werden, wenn Not am Mann ist, aber wir sind informiert schriftlich und dann auch mündlich werden wir informiert“ (Frau EW, 151-153).*

### **Interesse an Aktivitäten**

Aktivitäten und Beschäftigung werden den BewohnerInnen in unterschiedlichen Formen geboten und genauso unterschiedlich angenommen und abgelehnt. Im Haus können Aktivitäten besucht werden in Form von Gruppenaktivitäten wie Bingo, Gedächtnisgruppe, Gymnastik, Sitztanz, Singen, Malerei oder Vorträge. Auch der Besuch der Messe in den hauseigenen Kapellen der Pflegewohnhäuser ist ein wichtiger Fixpunkt für viele BewohnerInnen.

*„Also es gibt hier Aktivitäten, sei es so eine Art Sitztanz, der sehr frequentiert wird, wo ich auch gerne hingeh, weil das eine ältere Dame ist, die mit Musik uns zu Bewegungen animiert, aber es gibt auch Ruhestunde, es gibt eine Malstunde, es gibt Gesangstunden,*

*also es gibt viele Aktivitäten, wo man in Gruppen teilnehmen kann, aber nicht muss. Außerdem machen die hier manchmal Ausflüge, wo ich natürlich, wir können nur mit einem Transporter fahren, aber das geschieht ab und zu. Wir waren am Kahlenberg, wir machen also im Volksgarten, wir machen Ausflüge, was sehr schön ist, weil man raus aus dem Heim kommt und die Stadt sieht, wie es ist oder sich verändert usw. Es gibt hier und das haben wir gerade hinter uns, jährlich ein Sommerfest, das wunderschön war“ (Frau EW, 125-133).*

Manche BewohnerInnen erzählen, dass sie die angebotenen Angebote gerne nutzen. Sie füllen damit ihren Tag damit und strukturieren ihn auch mit verschiedenen Beschäftigungen.

*„Ja, da macht man Bewegung mit dem Körper, da haben wie eine Freiwillige, die was das mitturnt und vorzeigen uns Pensionisten, wer will kann gehen. Und der was ein Interesse hat, der geht. Ich hab Interesse und geh ich auch. Oder die Quizrunde ist auch immer gut“ (Frau UG, 165-167).*

Andere nutzen die angebotenen Aktivitäten, um ihre Fähigkeiten zu „trainieren“:

*„Ein Gedächtnistraining, das war sehr gut oder sehr interessant gewählt, es ist so über Lebensmittel gegangen, bis zur Tierzucht, also wo ich überall ein bisschen mitreden kann und wenn man was ich, angenommen, wie macht man am besten die Hühnersuppe, naja und da bin ich natürlich mit dabei und das ist auch für mich eine Ablenkung, erstens einmal, dass ich mein Hirnkastel ein bisschen anstrenge und so seh ich das auch, wenn Sie da sitzen, für mich nicht als Belastung, sondern als Training“ (Frau JB, 112-117).*

Manche BewohnerInnen wiederum sehen darin genau das Gegenteil und meiden Aktivitäten, speziell die Gruppenaktivitäten wie zum Beispiel das Gedächtnistraining, dies sei ja nur für die „Dementen“:

*„Ist eigentlich nix Gescheites. Es ist etwas für die Dementen. Weil weiß ich, bei Geschichten erzählen und Kinderlieder singen usw., also das tu ich eigentlich nicht“ (Frau EB, 439-445).*

Auch wenn Gruppenaktivitäten als langweilig empfunden werden, bleiben BewohnerInnen diesen fern.



*„Ja wie soll ich das ausdrücken, das ist, da geh ich dann, da führt mich der junge Mann immer rauf, also wenn es mir nicht gefällt und das ist so ein immer ich find immer dasselbe. Sie tun nur ein bisschen weiter in der Gruppe, dann musst eine Antwort geben und dann musst also für mich ist das nichts“ (Frau HB, 188-191).*

Einige BewohnerInnen nutzen gezielt jene angebotenen Aktivitäten, die ihrem Lebensstil entsprechen und distanzieren sich mit dieser Auswahl auch von anderen BewohnerInnen.

*„Es gab schon manches, es gibt auch ein, zweimal im Jahr einen Vortrag, auch einer von Freunden von uns, ein Reisevortrag, der immer sehr schön ist, also das sind Dinge, wo ich natürlich schon gehe. Aber sonst sind relativ wenig Aktivitäten, wo eben jemand mitmachen kann, der sagen wir jetzt einmal so, 90% seiner geistigen Fähigkeiten noch hat“ (Frau EB, 453-471).*

Einige BewohnerInnen sehen die Angebote als „Beschäftigung nur zur Beschäftigung“ an, ohne bestimmten „Sinn“. Aktivitäten, die aus individueller Perspektive als sinnstiftend und sinngehend gesehen werden, nehmen die Befragten eher an oder sie suchen sie sich selbst. Das sind meist individuelle Aktivitäten, wie sich um die Blumen im Garten zu kümmern, zu lesen, diverse Handarbeiten, malen, Musik hören, fernsehen, Zeitung lesen, Rätseln etc.:

*„Zudem hab ich immer gern gelesen und mit den Büchern, da taucht man in eine andere Welt ein sozusagen“ (Herr EW, 956-961).*

### **Aktivitäten außerhalb des Pflegewohnhauses**

Die BewohnerInnen erzählen auch von Aktivitäten außerhalb des Pflegewohnhauses, wie z. B. gelegentliche Ausflüge. Die BewohnerInnen berichten auch von diversen Festen (z. B. das Sommerfest), die sie sehr schätzen, zu denen auch BesucherInnen von außen (meist Verwandte, Bekannte, FreundInnen) kommen können:

*„Es gibt genug, es sind viel, wie heißt denn das, sie fahren ins Technische Museum z. B. Jetzt fahren Sie nach Hirschstetten, aber erst in einem Monat. Da könnte ich schon mitfahren. Ja. Und überall, ja zum Heurigen sind sie auch gefahren oder in den Prater. Jetzt war so ein schlechtes Wetter im Mai, da war dann nichts und dann haben sie unten*

*ein Fest gemacht, ein Sommerfest, sie machen noch einmal ein Fest haben sie gemacht“*  
(Frau IW, 80-84).

Eine Bewohnerin beschreibt, dass sie sich während eines Ausflugs für das Verhalten ihrer MitbewohnerInnen verantwortlich fühlt. Einerseits erschwert das für sie die Aktivität, andererseits möchte sie diese MitbewohnerInnen vom Ausflug nicht ausschließen:

*„Nein, eigentlich nicht, weil ich bin so ein Mensch und sag, da sind mir jetzt zu viele Leute und man kann auf alle nicht aufpassen. Verstehen Sie? Und man weiß nicht, wie die Leute reagieren. Weil .... manchmal im Heim sind sie so und wo anders sind sie anders. Und ich kann nicht, dass ich sag, die zwei nehm ich nicht mit, weil die tun mir leid, weil die schauen uns da nach. Ich kann das nicht, drum muss ich auf die mehr aufpassen. Das ist halt das Problem, wo man, sagen wir richtig gefordert ist“* (Frau KM, 168-178).

Grundsätzlich sprechen die BewohnerInnen den Wunsch nach mehr Ausflügen aus, aber gleichzeitig ist ihnen auch bewusst, dass es dafür auch mehr personelle Ressourcen braucht.

### **Interesse am Tagesgeschehen**

Manche BewohnerInnen erzählen auch, dass sie sich nach wie vor am Laufenden halten und Interesse daran haben, was in der Welt so passiert. Sie informieren sich über Radio, Fernsehen oder Zeitung über Aktuelles:

*„Jeden Tag gibt's die Zeitungen da unten, die Heute, Abwechslung gibt's ja immer. Radio tu ich gern. Früher hab ich einen Fernseher gehabt, den hab ich jetzt nicht mehr. Radio tu ich gern jede Stunde gern die Nachrichten, da hört man immer das Neueste“*  
(Herr EW, 207-209).

Andere BewohnerInnen haben nicht mehr so großes Interesse daran, schauen sich jedoch trotzdem gelegentlich die Nachrichten an:

*„Ja das interessiert mich heute auch nicht mehr, weil wenn du den Radio, Fernseh schau ich nicht bitte, ich hab ihn wohl da stehen, weil ich mir die Nachrichten hin und wieder anschau, aber die Nachrichten, aber das war mein Hobby. Religionen und die ganze Welt“* (Herr AI, 291-293).

## **Fazit**

Diese Domäne ist für die BewohnerInnen von großer Bedeutung. Sie erzählen von unterschiedlichsten Aktivitäten innerhalb und außerhalb des Pflegewohnhauses, wie sie ihren Tag gestalten und Angebote nutzen oder auch ablehnen. Die BewohnerInnen berichten, dass sie über die Angebote in den Pflegewohnhäusern bestens informiert sind. Die Meinung zu den Aktivitäts- und Beschäftigungsangeboten ist stark geteilt. Aktivitäten und Beschäftigung werden den BewohnerInnen in unterschiedlichen Formen geboten und genauso unterschiedlich angenommen und abgelehnt, besonders deutlich wird das an den Rückmeldungen zum Gedächtnistraining. Vorrangig ist, dass die Aktivitäten als sinnvoll und sinnstiftend erlebt werden, das ist nicht für alle Angebote und nicht für alle BewohnerInnen der Fall. Besonders geschätzt werden Ausflüge.

## **Das Lebensqualitätskonzept der Caritas aus der Perspektive der BewohnerInnen – ein Resümee**

## **Die Lebensqualität aus der Perspektive der BewohnerInnen – ein Resümee**

### **1. Lebensqualität im hohen Alter**

Für hochbetagte Menschen ist es von besonderer Bedeutung, dass ihre Selbstbestimmung respektiert wird (FGPG 2019). Hochbetagte sind in körperlicher, seelischer, sozialer und spiritueller Hinsicht verletzlich (Gastmans 2013), Menschen mit Demenz aufgrund sozialer Ausgrenzung ganz besonders (Heimerl 2015a). Ältere und pflegebedürftige Menschen sind in der Erfüllung ihrer Bedürfnisse zunehmend auf die Unterstützung anderer verwiesen (Heimerl, Berlach-Pobitzer 2000). Trotz der im hohen Alter und in der Demenz zunehmenden Verletzlichkeit und Abhängigkeit, kann Selbstbestimmung im Sinne von „relationaler Autonomie“ gelebt werden (Reitinger, Heller 2010). Die Selbstbestimmung der BewohnerInnen anzuerkennen, bedeutet, sie in ihrer Würde zu achten. Genau hier setzt das Lebensqualitätskonzept der Caritas an, in dem es Würde, Selbstwertgefühl und Selbstbestimmung an die ersten beiden Stellen der Domänen setzt.

Das hohe Alter ist unter anderem dadurch gekennzeichnet, dass Menschen aus familiären und verwandtschaftlichen Sozialbeziehungen herausfallen. Alte Menschen sind einsamkeitsgefährdet (Amann 2009). Für ihre Lebensqualität ist es wichtig, dass sie einen Beitrag zu gesellschaftlichen Aufgaben leisten können. Dazu gehört unter anderem die Generativität, die „Weitergabe von Erfahrung und Wissen an die jüngeren“ (Amann 2009, S. 211). Begegnung bleibt bis ins hohe Alter wichtig: „In der Begegnung, so Martin Buber, wird uns deutlich, dass wir nicht ohne den Anderen sein können, dass wir grundlegend auf den Anderen bezogen sind“ (Kruse 2010, S. 15) (vgl. Plunger, Heimerl, Reitinger 2014). Das Lebensqualitätskonzept der Caritas berücksichtigt diese Aspekte in seinen acht Dimensionen.

### **2. Den BewohnerInnen eine Stimme geben**

Die Erfahrung mit den 51 qualitativen Forschungsinterviews zeigt, dass die BewohnerInnen der Pflegewohnhäuser der Caritas Wien und Niederösterreich Ost sehr detailliert Auskunft über ihr Leben in den Häusern geben. Sie beschreiben ihre Lebensqualität in vielen Facetten und anhand zahlreicher Beispiele und Erzählungen aus ihrem Alltag. Den MitarbeiterInnen

und Leitungspersonen in den Pflegewohnhäusern ist aus Gesprächen und engem Kontakt mit den BewohnerInnen gut bekannt, was deren Bedürfnisse sind und was ihre Lebensqualität ausmacht. Dennoch ist es von grundlegender Bedeutung für ein lebendiges Lebensqualitätskonzept, dass die BewohnerInnen die Möglichkeit haben, in ihren eigenen Worten zu formulieren, was ihnen in Bezug auf ihre subjektive Lebensqualität wichtig ist. Die Caritas der ED Wien Pflege hat mit dem vorliegenden Projekt ein solches Vorhaben beauftragt, in dem die BewohnerInnen eine Stimme erhalten und aus ihrer radikal subjektiven Sicht jene Themen ansprechen können, die für sie wichtig sind. Das Forschungsprojekt ist auch ein Ausdruck dafür, dass der Caritas der ED Wien Pflege ein Blick von außen wichtig ist.

Die Caritas der ED Wien Pflege ist darum bemüht, die Lebensqualität der BewohnerInnen auf vielen Ebenen zu erhöhen. Das Lebensqualitätskonzept konzentriert sich auf jene Aspekte, die die Pflege verändern können. Allerdings folgen die BewohnerInnen in vielen ihrer Erzählungen und Aussagen nicht den konkreten Domänen des Lebensqualitätskonzepts. Es werden Themen genannt, die zwar aus Sicht der BewohnerInnen zu deren Lebensqualität gehören, die jedoch Bereiche betreffen, auf die Pflege und Betreuung keinen direkten Einfluss haben. Damit ist nicht alles, was die BewohnerInnen in den Interviews gesagt haben, unmittelbar im Pflegewohnhaus von den dort tätigen Betreuungspersonen veränderbar. Dies betrifft vor allem die Trauer um den Verlust des Zuhauses und die Ambivalenzen gegenüber dem Organisationstyp Pflegeheim<sup>1</sup>.

Alle Domänen und Teilaspekte der Lebensqualität im Lebensqualitätskonzept sind aus pflegerischer Sicht bedeutend, sie betreffen damit die Pflegequalität. Pflegequalität ist jedoch nicht gleichzusetzen mit Lebensqualität: Manche Aspekte des Lebensqualitätskonzepts erscheinen aus der Perspektive der BewohnerInnen weniger bedeutend, sie sind quasi „zu alltäglich“, wie zum Beispiel die Frage des ausreichenden Trinkens. Trinken ist Teil der Domäne 5 des Lebensqualitätskonzepts und wir haben daher die BewohnerInnen danach gefragt. Die meisten InterviewpartnerInnen waren erstaunt über die Frage. Wir interpretieren das so, dass regelmäßiges Trinken von den BewohnerInnen nicht als expliziter Teil ihrer subjektiven Lebensqualität gesehen wird. Pflegerisches Handeln achtet jedoch sorgfältig darauf, dass die

---

<sup>1</sup> Wir verwenden das Wort „Pflegewohnhaus“, wenn es um die Einrichtungen der Caritas der ED Wien Pflege geht und das Wort „Pflegeheim“, wenn es sich auf einer eher abstrakten Ebene um den Organisationstyp handelt.

BewohnerInnen ausreichend trinken. Wir schließen daraus, dass es für manche BewohnerInnen erstaunlich erscheint, dass Pflegepersonen die Notwendigkeit, genug zu trinken, betonen. Dies zeigt einerseits, dass manche pflegerischen Handlungen den BewohnerInnen gegenüber erklärungsbedürftig sind. Andererseits macht dies deutlich, wie wichtig es ist, die Sichtweise der BewohnerInnen auf deren Lebensqualität einzuholen, da sie sich von der Perspektive der professionell Sorgenden unterscheidet.

In der Auswertung der Interviews fiel auch auf, dass sich manche Themen, die die BewohnerInnen ansprechen, nicht trennscharf nur einer Domäne zuordnen lassen, so ist zum Beispiel Selbstbestimmung einerseits eng mit Würde und Selbstwertgefühl verknüpft und hängt andererseits auch mit der Möglichkeit, Aktivitäten selbst zu wählen, zusammen.

Im abschließenden Resümee wollen wir noch einmal jene Themen aufgreifen, die einerseits den Domänen des Lebensqualitätskonzepts zuzuordnen sind, und die gleichzeitig in den Interviews breiten Raum eingenommen haben. Wir schließen daraus, dass sie den BewohnerInnen besonders wichtig sind.

### **3. Würde als „Metadomäne“**

In der Auswertung der Interviews mit den BewohnerInnen wird deutlich, dass nicht alle Domänen und Fragen von den BewohnerInnen gleich gut zu beantworten sind. Insbesondere die Frage nach der Würde scheint für manche BewohnerInnen sehr abstrakt zu sein, so dass sie nicht direkt darauf antworten. Aspekte, die die Würde und das Selbstwertgefühl der BewohnerInnen berühren, wurden oftmals indirekt angesprochen. Eine direkte Ansprache dieser beiden Konzepte löste eher Nachfragen der Interviewten aus. Aus diesen Beobachtungen schließen wir, dass die Domäne „Würde und Selbstwertgefühl“ als „Metadomäne“, deren Inhalte sich in den anderen Domänen wiederfinden, zu fassen ist. Wir konnten jedoch als Forscherinnenteam im Rahmen der systematischen Auswertung aus dem Gesagten auf die Würde der BewohnerInnen schließen, ohne dass diese explizit so benannt wurde. Dabei haben wir festgestellt, dass die Befragten erstaunlich viel zu sagen haben, was indirekt unter diese Domäne fällt. Dies führen wir auch darauf zurück, dass diese Domäne im Vergleich zu den anderen sieben Domänen eine breitere, übergeordnete Ebene anspricht. Insbesondere in der Domäne der Würde kommt der gesellschaftliche Umgang mit Altern und

Gebrechlichkeit sehr deutlich zu Ausdruck. Das impliziert aber auch, dass nicht alle Aspekte, die aus Sicht der BewohnerInnen der Domäne der Würde zuzuordnen sind, auf Ebene des Pflegewohnhauses bearbeitbar sind.

#### **4. Reziprozität**

Die Erfahrung von Reziprozität ist für die Lebensqualität im Alter von großer Bedeutung (Wahrendorf, Siegrist 2008). Reziprozität als die Fähigkeit, für empfangene Hilfe etwas zurückzugeben, wird in Forschungsarbeiten als ein Aspekt von Würde und Selbstbestimmtheit gesehen, auch im hohen Lebensalter und gerade auch von Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind (Pleschberger, Wosko, Pfabigan 2014). Damit hängt Reziprozität auch vom Gegenüber und von situativen Bedingungen ab: Wie gut ist es in spezifischen Situationen für die BewohnerInnen möglich, etwas „zurückzugeben“? Werden sie einzig als bedürftig und das Gegenüber als ausschließlich helfend und unterstützend angesehen?

Reziprozität ist auch für unsere GesprächspartnerInnen wichtig, vor allem gegenüber den Betreuungspersonen. Sie beobachten im Sinne eines Perspektivenwechsels sehr genau die Arbeit der Betreuungspersonen, anerkennen sie, versetzen sich in ihre Lage und erkennen unzumutbare Belastungen. Sie wollen den Betreuungspersonen im Pflegewohnhaus für die erlebte Unterstützung auch unmittelbar etwas zurückgeben. Dies äußert sich in guten Tipps an die Betreuungspersonen für den Urlaub, in Unterstützung beim Tischdecken, im Schmücken des Hauses durch Handarbeiten. Damit wollen die BewohnerInnen auch in ihrer Rolle als MitgestalterInnen des Alltags im Pflegewohnhaus sichtbar und anerkannt werden.

In ihrem Verhältnis den Angehörigen und vor allem Kindern gegenüber drücken die BewohnerInnen eine generalisierte Reziprozität aus. Sie haben ihre Kinder auf vielfältige Weise unterstützt, nun ist es an der Zeit, dass diese die BewohnerInnen unterstützen: z.B., indem sie auf Wünsche der BewohnerInnen eingehen und spezielle Speisen ins Pflegewohnhaus mitbringen oder die BewohnerInnen auf Ausflüge mitnehmen. Auch hier versetzen sich die BewohnerInnen in die Lage der Angehörigen, anerkennen z.B., dass wenig Zeit für Besuche bleibt, „schützen“ sie gewissermaßen vor möglichen Vorwürfen, indem sie anerkennen, dass die Angehörigen ihr Möglichstes tun.



## **5. Selbstbestimmung versus Sicherheit**

Im Hinblick auf Selbstbestimmung ist es für die befragten Menschen wichtig, dass sie die Möglichkeit zur Mitbestimmung haben – über ihren Alltag und die Art und Weise, wie sie die notwendige Unterstützung und Hilfe erhalten. Sie wollen über Vieles mitentscheiden. In Bezug auf die persönliche Sicherheit steht für die BewohnerInnen im Vordergrund, dass sie nicht alleine sind. Sie schätzen es, dass im Pflegewohnhaus immer Menschen vor Ort sind, die in Notsituationen helfen oder bei der Körperpflege unterstützen können. Dieses Gefühl der Sicherheit beeinflusst die Lebensqualität sowie das Wohlbefinden der BewohnerInnen deutlich positiv und unterscheidet sich für viele von der Situation zuhause, insbesondere kurz vor dem Umzug ins Pflegewohnhaus, die von Sorgen und Ängsten bestimmt war.

Grundsätzlich stehen alle Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialsystems vor der Aufgabe, mit dem Widerspruch zwischen Selbstbestimmung und Fürsorglichkeit umzugehen. Dennoch ist er in Pflegewohnhäusern besonders präsent – BewohnerInnen leben nicht nur über kurze Zeitspannen, sondern dauerhaft in Pflegewohnhäusern und sie leben mit fortschreitenden körperlichen Einschränkungen oder fortschreitender Demenz und brauchen Unterstützung. Dennoch und trotz dieser Einschränkungen, mit denen viele BewohnerInnen zu leben gelernt haben, bestehen die BewohnerInnen auf ihrer Autonomie. Sie wägen diesen Wunsch nach Selbstbestimmung auch mit den wahrgenommenen Möglichkeiten im Pflegewohnhaus ab: Das „Draußen“ (z. B. der Besuch im Lebensmittelgeschäft) ist oftmals nur mit Begleitung erreichbar und wird umso mehr geschätzt.

Dieser Widerspruch ist auch im Alltag im Pflegewohnhaus in vielen Situationen, die uns geschildert wurden, gegenwärtig: Eine Bewohnerin berichtet davon, dass sie sich eine Beschäftigung gesucht hat und vor dem Mittagessen die Trinkgläser befüllt hat. Eine Betreuungsperson hat versucht, sie davon abzubringen, weil das ja nicht notwendig sei. Die Bewohnerin konnte sich durchsetzen und die Betreuungspersonen überzeugen, dass sie selbst etwas beitragen will. Wir interpretieren das so: Die Bewohnerin hat dem Zuviel an Fürsorglichkeit auf Seiten der Betreuungsperson ihr Beharren auf Selbstbestimmung entgegengesetzt.

In besonderer Dringlichkeit zeigt sich der Widerspruch zwischen Selbstbestimmtheit und Sicherheit, wenn es um Menschen mit kognitiven Einschränkungen geht: Die Frage, ob

BewohnerInnen, die das Heim verlassen möchten „um nach Hause zu gehen“, das tun können oder ob sie sich selbst dabei gefährden und daran gehindert werden sollen, ist eine alltägliche und sie macht oft genug Sorgen. Festhalten oder gehen lassen, gibt es hier überhaupt eine gute Lösung? Sind vorgetäuschte Realitäten, wie Busstationen und „Endlosgänge“ im Kreis vertretbar? Mit solchen Fragen beschäftigen sich Ethikkommissionen in der Langzeitpflege. Auch in den sozialpsychiatrischen Pflegewohnhäusern stellt sich die Frage der Balance von Selbstbestimmtheit und Sicherheit. Das zeigt sich z. B. daran, in welcher Weise die BewohnerInnen über die ihnen zustehenden Geldmittel verfügen können: In vielen Fällen wird ihnen nicht die gesamte Summe eines Monats, sondern ein wöchentlicher Betrag ausgezahlt. So soll gewährleistet werden, dass die BewohnerInnen auch gegen Ende jedes Monats über Bargeld verfügen können, dennoch ist die freie Verfügbarkeit über ihre eigenen Geldmittel eingeschränkt.

Der Umgang mit dem Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmtheit und Fürsorglichkeit bzw. Sicherheit, wie es im Lebensqualitätskonzept heißt, erfordert in den Pflegewohnhäusern einen guten Kontakt der Pflegenden zu den BewohnerInnen und Angehörigen, aber auch Zeit und die Möglichkeit, sich mit KollegInnen zu besprechen sowie einen guten Rückhalt bei der Leitung (Heimerl, Reitinger, Eggenberger 2019). Die dafür erforderlichen Personalressourcen sind in Pflegeheimen unter den erschwerten Bedingungen von Pflegepersonalnotstand oft nicht verfügbar.

## **6. Sozialleben**

Wir haben in den Interviews erfahren, dass das Sozialleben innerhalb der Pflegewohnhäuser aus der subjektiven Sicht der BewohnerInnen eine große Rolle spielt. Die Kontakte der BewohnerInnen untereinander sind weniger von Freundschaft geprägt als von einer gewissen Pragmatik, man muss schließlich im selben Zimmer miteinander auskommen und mit der Situation im Pflegewohnhaus zu leben, umgehen. Wir haben aber auch von massiver Abgrenzung von BewohnerInnen erfahren, insbesondere zu den Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die Frage der Pragmatik stellt sich auch für jene BewohnerInnen, die es nicht als erstrebenswert erachten, neue Freundschaften zu schließen, sondern vor allem an einem eher distanzierten Nebeneinander interessiert sind.

Kontakte zu Familienmitgliedern werden sehr individuell und in unterschiedlichem Ausmaß gepflegt: Manche BewohnerInnen berichten davon, dass sie gerne mehr Kontakt hätten, entschuldigen ihre Angehörigen aber gleichzeitig und vermitteln Verständnis dafür, dass vor allem „die Jüngeren“ beruflich sehr eingespannt sind und wenig Zeit haben, wie bereits erwähnt. Andere BewohnerInnen berichten von häufigen Kontakten, die sie sehr schätzen, bis zu als zu häufig empfundenen Kontakten von Angehörigen, die eher als Kontrolle wahrgenommen werden. BewohnerInnen in den sozialpsychiatrischen Häusern berichten über weniger häufige Kontakte mit der Familie bzw. FreundInnen. Sie sind aber öfters in der Umgebung des Pflegewohnhauses unterwegs und nehmen so am Alltag in der näheren Umgebung teil.

Freundschaften nehmen in den Erzählungen der BewohnerInnen eine besondere Stellung ein: Es sind oft Menschen, die die BewohnerInnen ein Leben lang kennen und mit denen sie viele gemeinsame Erlebnisse und Erfahrungen verbinden. Gleichzeitig dünnt der FreundInnenkreis durch Todesfälle aus und neue Freundschaften will man nicht mehr schließen. Über Freundschaften berichteten die BewohnerInnen grundsätzlich positiv bzw. mit Bedauern, wenn der Kontakt zu FreundInnen aufgrund eingeschränkter Mobilität nicht mehr so oft möglich ist.

Soziale Kontakte zu den Pflegepersonen sind den BewohnerInnen wichtig. Diese sind nicht an notwendige Interaktionen wie Unterstützung bei der Körperpflege, gebunden, und vermitteln den BewohnerInnen, als Person wahrgenommen zu werden. Die BewohnerInnen differenzieren auch zwischen den Personen, die im Pflegewohnhaus arbeiten und mit denen sie oft in Kontakt sind: Mit manchen sind soziale Kontakte für die BewohnerInnen leichter möglich, mit anderen weniger.

Auch Zivildienstler und freiwillige MitarbeiterInnen werden von den BewohnerInnen mit großer Wertschätzung erwähnt. In vielen Fällen sind sie es, die den BewohnerInnen die Erfüllung individueller Wünsche ermöglichen bzw. sie dabei unterstützen: Z. B. durch die Begleitung bei Ausflügen oder Gespräche über geteilte Interessen.

## **7. Umzug ins Pflegewohnhaus**

Einen Umzug ins Pflegeheim sehen manche älteren Menschen als Bedrohung, das Leben zuhause symbolisch als Wahrung ihrer Autonomie und Identität, dazu gibt es Hinweise aus der Forschung (Wiles 2005, van Dijk et al. 2015).

Für viele Menschen ist das Alten- und Pflegeheim ihr „letztes Zuhause“. Nur wenige können, wenn sie einmal im Pflegewohnhaus aufgenommen sind, darauf hoffen, dass sie wieder in ihr ursprüngliches Zuhause zurückkehren können. Im Jahr 2016 sind in Österreich 19 % aller Männer und Frauen in einem Alten- und Pflegeheim verstorben (Lang 2020). Der Trend ist rapide steigend, im Jahr 2008 waren es noch 15 % aller Verstorbenen, im Jahr 2007 waren es knapp unter 14 %, im Jahr 2000 rund 11 %, 1988 nur rund 5 % (Pleschberger 2008; Statistik Austria, 2009; vgl. Heimerl 2015b).

Die Ankunftsgeschichten nehmen in vielen Interviews breiten Raum ein. Die Befragten berichten teilweise davon, wie dramatisch der Übergang ins Pflegewohnhaus war, geprägt von Verlusterfahrungen. Dies weist auf die Bedeutung von hilfreichen Bedingungen beim Umzug hin und wirft die Frage auf, wie das Pflegewohnhaus den Umzug für die BewohnerInnen erleichtern kann.

Die von uns befragten BewohnerInnen aus den sozialpsychiatrischen Pflegewohnhäusern nehmen den Umzug ins Pflegewohnhaus anders wahr: Für viele bedeutet es eine Erleichterung, die oftmals sehr belastenden Bedingungen des Alltags durch den Umzug ins Pflegewohnhaus hinter sich zu lassen. Das Pflegewohnhaus nehmen diese BewohnerInnen eher im Sinne eines „Zuhause“ wahr, das ihnen Sicherheit gibt. Damit wird deutlich, welchen Einfluss die Biographie der Bewohnerin, des Bewohners darauf hat, wie sie oder er den Umzug in das Pflegewohnhaus erleben und ob sie ihn als Neustart in einem neuen Wohnumfeld annehmen können.

## **8. Umgang mit Endlichkeit**

Der Umgang mit der Endlichkeit schwingt in vielen Gesprächen mit. Manche InterviewpartnerInnen halten einen Rückblick auf ihr erfülltes Leben, der bei uns als Forscherinnen den Eindruck hinterlässt, dass diese BewohnerInnen sich der Endlichkeit ihres

Lebens bewusst sind und sich dem Tod nahe fühlen. Sie ziehen Bilanz, berichten in manchen Fällen auch, dass und wie sie ihre Angelegenheiten geordnet haben<sup>2</sup>.

In den Interviews drücken viele Befragte auch ihre Trauer über die erlittenen Verluste aus. Der Tod ist vielen BewohnerInnen aufgrund ihrer Biografie und ihres Alters auch etwas Vertrautes, was nicht bedeuten soll, dass er als weniger schmerzhaft erlebt wird. Besonders schmerzen BewohnerInnen Todesfälle in der Familie, wenn Kinder verstorben sind. Diese Todesfälle liegen zum Teil Jahrzehnte zurück und die BewohnerInnen schildern sie als sehr schmerzhaft bzw. immer noch schmerzende Verluste, auch im Vergleich zu Todesfällen im Pflegeheim. In vielen Fällen berichten die BewohnerInnen vom Tod der Partnerin/des Partners und der Trauer darüber. Auch der Tod von engen FreundInnen wird betrauert.

Die Ergebnisse der Interviews weisen auf einen widersprüchlichen Umgang mit den Themen Sterben, Tod und Trauer im Alltag des Pflegeheimes hin: Es gibt Rituale und Orte, an denen der Tod für die BewohnerInnen sichtbar wird – z. B. in Gottesdiensten und in Erinnerungsecken, wo der verstorbenen BewohnerInnen gedacht wird. Dort wird Sterben und Tod explizit thematisiert, allerdings wird mit den BewohnerInnen weniger darüber gesprochen. Einige BewohnerInnen berichten, dass sie nur „auf Umwegen“ davon erfahren, wenn MitbewohnerInnen verstorben sind. Wenn zum Beispiel der Sessel beim Mittagstisch länger leer bleibt und von einer anderen Person besetzt wird, oder wenn eine Mitbewohnerin „zu lange“ nicht aus dem Krankenhaus zurückkehrt, erkennen sie indirekt, dass die Mitbewohnerin oder der Mitbewohner verstorben ist.

Wir schließen daraus, dass manche BewohnerInnen sich wünschen, dass ausdrücklicher durch die Betreuungspersonen angesprochen wird, wenn ein/e Mitbewohner/in stirbt. Diese BewohnerInnen äußern einen Wunsch nach Besprechbarkeit von Sterben und Tod. Auch haben einige BewohnerInnen uns in den Interviews über ihre Vorstellungen vom Sterben erzählt, obwohl dies von unserer Seite aus nicht explizit angesprochen wurde. Viele hochbetagte Menschen haben sich mit Sterben, Tod und Trauer auseinandergesetzt, für sie ist es nicht schwierig, über das Thema zu sprechen. Die Erfahrung zeigt, dass es für die (oft jungen) Betreuungspersonen teilweise schwieriger ist, über Sterben und Tod zu sprechen, als

---

<sup>2</sup> Interessanterweise erwähnen die BewohnerInnen den Vorsorgedialog in diesem Zusammenhang nicht.

für die hochbetagten BewohnerInnen, die mit diesem Thema allein aufgrund ihres Alters öfter in Berührung gekommen sind.

Auf einer organisationalen Ebene ist es positiv hervorzuheben, dass die Pflegewohnhäuser der Caritas der ED Wien im Rahmen des Projektes „Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim (HPCPH)“ einen umfassenden, zweijährigen, auf Hospiz und Palliative Care fokussierten Organisationsentwicklungsprozess durchlaufen haben. Ein Ziel des Projektes ist es, dass Hospizkultur und Palliative Care Eingang in den Alltagsbetrieb der Alten- und Pflegeheime finden (HPCPH 2020). Die Interviews mit den BewohnerInnen zeigen, wie schwierig es ist, die nachhaltigen Ergebnisse eines solchen Organisationsentwicklungsprozesses auf Ebene der BewohnerInnen zu erkennen.

Für die Träger der Altenhilfe stellt sich – sowohl was ihre Wirkung nach außen als auch die nach innen betrifft – die existenzielle Frage: Sind unsere Häuser „Orte zum Leben“ oder „Orte zum Sterben“ (Heimerl 2008)? Grundsätzlich gehen Träger der Altenhilfe sehr unterschiedlich mit diesem Widerspruch um. Manche beziehen sich in ihrem Leitbild nur mit einer kleinen Andeutung darauf, dass die BewohnerInnen in ihren Häusern bis zu ihrem Tod sorgsam gepflegt werden und dort sterben. Andere widmen die Hälfte ihres Leitbilds dem Thema Sterbebegleitung. Das Lebensqualitätskonzept der Caritas macht das Lebensende in einem Absatz in der Domäne 1 „Würde und Selbstwertgefühl“ zum Thema und schafft damit die Voraussetzung für einen würdevollen Umgang mit dem Thema Endlichkeit in ihren Pflegewohnhäusern.

## **9. Ambivalenzen gegenüber dem Pflegewohnhaus**

Obwohl viele Menschen meinen, dass sie wissen, wie der Alltag in Pflegeheimen aussieht, so bleibt das Pflegeheim doch eine eigene und „fremde Welt“ (Koch-Straube 2002). In ihrer ethnographischen Studie beschreibt Ursula Koch-Straube den Alltag in dieser fremden Welt als spannend, erschreckend und aufregend. In unterschiedlichen Forschungsprojekten konnten wir die Bilder erheben, die sich Angehörige und ältere Menschen, die (noch) nicht im Pflegeheim leben, von diesem Organisationstyp machen. So stellt sich für manche älteren Menschen, die in der Gemeinde leben, das Pflegeheim als ein „Nichtort“ in der Gemeinde dar, der einer Leerstelle in der Gesellschaft entspricht (Gilleard, Higgs 2010). In einem

Forschungsprojekt mit Angehörigen von Menschen, die in Pflegeheimen leben, kommt deutlich die Ambivalenz gegenüber dem Organisationstyp Pflegeheim zur Sprache: die befragten Angehörigen beschreiben das Pflegeheim, in dem sie regelmäßig zu Besuch sind, als einen „Zwischenort“ zwischen Horror einerseits, in dem es überwiegend um „schwerst Pflegebedürftige“ geht und andererseits als einen Ort, in dem ein Gefühl von Heimat vermittelt und eine schöne Gemeinschaft ermöglicht wird. (Heimerl, Schuchter, Wappelshammer 2015).

Pflegewohnhäuser sind auch (Un)Orte, die gesellschaftliche Widersprüche und Tabus aufnehmen – eventuell in dem Sinne, dass sich „die draußen“ nicht unbedingt damit auseinandersetzen müssen – deshalb wäre eine Öffnung in den Sozialraum (Bleck et al. 2017) so wichtig.

In den Interviews kommt diese Ambivalenz gegenüber dem Pflegeheim als Organisationstyp– nicht gegenüber dem konkreten Pflegewohnhaus– zum Ausdruck.

Bei den BewohnerInnen, außer jenen in den sozialpsychiatrischen Pflegewohnhäusern, schwingt eine grundlegende Trauer über den Verlust des ursprünglichen Zuhauses mit. Das Pflegewohnhaus wird als letzter Wohnort gesehen, der Übergang von Zuhause dorthin war für manche emotional belastend, oft sind auch schwierige Situationen mit schwerer Krankheit und Krankenhausaufenthalte vorausgegangen. Einige InterviewpartnerInnen drücken ihren Stolz darüber aus, den Übergang gut bewältigt zu haben. Sie erzählen, dass sie in manchen Fällen vonseiten der Pflegepersonen bei ihrem Umzug unterstützt wurden und sich vorbereiten konnten, was sehr geschätzt wird und rückblickend für die BewohnerInnen in dieser schwierigen Phase erleichternd war.

Viele BewohnerInnen bleiben über die Phase des Einzugs hinweg gegenüber dem Pflegewohnhaus und den MitbewohnerInnen ambivalent. Sie arrangieren sich aufgrund mangelnder Alternativen mit dem Leben im Pflegewohnhaus, haben aber auch kein besonderes Interesse daran, in Bezug auf neue Kontakte zu MitbewohnerInnen aktiv zu werden, sehen keine Möglichkeit dazu bzw. lehnen diese auch ab, insbesondere was Kontakte zu Menschen mit Demenz anbelangt.

Auch in Bezug auf den Alltag im Pflegewohnhaus wird diese Ambivalenz sichtbar: Die BewohnerInnen schätzen durchaus das Angebot an Aktivitäten im Pflegewohnhaus und fühlen

sich auch gut informiert, dennoch meinen viele, dass die Aktivitäten, die meist als Gruppenangebote stattfinden, nicht ihren Interessen entsprechen. Sie berichten auch, dass sie wiederholt von Betreuungspersonen zur Teilnahme an Aktivitäten aufgefordert werden, dass Teilnahme sehr erwünscht und quasi „die Norm“ ist. Die Entscheidung der BewohnerInnen, an bestimmten Aktivitäten nicht teilzunehmen, könnte in diesem Fall als Bestreben interpretiert werden, die eigene Individualität zu wahren, auch und gerade gegenüber den Routinen im Pflegewohnhaus und nicht nur als Teil einer Gruppe wahrgenommen zu werden. Ein Hinweis darauf sind auch die durchgehend begeisterten Erzählungen der BewohnerInnen, die Aktivitäten gemeinsam mit freiwilligen MitarbeiterInnen beschreiben: Hier ist es für die BewohnerInnen möglich, ihre eigenen Interessen zu verfolgen, ohne sich in einer Gruppe wiederzufinden.

Diese Ambivalenzen gegenüber dem Pflegeheim als Organisationstyp sind unausweichlich, sie liegen in der „Natur der Sache“ und sie sind durch die Betreuungspersonen nur bedingt veränderbar. Letztendlich können BewohnerInnen und Betreuungspersonen diese Ambivalenzen nur gemeinsam „aushalten“.

## **10. Große Wertschätzung für Pflege und Betreuungspersonen**

Abschließen wollen wir mit der Erkenntnis aus den Interviews, dass die BewohnerInnen große Wertschätzung für Pflege und Betreuung, für Betreuungspersonen und Leitung ausdrücken. Sie anerkennen den großen Einsatz der Pflegenden und Betreuenden, sind sich der Belastungen, die diese Aufgabe mit sich bringt, bewusst, versuchen auch, durch Hintanstellen ihrer Wünsche die Belastungen für die Betreuungspersonen möglichst gering zu halten und bringen das vielfach zum Ausdruck, wie viele der beispielhaft dargestellten Zitate zu den Domänen zeigen. Auch solidarisieren sich manche BewohnerInnen mit den Betreuungspersonen auf politisch-gesellschaftlicher Ebene, wenn sie davon sprechen, dass die Pflege mehr Anerkennung in der Bevölkerung verdient und z. B. die Caritas als Trägerorganisation sich dafür auf politischer Ebene einsetzen sollte. Gerade diese Solidarisierung ist ein bemerkenswertes Zeugnis dafür, wie direkt gesellschaftliche Bedingungen guten Alters das Leben im Pflegewohnhaus beeinflussen.





## Literaturverzeichnis

- Amann Anton (2009): Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. In: Hörl Josef, Kolland Franz, Majce Gerhard (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme. Wien: Herausgegeben vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
- Bleck Christian, van Rießen Anne, Schlee Thorsten (2017): Sozialraumorientierung in der stationären Altenhilfe. Aktuelle Bezüge und zukünftige Potenziale. In: Bleck Christian et al. (Hrsg.) Alter und Pflege im Sozialraum. Berlin: Springer, S. 225–247
- Caritas Pflege (2018): Caritas Pflege Leitbild. Es ist immer noch mein Leben. Entwicklung und Redaktion: Caritas Pflege, Caritas der Erzdiözese Wien
- Ewers Michael (2002): Dimensionen von Patientenorientierung in der Pflege Schwerkranker. In: Pleschberger Sabine, Heimerl Katharina, Wild Monika (Hg.) (2002): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Wien: Facultas, S. 77 – 94
- FGPG (2019): Fachgesellschaft Palliative Geriatrie. Autonomie und Selbstbestimmung mit Blick auf die Palliative Geriatrie. Grundsatzpapier. [https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2019/11/20180831\\_FGPG\\_Grundsatzpapier\\_Palliative-Geriatrie.pdf](https://www.fgpg.eu/wp-content/uploads/2019/11/20180831_FGPG_Grundsatzpapier_Palliative-Geriatrie.pdf)
- Flick Uwe (2002): Interviews in der Gesundheits- und Pflegeforschung. Wege zur Herstellung und Verwendung verbaler Daten. In: Schaeffer Doris, Müller-Mundt Gabriele (Hg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Hans Huber. S. 203-220
- Flick Uwe (2011): Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Gastmans Chris (2013): Dignity-enhancing nursing care: A foundational ethical framework. Nursing Ethics 2013; 20: 142–149, doi:10.1177/0969733012473772
- Gilleard Chris, Higgs Paul (2010): Aging without agency: Theorizing the fourth age. Aging & Mental Health 14, 2, 121-128
- Heimerl Katharina (2008): Orte zum Leben – Orte zum Sterben: Palliative Care in Organisationen umsetzen. Freiburg i.B.: Lambertus
- Heimerl Katharina (2015a): Ethische Herausforderungen für die Sorgenden von Demenzerkrankten. In: Imago Hominis. Demenz als ethische Herausforderung I. Quartalsschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik. Band 22. Heft 4. S. 267-276
- Heimerl Katharina (2015b): Intelligente Pflegeheime: Palliative Care und Organisationsentwicklung im Alten und Pflegeheim. In: Kojer Marina, Schmidl Martina (Hg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, 2. Überarbeitete Auflage. New York: Springer, S. 225-235

Heimerl Katharina (2015c): Pflegeheime als Caring Institutions. In: Kojer Marina, Schmidl Martina (Hg.): Demenz und Palliative Geriatrie in der Praxis. Heilsame Betreuung unheilbar demenzkranker Menschen. Wien, 2. Überarbeitete Auflage. New York: Springer, S. 275-285

Heimerl Katharina, Berlach-Pobitzer Irene (2000): Autonomie erhalten: eine qualitative PatientInnenbefragung in der Hauskrankenpflege. In: Seidl Elisabeth, Stankova Martina, Walter Ilsemarie (Hrsg.) (2000): Autonomie im Alter. Studien zu Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Pflegewissenschaft heute. Band 6. Wien: Wilhelm Maudrich, S. 102 – 165

Heimerl Katharina, Reitinger Elisabeth, Eggenberger Eva (2019): Frauen und Männer mit Demenz. Handlungsempfehlungen zur personenzentrierten und gendersensiblen Kommunikation für Menschen in Gesundheits- und Sozialberufen. Broschüre des Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), Wien

Heimerl Katharina, Schuchter Patrick, Wappelshammer Elisabeth (2015): Nachhaltige Hospiz- und Palliativkultur im Pflegeheim und im Alter. Die kommunale Orientierung. In: Robert-Bosch-Stiftung (Hg.): Palliative Praxis. Kompetenz und Sorge für alte Menschen am Lebensende. Stuttgart: Robert-Bosch-Stiftung GmbH. 113 - 123, ISBN 978-3-93957-43-9

Heller Andreas (2000): Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zu letzt bedienen – Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller Andreas, Heimerl Katharina, Husebø Stein (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Freiburg i.B.: Lambertus, S. 9 – 24

HPCPH (2020): Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim. <https://www.hospiz.at/fachwelt/hospiz-und-palliative-care-in-der-grundversorgung/hpc-in-alten-und-pflegeheimen/>

Koch-Straube Ursula (2002): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. Bern: Hogrefe

Kruse Andreas (2010): Menschenbild und Menschenwürde als grundlegende Kategorie der Lebensqualität demenzkranker Menschen. In: Kruse Andreas (Hg.): Lebensqualität bei Demenz? Zum gesellschaftlichen und individuellen Umgang mit einer Grenzsituation im Alter. Heidelberg: Akademische Verlagsgesellschaft. S. 3-25

Lang Alexander (2020): The good death and the institutionalisation of dying: An interpretive analysis of the Austrian discourse. Social Science & Medicine 245 (2020) doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112671

Netten Ann, Beadle-Brown Julie, Caiels James, Forder Julien, Malley Juliette, Smith Nick, Towers Ann-Marie, Trukeschitz Birgit, Welch Elizabeth, Windle Karen (2011): ASCOT adult care outcome toolkit. Main guidance v2.1. PSSRU Discussion Paper 2716/3 <http://www.pssru.ac.uk/ascot/downloads/guidance/main-guidance-v2.pdf>. (22. August 2016). Zitiert nach Caritas Lebensqualitätskonzept

Nussbaum Martha (2001): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin: Suhrkamp

Pfabigan Doris, Rappold Elisabeth (2016): Caritas Lebensqualitätskonzept. HerausgeberIn: Caritas der Erzdiözese Wien, Caritas Pflege

Pleschberger Sabine (2008): Leben und Sterben in Würde. Palliative Care und Hospizarbeit. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hg.): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien, Eigenverlag, S. 447-479

Pleschberger Sabine, Wosko Paulina, Pfabigan Doris (2014): Lebensqualität in Alter bis zuletzt. Hg: BMASK, Wien

Plunger Petra, Heimerl Katharina, Reitingen Elisabeth (2014): Beratung von Angehörigen von Menschen mit Demenz – ein Beitrag zur Lebensqualität von Menschen mit Demenz zu Hause. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Reitingen Elisabeth, Heller Andreas (2010): Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. In: Krobath Thomas, Heller Andreas (Hrsg): Handbuch Organisationsethik. Freiburg i.B.: Lambertus, S. 737–765

Reitingen Elisabeth, Pichler Barbara, Egger Barbara, Knoll Bente, Hofleitner Birgit, Plunger Petra, Dressel Gert, Heimerl Katharina (2018): Mit Menschen mit Demenz forschen – ethische Reflexionen einer qualitativen Forschungspraxis zur Mobilität im öffentlichen Raum [52 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 19(3), Art. 19, <http://dx.doi.org/10.17169/fqs-19.3.3152>

Sen Amartya (2002): Ökonomie für Menschen: Wege zur Gerechtigkeit und Solidarität in der Marktwirtschaft. München: Verlagsgesellschaft

Statistik Austria (2009): Todesursachenstatistik 1970 bis 2008

Van Dijk Hanna, Cram Jane M., van Exel Job, Nierboer Anna P. (2015): The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. Ageing & Society 35, 8, S. 1771-1795

Wahrendorf Morten, Siegrist Johannes (2008): Soziale Produktivität und Wohlbefinden im höheren Lebensalter. In: Erlinghagen Marcel, Hank Karsten (Hg.): Produktives Altern und informelle Arbeit in modernen Gesellschaften. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 51-74

Wiles Janine (2005): Conceptualizing place in the care of older people: the contributions of geographical gerontology. Journal of Clinical Nursing 14, s2, S. 100-108