



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege im  
Heim und Pflege daheim“

Verfasserin

**Sibylle Hinterlehner-Becker**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin: Mag. Dr. Hanna Mayer

*„Macht entspricht der Fähigkeit sich  
mit anderen zusammenzuschließen  
und im Einverständnis mit ihnen zu  
handeln.“*

*Hannah Arendt*

# Zusammenfassung

Pflege- und Betreuungsbeziehungen, bedingt durch den kontinuierlichen Anstieg der Lebenserwartung von Frauen wie auch von Männern, gehören zunehmend zum Alltag von Familien und der Gesellschaft.

Pflege- und Betreuungsbeziehungen fanden und finden über die Zeit hinweg an verschiedenen Orten statt, sie wurden und werden unterschiedlich gelebt, sie waren und sind eingebettet in kulturelle, historische, (sozial)politische und weltanschauliche Bedingungen.

Den Rahmen der vorliegenden Arbeit bilden ein historischer Rückblick der Versorgungsformen von alten Menschen in unterschiedlichen Räumen über die Jahrhunderte hinweg sowie eine Darstellung der Pflege- und Betreuungslandschaft von alten Menschen in der Gegenwart. Darüber hinaus werden die impliziten Sichtweisen und Konzepte, die den einzelnen Versorgungssystemen, in Vergangenheit und Gegenwart, zu Grunde liegen, beleuchtet. Ein Blick über die nationalen Grenzen zeigt die Unterschiede in der Pflege- und Betreuungsverantwortung von alten Menschen auf.

Da sich die Arbeit primär mit Menschen die im ländlichen Raum leben, beschäftigt, wird der „ländliche Raum“ kurz charakterisiert und das Verwobensein des städtischen mit dem ländlichen Raum thematisiert.

Den zentralen Teil der Arbeit bilden Gespräche, die mit 50 bis 65-jährigen Frauen und Männern, im ländlichen Raum über deren Wertigkeiten und Perspektiven bei potentiell Pflege- und Betreuungsbedarf im Alter, geführt wurden.

Diese qualitative Studie orientierte sich bei der Datenerhebung und der Datenauswertung an den Vorgehensweisen der Grounded Theory nach Strauss und Corbin.

Die Hauptkategorie, die sich aus den Daten entwickelte wurde mit „Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege daheim und Pflege im Heim“ beschrieben.

In der Untersuchung konnten ebenso Faktoren identifiziert werden, die mit der Hauptkategorie in wechselseitiger Verbindung stehen, beispielsweise die Reflexion der eigenen familialen (Pflege)Geschichte, oder die Auseinandersetzung mit dem ideologischen Überbau der Angehörigenpflege.

Das Bedingungsgefüge der Hauptkategorie vermittelt Einsichten in die Wünsche und Bedürfnisse der heute 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer im ländlichen Raum für ihr Leben im Alter, sollten sie auf Pflege und Betreuung angewiesen sein und zeigt auf, dass sich die Bedarf- und Bedürfnislagen der zukünftigen Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger im ländlichen Raum in einem Veränderungsprozess befinden.

Daraus folgt ein Aufspüren, Erkunden, Entwickeln von „anderen“ Pflege- und Betreuungsarrangements als Pflege durch Angehörige „daheim“ und Pflege und Betreuung „im Heim“.

## **Abstract**

As life expectancy of males and females is continually rising, care and assisted living relations have become part of every day life in families and society.

Care and assisted living relations have taken place and take place in different places at all times, have been lived and are lived in different ways, have been embedded and are embedded in cultural, historical, (social)political and ideological circumstances.

A historical survey of forms of care for elderly people in different places over the centuries as well as care and assistance of elderly people today provide the frame of the present thesis.

Moreover, implicit views and concepts underlying the different systems of care in the past and at present are shown. A glance across borders makes differences clear regarding responsibility in care and assistance for elderly people.

As the present thesis primarily concentrates on people living in rural settings, the term "rural setting" is shortly characterized and the interweaving of urban and rural settings noted is made subject of discussion.

Interviews of males and females aged between 50 and 65, representing values and perspectives in case of old age care and assistance in rural settings, are central part of the thesis.

As to data assessment and data acquisition the present qualitative study was oriented at practises of Grounded Theory by Strauss and Corbin.

The main category, once developed from the data material, was described as "Alternatives - beyond the dichotomy of care at home and care in homes".

The study has also identified factors interrelating with the main category such as reflection of people`s family (care) background or discussion of the ideological superstructure when caring relatives.

The structure of interweaving conditions in the main category gives insight into wishes and needs concerning life in old age in case of care and assisted living

of males and females living in rural settings, today aged between 50 and 65. Furthermore, it shows that requirements and needs of people having to demand care in a rural setting in the future are undergoing a process of change.

From this follows detecting, investigating and developing "other" forms of care than care arrangements at home by relatives and care and assisted living in residential care homes.

# Inhaltverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>III</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>V</b>
<b>Inhaltverzeichnis.....</b>	<b>VII</b>
<b>A Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>B Theoretischer Teil .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Forschungsstand .....</b>	<b>3</b>
<b>2 Ländliche Räume.....</b>	<b>4</b>
2.1 Was ist der ländliche Raum? .....	4
2.2 Charakterisierung ländlicher Regionen .....	5
<b>3 Orte der Pflege und Betreuung alter Menschen in Österreich .....</b>	<b>7</b>
3.1 Pflegesicherung in Österreich.....	8
3.2 Stationäre Pflege und Betreuung – Pflege und Betreuung im „Heim“ .....	13
3.3 Häusliche Pflege – Pflege und Betreuung „Daheim“ .....	16
3.4 Unterstützungs- und Entlastungsformen des häuslichen Pflegesystems.....	22
3.4.1 Mobile Pflege und Betreuung .....	22
3.4.2 Tagespflege .....	24
3.4.3 Kurzzeitpflege .....	25
3.5 „alternative“ Wohn- und Betreuungsformen .....	26
3.5.1 SeniorInnenwohngemeinschaften .....	27
3.5.2 Betreutes Wohnen .....	28
3.6 Ein Blick über die Grenzen: Pflegesysteme in der europäischen Pfle gelandschaft.....	29

<b>4 Philosophien der Versorgungssysteme alter Menschen</b> .....	<b>31</b>
4.1 Versorgungsformen alter Menschen in historischen Zeiten .....	32
4.1.1 Das Ausgedinge – die aus der Naturalwirtschaft entwickelte Altenversorgung.....	33
4.1.2 „Das ganze Haus“ .....	38
4.1.3 Die Einlege – „Reihum gereicht“ .....	42
4.1.4 Austausch von Gabe und Gebet .....	45
4.1.5 Kein Ort nirgends .....	47
4.1.6 Verwahrung und Disziplinierung der Alterssiechen .....	49
4.1.7 Überwachung und Reglementierung der Lebenswirklichkeit.....	57
4.1.8 Differenzierungsbestrebungen ohne größere Reflexion.....	61
4.1.9 Ausgrenzung und Vernichtung .....	70
4.2 Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegeformen alter Menschen nach 1945 .....	77
4.2.1 Die Phase der Institutionalisierung.....	78
4.2.2 Vom Verwahren, Behandeln, Aktivieren bis hin zum „normalen“ Alltagsleben .....	80
4.2.3 Gegen den Strom schwimmen und in einem Garten leben.....	97
 <b>C Empirischer Teil</b> .....	 <b>107</b>
 <b>5 Methodische Vorgehensweise</b> .....	 <b>107</b>
5.1 Entscheidungen für den Forschungsansatz.....	107
5.2 Qualitative Forschung .....	108
5.3 Grounded Theory.....	108
5.4 Datenerhebung .....	111
5.4.1 Qualitative Interviews .....	111
5.4.2 Zugang zum Forschungsfeld.....	112
5.4.3 Theoretical Sampling .....	113
5.5 Datenauswertung.....	114
5.5.1 Offenes Kodieren .....	116
5.5.2 Axiales Kodieren .....	118
5.5.3 Selektives Kodieren .....	120



5.5.4 Memos – Notizen im Forschungsprozess .....	120
5.6 Ethische Überlegungen.....	122
5.7 Gütekriterien .....	125
<b>6 Darstellung der Ergebnisse.....</b>	<b>126</b>
6.1 Personen und Gespräche .....	127
6.1.1 Herr Gustav: „Des is no long ka Oltersheim“ .....	127
6.1.2 Herr Moser: “Ich setze auf den Dialog zwischen den verschiedenen Ebenen“ .....	133
6.1.3 Frau Berger: „I wüll aufstehen, wonn i wüll“ .....	138
6.1.4 Frau Hirtler: „Ich denke an so ein Mittelding ...“ .....	144
6.1.5 Frau Kellner: „In ein klassisches Pflegeheim sicher net!“ .....	146
6.1.6 Frau Kern: „Was ist denn familiärer?“ .....	148
6.1.7 Herr Dorn: „Ich glaube, dass Pflegeheime mitten im Leben sein müssen“ .....	152
6.2 Verdichtung der Daten zur Kernkategorie .....	155
6.2.1 Bedingungsgefüge der Kategorie „den Kindern nicht antun“ ...	156
6.2.2 Bedingungsgefüge der Kategorie „kein traditionelles Heim“ ...	160
6.2.3 Bedingungsgefüge der Hauptkategorie .....	161
<b>7 Reflexion der Arbeit .....</b>	<b>168</b>
<b>8 Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>170</b>
<b>9 Relevanz der Ergebnisse für die Praxis .....</b>	<b>173</b>
<b>10 Literaturverzeichnis .....</b>	<b>177</b>
<b>11 Anhang.....</b>	<b>201</b>



## A Einleitung

In der öffentlichen Diskussion – wenn über „die Alten“ gesprochen wird – werden bedrohliche Szenarien gezeichnet. Von „Überalterung“ und „Vergreisung der Gesellschaft“ ist die Rede. Es wird vorwiegend von den Kosten, durch die wachsende Anzahl der alten Menschen verursacht, gesprochen. In gegenwärtigen sozialpolitischen Reformüberlegungen dominiert die Frage nach der Finanzierung die Auseinandersetzungen. Die Verantwortlichen, Bund, Länder und Gemeinden reagieren vorwiegend quantitativ darauf, mit einem mehr an „Pflegeplätzen“. Bisher laufen alle Bemühungen vorrangig auf ein „*mehr oder besser dasselbe*“ zusammen (Koch-Straube 2002 S. 147). In den unterschiedlichen Bundesländern werden „Wohnplätze“ in „Pflegeplätze“ umgewandelt. Im Burgenland und Oberösterreich beispielweise ist vorgeschrieben, dass bei Neubauten und Umbauten „Pflegeplätze“ vorzusehen sind (Schaffenberger/Pochobradsky 2004). In anderen Bundesländern wiederum werden in unmittelbarer Nähe zu Pflegeheimen „Betreute Wohnformen“ neu errichtet. Die unmittelbare Anbindung an das Pflegeheim ermöglicht unter anderem einen Umzug in das angrenzende Pflegeheim, wenn der Betreuungs- und Pflegebedarf zu hoch geworden ist, um weiterhin im „Betreuten Wohnen“ zu leben. Dieser Trend beinhaltet, dass Pflegeheime zu Orten für Menschen mit hohem Betreuungs- und Pflegebedarf werden (könnten).

Ein weiteres Argument dafür ist auch der prognostizierte Rückgang der informellen (häuslichen) Pflege. Schneider/Österle (2003 S. 238) begründen den Rückgang mit Veränderungen in den Haushalts- und Familienstrukturen, einer geringeren Neigung zu heiraten sowie einer niedrigeren Geburtenrate. Kytir/Schrittwieser (2003) verzeichnen als Folgen des gesellschaftlichen Wandels eine zunehmende „Singularisierung“, wodurch die Belastbarkeit der familiären Betreuungsnetzwerke sinkt. Garms-Homolová (2000 S. 486) prognostiziert, allein aus der quantitativen Perspektive betrachtet, die Verkleinerung der informellen, insbesondere familiären sozialen Netze alter Menschen. Ebenso stellt sie fest, dass hinsichtlich der informellen Pflege auf Grund von Forschungslücken keine Aussagen getroffen werden können, welche qualitativen Charakte-

ristika künftige, veränderte Netze aufweisen, in denen Zusammenschlüsse von nicht Verwandten und unkonventionellen Lebensgemeinschaften eine weitaus größere Rolle zukommen wird als bisher. Vor dem Hintergrund dieser Skizze scheint es zu zutreffen, dass das Pflegeheim kein „Auslaufmodell“ darstellt.

Aber wie sollen nun die Qualitäten in Pflegeheimen der Zukunft beschaffen sein? Im Zeitalter der Kundinnen- und Kundenorientierung und des Qualitätsmanagements ist die Qualität in Pflegeheimen gesetzlich geregelt. Um das Handeln in der Pflege und Betreuung jedoch tatsächlich an den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer ausrichten zu können, ist es erforderlich, deren Perspektiven und Wertigkeiten zu kennen.

Veränderungen in der Versorgung, Pflege und Betreuung von alten pflegebedürftigen Menschen gehen langsam vor sich. Aus diesem Grund wurde für diese Arbeit die Altersgruppe der 50 bis 65-jährigen Menschen gewählt, um schon im Vorfeld, noch bevor diese Frauen und Männer auf Pflege und Betreuung angewiesen sind, Veränderungen einzuleiten und umzusetzen.

Die Arbeit wird von folgender Fragestellung geleitet: „Welche Wertigkeiten und Prinzipien haben 50 bis 65-jährige Frauen und Männer im ländlichen Raum für ihr Leben im Alter, wenn sie auf Pflege und Betreuung angewiesen sind?“

Vorrangiges Ziel der Arbeit ist, Einsichten in die Wertigkeiten und Prinzipien von 50 bis 65-jährigen Frauen und Männern als zukünftige Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger zu erlangen, um davon Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten.

Mein persönlicher Zugang zu diesem Themenbereich lässt sich in meiner beruflichen Tätigkeit verorten, der langjährigen Arbeit in der Pflege und Betreuung von alten Menschen im stationären wie ambulanten Bereich einerseits und der Auseinandersetzung mit Freundinnen und Freunden, mit Bekannten sowie Ar-

beitskolleginnen und -kollegen im Hinblick auf die Gestaltung der Pflege und Betreuung von alten pflegebedürftigen Menschen in der Zukunft. Denn auch ich werde in einigen Jahren der Altersklasse der 50 bis 65-jährigen angehören.

## **B Theoretischer Teil**

### **1 Forschungsstand**

Im akut stationären Bereich rückt die Patientinnen- und Patientensicht immer mehr in den Mittelpunkt. Die Sicht der Nutzerinnen und Nutzer von Krankenanstalten wird vermehrt als Maß für eine qualitativ hochwertige Leistungserbringung herangezogen. Der Blick auf die Patientinnen und Patienten veränderte sich, sie werden nicht mehr als „Objekt der Behandlung“, sondern vielmehr als Koproduzentinnen und Koproduzenten ihrer Gesundheit verstanden (Trummer et al. 2004).

Im Bereich der stationären Pflege und Betreuung von alten Menschen wird der Bewohnerinnen- und Bewohnersicht wenig Bedeutung beigemessen. Über die Perspektiven alter Menschen und deren Angehörigen in der Langzeitpflege ist wenig bekannt (vgl. Josat et al. 2006 S. 81).

In der Literaturanalyse „Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind“ (Josat et al. 2006) wurden 13 relevante Forschungsartikel der internationalen Literatur einer Analyse unterzogen. Drei der analysierten Forschungsartikel sind deutschsprachig. Die Arbeit gibt einen Überblick darüber, welche Qualitätskriterien Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeheimen und deren Angehörigen wichtig sind.

Der derzeitige Forschungsstand zu Prinzipien und Wertigkeiten der 50 bis 65-jährigen Männer und Frauen, wie sie im Alter leben möchten, wenn sie auf Pflege und Betreuung angewiesen sind, weist enorme Lücken auf.

Auch die Studie im Rahmen des Forschungsprojektes „Seniorenreport Steiermark“, mit dem Titel „Altwerden in der Steiermark: Lust oder Last? Ein Oral-History-Projekt des Instituts für Wirtschafts- und Sozialgeschichte“ (Schöpfer et al. 1999) gibt darüber keine Auskunft. Ebenso sind in der Arbeit von Fischer (2005) keine Hinweise dahingehend zu finden.

## **2 Ländliche Räume**

Die alleinige Differenzierung in ländlichen und städtischen Raum greift zu kurz. Diese herkömmliche Herangehensweise wird der Vielschichtigkeit des ländlichen Raums, aber auch des städtischen Raums nicht gerecht. Ebenso spart dieser Zugang das Verwobensein des städtischen mit dem ländlichen Raum aus. Im folgenden Teil der Arbeit wird das „Phänomen“ ländlicher Raum in den Blick genommen, da sich die gegenständliche Arbeit primär mit Menschen, welche in ländlichen Räumen leben, beschäftigt.

### **2.1 Was ist der ländliche Raum?**

Im österreichischen Raumordnungskonzept (ÖROK 2002 S. 130) wird der ländliche Raum wie folgt beschrieben: *„Die ländlichen Regionen sind vielfältig strukturiert und längst nicht mehr dem landwirtschaftlich genutzten Raum gleichzusetzen. Verbindend sind jedoch die geringe Bevölkerungsdichte, spezifische soziokulturelle und soziale Lebensweisen, die sich generell – und noch immer – von jenen der städtischen Regionen unterscheiden.“*

Der ländliche Raum unterscheidet sich nicht nur vom urbanen Raum, vielmehr können innerhalb des ländlichen Raums Unterschiede festgemacht werden. Beispielsweise unterscheiden sich ländliche Räume im Umland von großen Städten sehr deutlich von jenen ländlichen Räumen in peripheren Lagen (ÖROK 2002). Nach Weber (2005) lassen sich durch die naturräumlichen Gegebenheiten, die Geschichte des Raums, die Art der Agrarstruktur und Landwirtschaft, den Bevölkerungsaufbau, die außeragrarisches Wirtschaftsstruktur etc. weitere Unterschiede ausmachen.

Der ländliche Raum zeichnet sich durch Gemeinsamkeiten wie Verschiedenheiten aus. Den ländlichen Raum als homogene Einheit gibt es nicht. Vielmehr wird der ländliche Raum durch „*die Vielfalt der dort angetroffenen Situationen*“ (Dax/Hovorka/Wiesinger 2003 S. 2) bestimmt. Ebenso darf der Wandel der Bedürfnisse der Bevölkerung in ländlichen Räumen nicht aus dem Blick genommen werden. Machold/Tamme (2005) weisen in ihrer Studie auch auf die Veränderungen der Bedürfnislagen hinsichtlich der Pflege- und Betreuungsangebote von alten Menschen hin. Diese veränderten Bedürfnislagen gehen unter anderem mit der Zunahme der Berufstätigkeit der Frauen, der Verschiebung der Familienstrukturen von der Mehrgenerationenfamilie hin zur Kleinfamilie und mit (dem Versuch) der Entwicklung eines eigenständigen weiblichen Lebensentwurfes (Oedl-Wieser 2004) einher.

## **2.2 Charakterisierung ländlicher Regionen**

Die OECD Ratsgruppe Rural Development hat sich auf internationaler Ebene mit der Typologisierung von Regionen auseinandergesetzt. Sie entwickelte in den 1990er Jahren Abgrenzungskriterien, welche national und international anerkannt und für internationale Vergleichszwecke verwendet werden. Die Bevölkerungsdichte wurde als Hauptkriterium für die Einteilung herangezogen. Demzufolge lassen sich drei Regionskategorien unterscheiden:

- überwiegend ländliche Gebiete
- maßgeblich ländliche Gebiete

- überwiegend urbanisierte Gebiete

Überwiegend ländliche Gebiete sind Regionen, in denen mehr als 50 % der Bevölkerung in „ländlichen“ Gemeinden leben. Eine Gemeinde wird dann als „ländlich“ betrachtet, wenn ihre Bevölkerungsdichte unter 150 EinwohnerInnen pro km<sup>2</sup> liegt. Hauptmerkmale dieser Gebiete sind neben der geringen Bevölkerungsdichte, ein überdurchschnittlicher Anteil älterer Personen, das niedrige Einkommensniveau, die überdurchschnittliche Agrarquote und ein geringes Dienstleistungsangebot im Vergleich zur jeweiligen nationalen Situation.

Die maßgeblich ländlich geprägten Regionen werden auch als Übergangsbiete bezeichnet. In diesen Regionen leben 15 bis 50 % der Bevölkerung in ländlichen Gemeinden. Innerhalb dieser Gebiete ist die wirtschaftliche und soziale Entwicklung oft für einzelne Gemeinden sehr unterschiedlich.

In überwiegend urbanisierten Gebieten leben weniger als 15 % der Bevölkerung in „ländlichen“ Gemeinden. Viele dieser Gebiete sind typische Einpendlergebiete und weisen ein vielfältiges Arbeitsplatzangebot im sekundären und tertiären Sektor auf (vgl. Dax 2004 S. 62 ff; Dax et al. 2008 S. 5f).



### **3 Orte der Pflege und Betreuung alter Menschen in Österreich**

Das weite Feld der Pflege lässt sich nach Kellenhauser et al. (2000 S. 92f) in die Subfelder Gesundheitspflege, Pflege bei Gesundheitsproblemen und Altenpflege unterteilen. Eine weitere Differenzierung kann in Selbstpflege, Laienpflege und professionelle (berufliche) Pflege vorgenommen werden (vgl. Kellenhauser et al. 2000 S. 86).

Eine sehr grundlegende Unterscheidung hinsichtlich der Situation alter Menschen mit Pflegebedarf bezieht sich auf den Ort, an dem Pflege und Betreuung stattfindet.

Die Orte der Pflege und Betreuung alter Menschen können grundsätzlich in stationäre Pflege und Betreuung (Heim) und häusliche Pflege und Betreuung (zu Hause) unterteilt werden. Stationäre und häusliche Settings bilden die beiden Pole, dazwischen liegen teilstationäre (Tagespflege) und temporär-stationäre (Kurzzeitpflege) Pflegearrangements.

In diesem Teil der Arbeit wird die Pflege- und Betreuungslandschaft für ältere und alte Menschen in Österreich vor dem Hintergrund (sozial)politischer Maßnahmen dargestellt und eine begriffliche Abgrenzung vorgenommen.

Sozialpolitische Entscheidungen haben auch im Feld der Pflege und Betreuung von alten Menschen einen wesentlichen Einfluss auf das Verhältnis von Staat, Familie, Markt und den zivilgesellschaftlichen Bereich. Vor diesem Hintergrund wird die Pflegesicherung in Österreich in den Blick genommen.

### 3.1 Pflegesicherung in Österreich

Der in der Vergangenheit kontinuierliche Anstieg der Lebenserwartung in den Industrieländern, für Frauen wie auch für Männer, hat zu einer längeren gemeinsamen Lebenszeit der Generationen geführt. Die längere Lebenszeit umfasst aber häufig eine Phase, in der Pflege und Betreuung gebraucht wird. Somit gehören Pflege- und Betreuungsbeziehungen zunehmend zum Alltag von Familien und der Gesellschaft.

In allen europäischen Ländern wurden im 20. Jahrhundert für die sozialen Risiken, Einkommenssicherung im Alter, Krankheit oder Arbeitslosigkeit, umfassende soziale Sicherungssysteme entwickelt. Primär private Verantwortung bleibt, bis in die 90er Jahre des vergangenen Jahrhunderts, die Betreuung und Unterstützung älterer pflegebedürftiger Menschen (vgl. Österle/Hammer 2004 S. 32).

Vor dem Hintergrund unterschiedlicher historischer, kultureller und ideologischer Bedingungen wurden in den 90er Jahren in vielen Ländern Europas, so auch in Österreich, Pflegevorsorgesysteme implementiert (Österle/Hammer 2004; Haberkern 2009).

Das System der Pflegevorsorge in Österreich setzt sich aus Geld- und Sachleistungen zusammen. Die beiden Säulen der Pflegesicherung stellen das Pflegegeld und der Ausbau der sozialen Dienste dar. Für den Aus- und Aufbau von flächendeckenden und dezentralen sozialen Diensten im Feld der stationären, teilstationären und ambulanten Pflege und Betreuung zeichnen sich die Länder verantwortlich. Ebenso haben die Länder Verpflichtungen hinsichtlich der Qualitätssicherung übernommen (BMASK 2006).

Der Grundstein zum heutigen System der Pflegesicherung in Österreich wurde 1993 mit der Einführung des Bundespflegegeldgesetzes (BPGG) und der

(neun) Landespflegegeldgesetze sowie parallel dazu mit der Artikel 15aB-VG Vereinbarung zwischen Bund und Ländern über gemeinsame Maßnahmen für pflegebedürftige Personen gelegt, demzufolge soziale Dienste bis zum Jahr 2010 flächendeckend ausgebaut werden sollen. Durch diese Reform der Pflegevorsorge wurde Pflegebedürftigkeit erstmals als eigenständiges soziales Risiko anerkannt (vgl. Endel 2007 S. 13; Österle/Hammer 2004 S. 129; Pfeil 2007 S. 3f) und ein „für alle Bevölkerungsgruppen zugängliches Sicherungssystem geschaffen“ (Österle/Hammer 2004 S. 129).

Die Pensionsversicherung, welche eine von mehreren Kernaufgaben der Sozialversicherung darstellt, übernimmt zum überwiegenden Teil die Begutachtung, die Einstufung und die Auszahlung des Pflegegeldes im Auftrag des Bundes (vgl. Endel 2007 S. 10). Die Einstufung wird auf Grundlage eines ärztlichen Sachverständigengutachtens vorgenommen. Das Bundespflegegeld wird im Gegensatz zu den Leistungen der Sozialversicherung nicht über Beiträge, sondern aus allgemeinen Steuermitteln finanziert, und ist beim Arbeits- und Sozialgericht einklagbar (vgl. Badelt/Leichsenring 2000 S. 448).

Die Höhe des 1993 eingeführten Pflegegeldes orientiert sich am jeweiligen Pflegebedarf der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger und umfasst sieben Stufen pauschalierter Geldleistungen. Diese monetäre Leistung wird unabhängig vom sonstigen Einkommen zwölf Mal im Jahr ausbezahlt.

Folgende Tabelle gibt Aufschluss über die Höhe des Pflegegeldes im Zusammenhang mit dem dafür veranschlagten Pflegebedarf in Stunden pro Monat<sup>1</sup>:

---

<sup>1</sup> vgl. [www.bmsk.gv.at](http://www.bmsk.gv.at) (17.12.2009)

**Tabelle 1: Höhe des Pflegegeldes**

<b>Pflegebedarf in Stunden pro Monat</b>	<b>Stufe</b>	<b>Betrag ab 1. 1. 2009 in Euro monatlich</b>
Mehr als 50 Stunden	1	154,20
Mehr als 75 Stunden	2	284,30
Mehr als 120 Stunden	3	442,90
Mehr als 160 Stunden	4	664,30
Mehr als 180 Stunden, wenn ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	902,30
Mehr als 180 Stunden, wenn zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1.242,00
Mehr als 180 Stunden, wenn keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	7	1.655,80

Die Pflegegeldeinstufung wird von einer „*eher somatisch orientierten Sichtweise*“ bestimmt (Amman 2009 S. 42), sie wird „*sehr funktional gesehen*“ (NPO-Institut 2004 S. 244). Kritik aus Praxis und Wissenschaft führte hinsichtlich der Einstufung bei Menschen mit Demenz zu einer Verbesserung.

Mit der Erhöhung des Pflegegeldes per 1.1.2009 wird eine Erschwerniszulage von monatlichen 20 bzw. 30 Stunden, je nach Pflegestufe, für dementierende Personen gewährt (vgl. BMSK 2008b S. 29).

*„Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages, pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Hilfe zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen“<sup>2</sup>.*

Die Leistungen des Pflegegeldes, als Geldleistung, erhöhen die Wahl- bzw. Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Empfängerinnen und Empfänger (vgl. Pfeil 2007 S. 5).

Somit war die Einführung des Pflegegeldes mit der Annahme gekoppelt, dass ausgeschüttete Geldleistungen eher in der Lage sind, den Bedürfnissen nach Wahlfreiheit und Selbstbestimmung Rechnung zu tragen.

Die Einführung des Pflegegeldes kann auch als Antwort auf das bereits Ende der siebziger Jahre aufgezeigte Problem der familialen Armutsbedrohung durch Pflegebedarf gelten (vgl. BMASK 2006 S. 53; Amann 2004 S. 182; Fischer-Kowalski/ Buček 1982).

*„Im Idealfall soll es nun möglich sein, verschiedene Leistungen am (Pflege-)Markt bezogen auf ihren Preis, ihre Qualität und andere Kriterien zu vergleichen und ein auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmtes Paket nachzufragen und einzukaufen“ (Österle/Hammer 2004 S. 15).*

Zwischen Ideal und Wirklichkeit besteht jedoch eine große Kluft, da nur ein Teil der pflegebedingten Mehraufwendungen durch das Pflegegeld abgedeckt wird, so auch die Intention des Gesetzes, und soziale Dienstleistungen wie Tagesbetreuung, mobile Dienste und alltagsnahe Wohn- und Pflegeformen nicht flä-

---

<sup>2</sup> § 1 des Bundespflegegeldgesetzes, BGBl 1993/110

chendeckend, oft nur in städtischen Regionen und kaum zu erschwinglichen Preisen angeboten werden (vgl. Heitzmann/Schenk 2009 S. 140; Österle/Hammer 2004 S. 15f, 72f). In Österreich, aber auch in anderen Ländern Europas, ist die Schwankungsbreite der regionalen Verteilung von sozialen Diensten innerhalb eines Landes beträchtlich (vgl. Österle/Hammer 2004 S. 38).

Ob Pflege und Betreuung alter Menschen als private oder öffentliche Verantwortung wahrgenommen wird, welche pflegekulturelle Orientierung in den Familien dominiert, wird neben (oft traditionsbehafteten) Sichtweisen der Familien, deren individueller Situation, wie beispielsweise Anzahl und Geschlecht der Kinder, Einkommen, Vermögen, Erwerbstätigkeit von Frauen, Niveau der beruflichen und allgemeinen Bildungsabschlüsse, wie von wohlfahrtstaatlichen Rahmenbedingungen und gesetzlichen Regelungen bestimmt (vgl. Österle/Hammer 2004 S. 38f; Schneider 2008 S. 40; Haberkern 2009; Blinkert 2005). Eine Schlüsselrolle, so Haberkern (2009 S. 24), nimmt die staatliche Politik ein, „*da diese die Rahmenbedingungen für die familiäre aber auch die marktwirtschaftliche und öffentlich organisierte Pflege festlegt*“. Die europäischen Staaten gehen und gingen unterschiedliche Wege, um dem wachsenden Bedarf an Pflege- und Betreuungsarbeit gerecht zu werden (→ Kapitel 3.6 in dieser Arbeit).

Eine Zielsetzung der österreichischen Pflegevorsorgereform 1993, bezogen auf die Sachleistungen, beinhaltet den festgeschriebenen Vorzug der ambulanten gegenüber der stationären Pflege und Betreuung: „*Dem Ausbau der ambulanten Versorgung ist klare Priorität gegenüber stationären Einrichtungen zu geben*“ (BMSK 2006 S. 53). Dadurch, so die Intention, sollten pflegende Angehörige in ihrer Pflege- und Betreuungsarbeit entlastet und unterstützt werden (vgl. BMSK 2008b S. 13), wie auch durch den Aufbau von „*Tages-, Kurzzeit- und Urlaubspflege*“ (BMSK 2006 S. 53) sowie durch Pflege- und Betreuungsangebote in der Nacht und am Wochenende (vgl. BMSK 2008b S. 14). Als flankierende Maßnahmen zur Förderung der Pflege und Betreuung in der Familie sind das gebührenfreie, österreichweite Pflegetelefon (1998), die Internet-Plattform für pflegende Angehörige – [www.pflegedaheim.at](http://www.pflegedaheim.at) – (2006), die Familienhospiz-

karenz (2002, Novelle 2006), die Kostenübernahme für Kurzzeit-/Ersatzpflege (2004) sowie die begünstigte Pensionsversicherung für pflegende Angehörige (2006, 2009), die Verbesserung der 24-Stunden-Betreuung zu Hause (2007) und die Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege durch Hausbesuche von DGKS/P, als wichtige Qualitätssicherungsmaßnahme auch mit dem Ziel „*ein motivierendes, verständnisvolles Gespräch mit pflegenden Angehörigen zu führen*“ (2001), zu zählen (vgl. BMSK 2008b; Österle/Hammer 2004 S. 54ff; PVA 2009).

Letztendlich bestimmt die Pflege- und Betreuungsinfrastruktur sowie die individuelle Einkommenssituation die Möglichkeit der Wahl für Pflegende wie Gepflegte, welche vielfach propagiert in der österreichischen Pflegesicherung im Mittelpunkt steht. Primär sind Frauen und Familien mit niedrigem Einkommen negativ betroffen, wenn diese Rahmenbedingungen nicht gewährleistet sind (Österle/Hammer 2004).

### **3.2 Stationäre Pflege und Betreuung – Pflege und Betreuung im „Heim“**

Die stationäre Pflege und Betreuung von alten Menschen umfasst ein breites Spektrum an Angebotsformen. Dazu zählen Wohnangebote für (noch) nicht hilfsbedürftige Personen bis hin zu „Pflegeplätzen“ für Personen mit hohem Pflegebedarf, aber auch Einrichtungen zur Rehabilitation sowie betreutes Wohnen und Seniorenwohngemeinschaften (Schaffenberger/Pochobradsky 2004).

Die geriatrische Rehabilitation unterstützt Menschen im höheren Alter, die vielfach erkrankt sind, und deren Selbständigkeit gefährdet ist, um ihnen wieder ein Leben in der eigenen Wohnung zu ermöglichen. Ziel der geriatrischen Rehabilitation ist es, beispielsweise nach Schlaganfall, ein größtmögliches Maß an Selbständigkeit der Patientin, des Patienten in ihrem/seinem häuslichen Umfeld

zu erhalten, wiederherzustellen und zu verbessern, damit eine Pflegebedürftigkeit so lange wie möglich zu verhindern ist und dadurch den Einzug in ein Pflegeheim zu vermeiden oder hinauszuzögern. Um ein solches Ziel erreichen zu können, ist eine Vielzahl von Maßnahmen auf medizinischer, pflegerischer und therapeutischer Ebene vonnöten (Runge/Rehfeld 2000). Besonderes Augenmerk wird auf das Entlassungsmanagement und die Angehörigenarbeit gelegt. Hierbei wird versucht, ein stabiles Betreuungs- und Beziehungsnetz für zu Hause zu knüpfen. Akutgeriatrische Stationen lassen sich in Sozialmedizinischen Zentren der öffentlichen Hand finden, Pensionistenheime haben die geriatrische Rehabilitation ebenfalls in ihrer Angebotspalette auf dafür eigens konzipierten Stationen integriert.

Unter stationären Einrichtungen werden auch Kurzzeitpflegeeinrichtungen sowie Tagespflegeangebote subsumiert.

Bedingt einerseits durch die demographische Entwicklung und andererseits durch die Zunahme von Menschen, die von Demenz und anderen pflegeintensiven Beeinträchtigungen im Alter betroffen sind, wird der Bedarf an „Pflegeplätzen“ immer größer. Gleichzeitig sinkt die Nachfrage nach reinen „Wohnplätzen“ auf Grund besserer individueller Wohnbedingungen (Schaffenberger/Pochobradsky 2004).

Die stationäre Langzeitpflege und -betreuung wird von den Altenwohn- und Pflegeheimen der unterschiedlichsten Anbieter bereitgestellt. Alten- und Pflegeheime stellen die wichtigste Institution für Betreuung, Pflege und Wohnen alter Menschen dar, wenn dies aus welchen Gründen auch immer, zu Hause nicht (mehr) möglich ist.



In Österreich<sup>3</sup> leben in etwa 4 – 5 % der über 65-jährigen in Pflege- bzw. Altenwohnheimen (vgl. Österle/Hammer 2004 S. 37).

Altenwohn- und Pflegeheime befinden sich in den letzten Jahrzehnten in einem kontinuierlichen baulichen und konzeptionellen Entwicklungs- und Veränderungsprozess (→ Kapitel 4.2.2 in dieser Arbeit). Jedoch, so Koch-Straube (2005 S. 220), können die seit dem Zweiten Weltkrieg implementierten Konzepte und Methoden, wie beispielsweise Validation, aktivierende Pflege, Biographiearbeit, welche zweifelsohne wichtige Impulse für die Altenarbeit liefern, *„nicht grundsätzlich den schwierigen Alltag und die Trostlosigkeit in den Heimen“* für die dort lebenden und arbeitenden Menschen verändern. *„Für die meisten der BewohnerInnen entspringt die Unterbringung im Heim nicht einem von positiven Bildern getragenen Wunsch, sondern vielmehr dem Mangel an brauchbaren oder vorstellbaren Alternativen“* (Koch-Straube 2003 S. 343). Trotz großer Anstrengung und hoher Fachlichkeit stoßen die vielfältigen Bemühungen, die Lebens- und Arbeitssituation in den Pflegeheimen essentiell zu verbessern, immer wieder an Grenzen. Daraus ergibt sich die Frage, ob Pflegeheime, wie sie bisher konzipiert wurden, *„der angemessene Ort für die Pflege- und Begleitung von Menschen im hohen Alter sein kann“* (Koch-Straube 2005 S. 211). *„Die Chance des Pflegeheims, ein Ort der Persönlichkeitsentfaltung zum Tode hin, ein Ort der Solidaritätserfahrung und eine Ort des Heilwerden zu sein, wird unter den gegebenen Bedingungen weitgehend verpasst“* (Koch-Straube 1997 S. 10). Ein Umdenken aller Verantwortlichen, nicht nur der Pflegenden - ein Paradigmenwechsel - wäre dafür notwendig.

Definition und Betrieb von Alten- und Pflegeheimen sind in den jeweiligen Heimgesetzen der Bundesländer (Wien, Kärnten, Steiermark, Tirol, Vorarlberg, Burgenland) auf Grund des Sozialhilfegesetzes durch Verordnung (Niederösterreich, Oberösterreich) und in einem Pflegegesetz (Salzburg) geregelt. Unter-

---

<sup>3</sup> In den nordeuropäischen Ländern leben deutlich mehr alte Menschen im „Heim“ als in Österreich. Beispielsweise leben in den Niederlanden 9 % der über 65-jährigen in einer Pflege- und Betreuungsinstitution. In den südeuropäischen Ländern leben deutlich weniger Menschen im „Heim“, in Italien etwa 2,5 %, wobei hier große regionale Unterschiede bestehen (vgl. Österle/Hammer 2004 S. 37).

schiedliche Auffassungen der Gesetzgeberinnen und Gesetzgeber hinsichtlich des Personalschlüssels, der Qualifikation der Ausbildung, der Wohnraumgröße und der maximalen Anzahl der „Plätze“ pro Institution lassen sich herauslesen.

In Wien beträgt die maximale Anzahl 350 „Plätze“, in Oberösterreich 120 und in Kärnten 50 „Plätze“ pro Einrichtung (vgl. Scholta 2008 S. 396ff).

Neben den Gesetzen der Länder regeln zahlreiche Bundesgesetze, exemplarisch seien hier das Heimaufenthaltsgesetz, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz und das Heimvertragsgesetz genannt, das Leben und Arbeiten im Heim.

Die Grundlage der Finanzierung des Lebens im „Heim“ stellt die Pension und das Pflegegeld dar. Reichen diese Mittel nicht aus, um die Kosten der Pflege und Betreuung sowie die Hotelkosten abzudecken, kommt das Sozialhilfeprinzip zur Anwendung, wobei ein Rückgriffsrecht auf Vermögenswerte der Bewohnerinnen und Bewohner wie auch ein Regress gegenüber den nahen Angehörigen, länderspezifisch unterschiedlich, möglich ist (vgl. Österle/Hammer 2004 S. 53; Scholta 2008 S. 395).

### **3.3 Häusliche Pflege – Pflege und Betreuung „Daheim“**

Der häuslichen Pflege und Betreuung kommt in Österreich ein hoher Stellenwert zu. Nicht zuletzt, aber doch zu einem großen Teil durch die politische Prämisse „ambulant vor stationär“.

Die pflegepolitische Prämisse „ambulant vor stationär“ wird vielfach mit dem Wunsch der zu betreuenden Personen begründet auch bei Pflegebedarf in der gewohnten Umgebung zu leben. Jedoch spielen auch Kostengründe für den Trend „ambulant vor stationär“ eine große Rolle (vgl. Österle/Hammer 2004 S. 75ff; Hörl 2008 S. 351).

In Österreich findet die Pflege und Betreuung pflegebedürftiger Menschen zu mehr als 80 Prozent im häuslich familiären Umfeld statt (Pochobradsky et al. 2005).

Die häusliche Pflege und Betreuung beruht zum großen Teil darauf, dass nahe Angehörige, Ehe-/Lebenspartner/innen und/oder Kinder<sup>4</sup> (meist Töchter und Schwiegertöchter) bereit sind, Verpflichtungen dahingehend zu übernehmen.

Die Hauptpflegepersonen, jene Personen, die den Großteil der Pflege- und Betreuungsarbeit leisten, stehen zu 90 Prozent in einem verwandtschaftlichen Verhältnis zur Pflegeempfängerin, zum Pflegeempfänger (Pochobradsky et al. 2005). Die pflegenden Angehörigen leisten dauernde Hilfe und Pflege, „die grundsätzlich unbezahlt, d.h. nicht auf Erwerb ausgerichtet und nicht auf einer vertraglichen Basis“ beruht und sie haben „für diese Tätigkeit kein Ausbildungszertifikat erworben“ (Hörl 2008 S. 351). Bei der Angehörigenpflege ist der Zeitfaktor „lang andauernd“ ein Kriterium der Abgrenzung in Bezug auf Hilfeleistungen durch Angehörige in akuten Situationen (Schnepp 2002 S. 9). Für pflegende Angehörige gibt es keine Altersbegrenzung, es pflegen Kinder und es pflegen sehr alte Menschen. Für pflegende Angehörige gibt es keine geregelten Arbeitszeiten, keine Freizeit, keinen Urlaub, kein Wochenende. Sie leisten Tag- und Nachtarbeit. Oft arbeiten pflegende Angehörige 7 Tage pro Woche (vgl. Kesselring 2002 S. 95f).

*„Das Spektakuläre an der Pflege zu Hause durch Angehörige ist, dass sie als gesellschaftliches Phänomen und als menschliche Notwendigkeit so unspektakulär, so selbstverständlich, ja so marginalisiert ist. Marginalisiert, weil die Betreuung und Pflege von abhängigen Menschen daheim weder glanzvolle medizinische Resultate zeitigt, noch den Pflegenden*

---

<sup>4</sup>Bei Söhnen, so Haberkern (2009 S. 128, 152f), ist die Bereitschaft, die Mutter beziehungsweise den Vater zu pflegen mit einer großen Wahrscheinlichkeit viel geringer, als dies bei Töchtern zutrifft. Damit verwoben sind auch die Erwartungshaltungen bezogen auf Pflege- und Betreuungsleistungen, die an (Schwieger)Töchter und Söhne gestellt werden. Mütter erhalten, im Gegensatz zu Vätern, vermehrt Pflege und Betreuung von den Kindern. Töchter leisten mehr Pflegearbeit als Söhne. Söhne greifen eher auf formelle Pflege und Betreuung zurück.

*eine respektvolle Karriere ermöglicht. Selbstverständlich, weil Pflegen zum Menschen gehört wie Kinder erziehen und man sich eine Gesellschaft ohne Angehörigenpflege schlicht nicht vorstellen kann. Und unspektakulär, weil es sich um eine kaum sichtbare, vornehmlich von Frauen verrichtete Arbeit handelt“ (Kesselring 2004 S. 504).*

Trotz sozialpolitischer Reformen der letzten zwei Jahrzehnte im Feld der Pflege und Betreuung alter Menschen, sind Angehörige und hier wiederum vorrangig Frauen, die wichtigsten Personen, welche Pflege- und Betreuungsarbeit leisten. (vgl. Österle/Hammer 2004 S. 32).

Frauen sind die Hauptpflege- und -betreuungspersonen und stellen in der häuslichen Pflege und Betreuung 80 % der informell Pflegenden dar. Mehr als ein Drittel aller Personen, welche ihre Angehörigen pflegen und betreuen, sind über 60 Jahre alt. Dies bedeutet, dass ältere Menschen nicht nur Pflegeempfängerinnen und -empfänger sind, sondern auch Pflege- und Betreuungsarbeit leisten. Im Gegensatz zu pflegenden Männern, sie sind meist im Pensionsalter, sind mehr als die Hälfte der pflegenden Frauen zwischen 40 und 60 Jahre alt, und somit im erwerbstätigen Alter (ebenda S. 36).

Pflege in der Familie meint demnach Pflege durch Frauen.

In Österreich leben zwei Drittel der Hauptpflege- und -betreuungspersonen mit den Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfängern in einem gemeinsamen Haushalt (vgl. Badelt et al. 1997; Pochobradsky et al. 2005). Die Entstehung eines gemeinsamen Haushalts kann durch Einzug der Personen mit Pflegebedarf in den Haushalt der Betreuungsperson(en), oder aber durch den Einzug der betreuenden Person(en) in den Haushalt der Pflegeempfängerinnen und -empfänger zustande kommen. Eine dritte Möglichkeit ist, der gemeinsame Haushalt, bzw. das gemeinsame Wohnen mit getrennten Haushalten in einem Haus auch schon vor dem Bedarf an Pflege- und Unterstützungsleistungen.

Wie in vielen Studien erforscht, ist die Pflege- und Betreuungsbereitschaft der Angehörigen, besonders der Frauen, enorm. Jedoch lassen sich Unterschiede zwischen den Angehörigen mit niederem Bildungsstatus (vgl. Pochobradsky et al. 2005 S. 16) und Angehörigen mit niederer Berufsstruktur (vgl. Badelt et al. 1997 S. 124) ausmachen. Pflegende Angehörige mit einem höheren Bildungs- und Sozialstatus kaufen mehr externe Pflege- und Betreuungsleistungen zu als pflegende Angehörige mit niederem Bildungsstatus und niederer Berufsstruktur. Nach Blinkert (2005) unterscheidet sich die Bereitschaft von Angehörigen Pflege- und Betreuungsarbeit zu übernehmen nach sozialen Milieus<sup>5</sup>, unabhängig davon, ob die Befragten in groß- oder kleinstädtischer Wohnumgebung leben, sehr deutlich. Die geringste Pflege- und Betreuungsbereitschaft konnte im „liberalen bürgerlichen Milieu“, also einem Milieu mit hohen sozialstrukturellen Ressourcen und einem modernen Lebensentwurf beobachtet werden. Die größte Bereitschaft Pflege- und Betreuungsarbeit zu übernehmen besteht im „traditionellen Unterschicht-Milieu“. Die anderen sozialen Milieus liegen dazwischen. Daraus ergibt sich, dass mit steigender Verfügbarkeit von strukturellen Ressourcen und einem modernen Lebensentwurf die Bereitschaft Pflege- und Betreuungsarbeit zu übernehmen sinkt und das Interesse an Pflege- und Betreuung im Heim zunimmt. Motive und Beweggründe für die unterschiedliche Pflege- und Betreuungsbereitschaft in den sozialen Milieus sind in den Kosten, in den direkten ökonomischen Kosten und in den Opportunitätskosten, welche in den unterschiedlichen sozialen Milieus unterschiedliche Rollen spielen, zu finden. In den sozial unteren Milieus wird die Pflege und Betreuung im „Heim“, im Gegensatz zur Pflege- und Betreuung „Daheim“, als „teuer“ eingeschätzt. Als „teuer“ wird sie besonders dann eingeschätzt, wenn über die Wahl von monetären Leistungen, mit der die pflegerische Tätigkeit, wenn auch in einem geringen Ausmaß honoriert wird, das Haushaltsbudget aufgebessert werden kann. Die direkten ökonomischen Kosten bleiben demnach durch die Pflege von Angehörigen gering. Ebenso bleiben die Opportunitätskosten in den niederen sozialen Milieus bei der Pflege und Betreuung durch Angehörige auf Grund von niedri-

---

<sup>5</sup> Für die Klassifikation von sozialen Milieus werden die Dimensionen „sozialstrukturelle Ressourcen“ (Einkommen, Beruf, Bildung) und die „symbolischen Ressourcen“ (Überzeugungen, die von zentraler Bedeutung für einen, modernen gesellschaftlichen Bedingungen optimal angepassten, Lebensentwurf sind herangezogen nach (Blinkert 2005 S. 145f).

gen allgemeinen und beruflichen Bildungsabschlüssen, schlechter beruflicher Situationen besonders bei Frauen, die ja die Hauptlast der Pflege und Betreuung in der Familie tragen, gering. Nach verpassten Chancen wird nicht gefragt, sie spielen eine geringe Rolle, weil es oft keine Chancen gibt. Die Präferenz für die Pflege und Betreuung von Angehörigen im „Heim“ in mittleren und höheren sozialen Milieus hängt mit den relativ hohen Opportunitätskosten – den verpassten ökonomischen, sozialen und kulturellen Chancen zusammen. Die Kosten für die Pflege und Betreuung im „Heim“ haben in den mittleren und höheren Milieus auf Grund der besseren Einkommenssituation keine so große Bedeutung (Blinkert 2005).

In vielen Arrangements der häuslichen Pflege und Betreuung durch Angehörige, vornehmlich Frauen, muss die Pflege- und Betreuungsarbeit mit der Erwerbstätigkeit vereinbart werden, oft auch mit Betreuungsaufgaben für Kinder. Neben der Mehrfachbelastung sind die Entwicklungsmöglichkeiten in der Erwerbsarbeit eingeschränkt. Geben Frauen ihren Beruf auf, bzw. reduzieren sie ihre Arbeitszeit, haben sie neben geringeren Karrierechancen auch Nachteile im Sozialsystem, bzw. verzichten auf ein eigenes Einkommen (vgl. Österle/Hammer 2004). Die Einführung des Pflegegeldes hat zweifelsohne zu einer Verbesserung der Situation der Menschen mit Pflegebedarf und deren pflegenden Angehörigen beigetragen. Jedoch stellt das Pflegegeld keinen „Ersatz für ein reguläres Arbeitseinkommen“ und „keine Perspektive für eine langfristige Lebensplanung dar“ (Hörl 2008 S. 365). Endel (2007 S. 11) hält fest, „dass die Höhe des Pflegegeldes (...) nicht geeignet ist, einen durch die Pflege entstehenden Verdienstentgang von Angehörigen zu kompensieren. Damit bleibt die Pflege im familiären Umfeld weitgehend Privatleistung“, führt er weiter aus.

Es gibt keine Regelung, die sich explizit mit der Herausforderung, Vereinbarkeit von Beruf und Pflege von alten Angehörigen, auseinandersetzt. Die Inanspruchnahme der Pflegefreistellung und der Familienhospizkarenz werden nur selten in Anspruch genommen. Gründe dafür sind die bedingte Anwendbarkeit

auf Langzeitpflegesituationen und die ungenügende, finanzielle Absicherung (vgl. Hörl 2008 S. 358).

Aus welchen Motiven und Beweggründen übernehmen Angehörige die Pflege- und Betreuungsverantwortung? In der Forschungsliteratur sind gleichlautende Ergebnisse über Motive und Beweggründe, warum Angehörige Pflege- und Betreuungsarbeit leisten, zu finden. Ein aus vier Komponenten zusammengesetztes Motivationsbündel, wobei die vier Komponenten miteinander verwoben sind, führt zur Übernahme der Pflege und Betreuung von Angehörigen. Hörl (2008 S. 362f) beschreibt die Komponenten des Motivationsbündels folgendermaßen:

- „Liebe, affektive Zuwendung und innere Verbundenheit, welche die Pflege von Angehörigen bis zu einem gewissen Grad auch als erfüllende Lebensaufgabe empfinden lassen;
- Gefühle der Dankbarkeit für die von den nunmehr Betreuungsbedürftigen früher selbst erbrachten Leistungen und Opfer, wobei sich diese Gefühle auf die gesamte gemeinsam verbrachte Lebensspanne erstrecken;
- Kulturell überlieferte Verantwortlichkeitsnormen und soziale Kontrolle durch die Umgebung, allenfalls verstärkt durch die Scheu, Fremden (z. B. sozialen Diensten) Einblick in das private Umfeld zu gewähren;
- Anreize materieller Art, etwa Erwartungen eines Erbes, Geschenke, Einkommensverbesserungen durch das Pflegegeld.“

Pflege und Betreuung wird von den Angehörigen einerseits als befriedigend und bereichernd, andererseits als Belastung und Bürde erlebt. Die zeitlichen, körperlichen, seelischen und finanziellen Belastungen sind enorm und vielfältig (vgl. Pochobradsky et al. 2005 S. 42ff; Hörl 2008 S. 363f; Kesselring 2002). Angehörigenpflege wird oft unter „*großen persönlichen Opfern geleistet*“ (Kesselring 2002 S. 99).

Um die häusliche Pflege und Betreuung von alten Menschen durch ihre Angehörigen zu stabilisieren und zu entlasten, dadurch aufrecht zu erhalten und zu sichern, wurde in den letzten Jahren damit begonnen, unterschiedliche Unterstützungsformen des häuslichen Pflegesystems auf- und auszubauen. Dieser Aus- und Aufbau deckt sich mit der Zielsetzung der Pflegevorsorge „ambulant vor stationär“.

### **3.4 Unterstützungs- und Entlastungsformen des häuslichen Pflegesystems**

Zu den Unterstützungs- und Entlastungsformen des häuslichen Pflegesystems werden die mobile Pflege und Betreuung, die Tagespflege und Kurzzeitpflege gezählt.

Intention der zunehmend eingeforderten Implementierung von mobilen, teilstationären (Tagespflege) bzw. temporär-stationären (Kurzzeitpflege) Pflege- und Betreuungsleistungen in die Pflege- und Betreuungslandschaft ist es, pflegende Angehörige zu unterstützen und zu entlasten, um die häusliche Altenpflege und -betreuung weiterhin aufrecht zu erhalten. Kurzzeitpflege und Tagespflege werden vorwiegend als Zusatzangebot von Heimen, bzw. Heimträgerinnen und -trägern, aber auch von Anbieterinnen und Anbietern mobiler Dienste bereitgestellt.

#### **3.4.1 Mobile Pflege und Betreuung**

Die ambulante professionelle Pflege und Betreuung durch mobile Dienste ist die Voraussetzung für die in Österreich langjährig vertretene Leitlinie, pflegebedürftigen und/oder hilfsbedürftigen Menschen den Verbleib in ihrer häuslichen Umgebung sicherzustellen. Die Angebotspalette reicht von hoch qualifizierten Pflegeleistungen, therapeutischen Diensten (wie Physio- und Ergotherapie), Unterstützung bei der Weiterführung des Haushaltes (Reinigungs-, Reparatur-, Wä-



schedienst und Essen auf Rädern), Aufrechterhaltung sozialer Kontakte (Besuchsdienst), um eine Vereinsamung zu vermeiden, bis hin zur Unterstützung und Begleitung in der Sterbephase (mobile Hospizbetreuung).

Altenpflege- und Altenbetreuungsleistungen werden von diplomierten Gesundheits- und Krankenschwestern und -pflegern, Altenfachbetreuerinnen und -betreuern, Pflegehelferinnen und Pflegehelfern sowie von Heimhilfen erbracht (Rappold et al. 2008; Rottenhofer/Wild 2004 S. 95ff).

Trotz der Zunahme der Versorgungsdichte der mobilen Dienste in allen Bundesländern, lassen sich große Unterschiede in der Betreuungsintensität, der Betreuungsqualität, der Qualifikationsstruktur der Pflegenden und Betreuenden sowie im Ausbaugrad der mobilen Altenpflege und -betreuung in den einzelnen Bundesländern ausmachen (NPO-Institut 2004; Pochobradsky et al. 2005). *„Flächendeckende Leistungsangebote sind nicht gleichzusetzen mit bedarfsgerechten individuellen Pflege- und Betreuungsarrangements. Besonders im mobilen Pflegebereich ist es derzeit kaum möglich, die Fachkompetenz ausreichend anzubieten. Die Erwartungen und Belastungen an die Beschäftigten in der extramuralen Pflege sind enorm, denn letztlich sind sie es, die politische Versprechungen täglich vor Ort umzusetzen haben“*, so Ursula Frohner, Präsidentin des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbands in einer Presseaussendung<sup>6</sup> vom 3.12.2009.

Nach der Studie zur „Situation pflegender Angehöriger“ (2005) nehmen 25 Prozent der pflegenden Angehörigen mobile Dienste in Anspruch. In derselben Studie wird ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme von sozialen Diensten und der Verfügbarkeit von Einkommen, der Erwerbstätigkeit und der Schulbildung der Hauptpflegepersonen sichtbar. Pflegende Angehörige mit höheren Schulabschlüssen nehmen häufiger mobile Dienste in Anspruch als pflegende Angehörige mit niedrigen Schulabschlüssen. In gleicher Weise verhält es sich bei pflegenden Angehörigen mit eigenem Einkommen und Vollzeitbeschäftigung. Vollzeitbeschäftigte Hauptpflegepersonen nehmen signifikant häufiger mobile Dienste in Anspruch als Teilzeitbeschäftigte, oder

---

<sup>6</sup> [http://www.ots.at/presseaussendung/OTS\\_20091203\\_OTS0287](http://www.ots.at/presseaussendung/OTS_20091203_OTS0287) (7.1.2010)

Personen ohne Beschäftigung. Ebenso nehmen Hauptpflegepersonen mit eigenem Einkommen eher mobile Dienste in Anspruch als Personen ohne eigenes Einkommen.

Die Gründe der Nicht-Inanspruchnahme aus der Perspektive von pflegenden Angehörigen variieren zwischen städtischen und ländlichen Regionen signifikant. In städtischen Gebieten werden die Unzufriedenheit mit der angebotenen Leistung und die grundsätzlich ablehnende Haltung gegenüber mobilen Diensten, beispielsweise durch die Pflegeempfängerin, den Pflegeempfänger, angeführt. In ländlichen Regionen wird die Nicht-Inanspruchnahme durch nicht ausreichend vorhandenes Angebot begründet. Die am häufigsten genannten Begründungen, warum ambulante Dienste nicht genutzt werden, waren: ablehnende Haltung (47,2%) und mangelnde Finanzierbarkeit (41,2%) (Pochobradsky et al. 2005 S. 32ff).

### **3.4.2 Tagespflege**

Vorbilder der Tagespflege sind insbesondere im angelsächsischen Raum, in den Niederlanden sowie in der Schweiz zu finden.

Zielgruppen der Tagespflege sind alte Menschen mit Pflegebedarf, welche qualitativ und quantitativ nicht ausreichend in ihrer häuslichen Umgebung betreut werden können sowie deren pflegende Angehörige.

Die Tagespflegegäste werden, meist durch einen Fahrtendienst morgens zur Tagesstätte gebracht und am Abend von diesem wieder nach Hause gefahren, wo die Pflege dann, von in den meisten Fällen berufstätigen Angehörigen übernommen wird.

Die Tagespflege bietet unterschiedliche Aktivitäten zur Teilnahme an. Ebenso besteht für Tagespflegegäste die Möglichkeit, beim Baden oder Duschen unterstützt zu werden. Zum Angebot der Tagesbetreuung zählen auch Mahlzeiten sowie ein Fahrtendienst (Gennrich 2000).

Einige Tagespflegegruppen bieten Pflege und Betreuung speziell für Menschen mit bestimmten Erkrankungen, wie etwa Demenz oder Multiple Sklerose an. Die Schwerpunktsetzung findet sich im Konzept der Pflege und Betreuung im Umgang mit den „Gästen“ wieder. Tagespflegegruppen mit gerontopsychiatrischem Schwerpunkt legen ihren Fokus „auf Normalität im Alltag“<sup>7</sup>.

Die Verteilung des Angebots der Tagespflege unterliegt einem starken Stadt-Land-Gefälle. Tagespflegeeinrichtungen sind häufig in Großstädten angesiedelt (vgl. Scholta 2008 S. 407) und in ganz Österreich unterrepräsentiert (Rottenhofer/Wild 2004 S. 95).

Wien, im Gegensatz zu den anderen Bundesländern, verfügt über das höchste Angebot an Tagespflege<sup>8</sup> mit 532 Plätzen in 16 Tageszentren (Schaffenberger/Pochobradsky 2004).

Eine Umfrage zum „Angebot der Tagespflege in niederösterreichischen Heimen“, an der 72 pflegende Angehörige teilgenommen haben, fand heraus, dass das Angebot der Tagespflege vermehrt den Bedürfnissen der pflegenden Angehörigen sowie der Gepflegten angepasst werden sollte. Die pflegenden Angehörigen wünschen sich variable Öffnungszeiten, auch an Sonn- und Feiertagen, sowie variable und kostengünstigere Fahrtendienste von und zur Tagesbetreuungsstätte (Tupy 2009).

### **3.4.3 Kurzzeitpflege**

Kurzzeitpflege ist die temporär stationäre Pflege und Betreuung eines älteren Menschen mit Pflegebedarf, dessen Pflege und Betreuung zu Hause sichergestellt ist. Als Hauptziel der Kurzzeitpflege wird zum einen die Stabilisierung und Aufrechterhaltung der häuslichen Pflege und zum anderen die Entlastung und

---

<sup>7</sup> <http://oesterreich.orf.at/steiermark/stories/45254/&ei=utf-8&fr=b1ie7> (29.12.2009)

<sup>8</sup> Stand 31. 12. 2002

Unterstützung von pflegenden Angehörigen genannt. Gründe für die Inanspruchnahme können Urlaub, Krankheit oder Überlastung pflegender Angehöriger sein. Ebenso kann Kurzzeitpflege nach einem Krankenhausaufenthalt oder bei vorübergehender Intensivierung des Betreuungsbedarfes der gepflegten Person in Anspruch genommen werden.

Pflegenden Angehörigen soll mit diesem Pflege- und Betreuungsangebot „Auszeit von der Pflege“ ermöglicht werden, gleichzeitig wird aber auch für die Entlastung der Krankenhäuser gesorgt. Krankenhäuser wurden und werden oft zu diesem Zweck genutzt (vgl. Badelt/Leichsenring 2000 S. 424).

Kurzzeitpflegeangebote lassen sich als fixe und variable Angebote in Pflegeheimen finden. Zum überwiegenden Anteil werden jedoch variable Kurzzeitpflegeangebote zur Verfügung gestellt. Diese „eingestreuten Plätze“ haben aus Angehörigenperspektive den Nachteil, dass bei Auslastung der Heime keine oder zu wenig Angebote für geplante Kurzzeitpflege, wie auch bei akutem Bedarf zur Verfügung stehen (Schaffenberger/Pochobradsky 2004; Seidl 2007).

Bei der Dienstleistung der Kurzzeitpflege besteht zwischen den Bundesländern ein großes regionales Ungleichgewicht hinsichtlich der Verfügbarkeit (Pochobradsky et al. 2005) sowie differierender Regelungen bei der Vorhaltung und Finanzierung von Kurzzeitpflegeangeboten (Scholta 2008 S. 408).

### **3.5 „alternative“ Wohn- und Betreuungsformen**

Wenn der Verbleib eines alten Menschen in der eigenen Wohnung, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr möglich ist, jedoch ein Pflegeheimzug nicht gewünscht wird und/oder nicht als Notwendigkeit erscheint, stehen auch außerhalb von Heimbetrieben Wohn- und Betreuungsformen zur Verfügung, wie beispielsweise „Betreutes Wohnen“ und „Seniorenwohngemeinschaften“.

Diese Betreuungs- und Wohnformen stellen eine Alternative zum klassischen Pflege- und Altenheim sowie zur Betreuung durch mobile Dienste zu Hause dar (Schaffenberger/Pochobradsky 2004). Alternative Wohn- und Betreuungsformen, so Badelt/Leichsenring (2000 S. 425), stehen in Österreich erst am Anfang. Jedoch lässt sich eine Entwicklung hin zu bedarfsgerechten, wohnortnahen und kleinräumigen Wohn- und Betreuungsangeboten erkennen.

### **3.5.1 SeniorInnenwohngemeinschaften**

Die betreute SeniorInnenwohngemeinschaft stellt ein Angebot für alte Menschen dar, die zu Hause nicht mehr alleine leben können, oder wollen. Hier leben mehrere alte Menschen, die Pflege und Betreuung benötigen, in einer barrierefreien, altersgerechten Wohneinheit zusammen. SeniorInnenwohngemeinschaften sind in die herkömmliche Wohnlandschaft, beispielsweise in ein Mietshaus integriert. Die Anbieter dieser alternativen Betreuungsform im Alter, meist Anbieter von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten, koordinieren professionelle Pflege- und Betreuungsleistungen nach Bedürfnissen und Bedarf und unterstützen die Bewohnerinnen und Bewohner in sozialen und organisatorischen Belangen, wobei der Fokus auf Selbsthilfe und -organisation durch die Bewohnerinnen und Bewohner liegt. (Badelt/Leichsenring 2000 S. 424; Rischaneck 2008 S. 84f; Feuerstein 2009 S. 281f). Rosenmayr spricht sich in seinem 1991 erschienenen Buch „Altenhilfe – Ein soziales Anliegen der Jahrhundertwende“ für die Förderung von betreuten „Wohngruppen“ für vier bis maximal 12 Personen aus (Rosenmayr 1991 S. 29). Bausinger (1998) verweist in seinem Beitrag in „Die Gesellschaft braucht die Alten“ auf „Alten-WGs“, die in den USA und Großbritannien gar nicht so selten anzutreffen sind. Und er berichtet vom „Rentnerrebell Wiedemann“, der in Stuttgart vor etwa 20 Jahren – mittlerweile sind es etwa 30 Jahre – mit anderen Alten eine WG gegründet hat. Mit der Gründung einer „Wohngemeinschaft von Alten“ ist der Gedanke an eine Revolutionierung der Lebensweise verbunden, wie damals, *„als junge Menschen als Alternativen zu bürgerlichen Traditionen, neue Formen des Zusammenlebens entwickelten“* (Bausinger 1998S. 39).

### 3.5.2 Betreutes Wohnen

Das Angebot „Betreutes Wohnen“ richtet sich an ältere Menschen, die ein erhöhtes Bedürfnis nach sicheren Rahmenbedingungen haben und dennoch selbständig und unabhängig leben wollen. Die barrierefreien Wohnungen sind meist in einer speziellen Wohnanlage integriert und/oder an ein Pflege- und Altenheim angeschlossen. Zusätzlich können je nach Bedarf Wahlleistungen wie Reinigungsdienst, Notrufsystem, Hauskrankenpflege und/oder Verpflegung in Anspruch genommen werden (Schaffenberger/Pochobradsky 2004).

Amman (2009 S. 47f) stellt fest, dass es hinsichtlich des „Betreuten Wohnens“ keine einheitlichen Sichtweisen gibt, sich jedoch Kriterien ausmachen lassen, die diese Pflege- und Betreuungsform charakterisieren. Demzufolge unterscheidet er vier Formen von Betreuungsmodellen, in denen das „Betreute Wohnen“ realisiert wird. Im allgemeinen Kriterienkatalog finden sich dazu: (1) eine behinderungsfreie Wohnung, bezogen auf die Lage, die Ausstattung und den Zuschnitt; (2) die Ermöglichung einer selbständigen Haushalts- und Lebensführung; (3) die Einbindung in vorhandene soziale Strukturen der Wohnumgebung und der mitwohnenden Menschen; (4) ein auf die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner abgestimmtes Hilfe-, Pflege- und Beratungsangebot. Die Betreuungsmodelle, in denen das „Betreute Wohnen“ realisiert wird, können wie folgt beschrieben werden: (1) Im „instrumentellen Modell“ leben die Menschen in einer normalen Wohnung. Für die Wartung der Wohnung steht eine Hausmeisterin, ein Hausmeister zur Verfügung. Alle anderen Belange organisieren sich die Bewohnerinnen und Bewohner selbst; (2) im „Kontakt/Beratungsmodell“ gibt es neben der Hausmeisterin, dem Hausmeister eine Bezugsperson, die beratende Aufgaben erfüllt sowie Freizeitaktivitäten gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern organisiert und benötigte Hilfen vermittelt. Eigene soziale Dienste sind in diesem Modell nicht vorgesehen; (3) im „integrierten“ Modell gibt es eine Bezugsperson als Ansprechpartner/in für soziale Belange der Bewohnerinnen und Bewohner sowie Pflege- und Betreu-

ungskräfte. Häufig ist in diesem Modell eine „24-Stunden-Pflege und Betreuung“ integriert, dadurch wird ein Umzug in ein Heim nicht notwendig; (4) im „Pflege-Modell“ ist die Wohnanlage des „Betreuten Wohnens“ an ein Pflegeheim angeschlossen. Die Bewohnerinnen und Bewohner können hierbei alle Ressourcen des Heims nutzen. Gängige Praxis ist bei diesem Modell die Übersiedlung in das angrenzende Pflegeheim, wenn die Pflege und Betreuung in der Wohnanlage nicht mehr sichergestellt werden kann.

Mit diesen Angeboten soll eine selbständige Lebensführung – ausgerichtet an den bisherigen Lebensgewohnheiten – ermöglicht werden sowie ein Einzug in ein Alten- bzw. Pflegeheim vermieden bzw. hinausgezögert werden.

### **3.6 Ein Blick über die Grenzen: Pflegesysteme in der europäischen Pflegelandschaft**

Die europäischen Länder gingen und gehen im Feld der Pflege und Betreuung alter Menschen unterschiedliche Wege. Ein Blick über die Grenzen soll dies verdeutlichen.

Die Pflegesysteme in der europäischen Pflegelandschaft lassen sich auf Grund der Indikatoren familiale, ambulante/stationäre Pflege, gesetzliche Verpflichtung und Einstellung gegenüber der staatlichen Pflegeverantwortung in familienbasierte und servicebasierte Pflegesysteme unterteilen (Haber Kern 2009). Die skandinavischen Länder, die Niederlande, mit Einschränkungen auch die Schweiz, zählen zu den Staaten mit servicebasierten Pflegesystemen. In diesen Ländern lässt sich ein großes Angebot an leicht zugänglichen, professionellen Pflege- und Betreuungsleistungen, welche ein höheres Ansehen haben als in familienbasierten Pflegesystemen, ausmachen. Die Pflege- und Betreuungsverantwortung für alte Menschen mit Pflegebedarf wird in diesen Ländern klar beim Staat gesehen. Gesetzliche Verpflichtungen zwischen Angehörigen sind

gering, die Pflege und Betreuung erfolgt verglichen mit den familienbasierten Ländern, viel seltener in der Familie. Informelle Pflege und Betreuung ist, im Gegensatz zu kontinental und südeuropäischen Ländern, nicht so sehr verbreitet. Die Pflege und Betreuung wird zum Großteil von professionellen Anbieterinnen und Anbietern übernommen. Dies entspricht auch den Wünschen der jüngeren und älteren Bevölkerung. Es besteht weder eine gesetzliche Verpflichtung der Kinder, die Eltern zu pflegen, noch sich an den Kosten der Pflege- und Betreuung zu beteiligen. In den servicebasierenden Pflegesystemen ist die normative Verpflichtung erwachsener Kinder gegenüber ihren Eltern gering. Damit verknüpft sind im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung die Erwartungshaltungen gegenüber den Kindern von Seiten der Eltern. Es wird von den Kindern eher nicht erwartet, dass sie die Pflege und Betreuung der Eltern übernehmen. Die Kinder fühlen sich auch nicht für die Pflege und Betreuung verantwortlich. Dies beinhaltet jedoch nicht, dass Kinder keine Verantwortung für ihre Angehörigen mit Pflegebedarf übernehmen. Vielmehr übernehmen sie organisatorische Aufgaben und zeichnen sich für das emotionale Wohlergehen ihrer Angehörigen verantwortlich.

Österreich, Deutschland, mit Einschränkungen auch Frankreich sowie die meisten mediterranen Staaten, wie Italien, Spanien, Griechenland, werden zu den Ländern mit familienbasierten Pflege- und Betreuungssystemen gezählt. Hier liegt die Verantwortung für Pflege- und Betreuung der alten pflegebedürftigen Personen vorwiegend in der Familie. Kennzeichen der Länder mit familienbasierten Pflege- und Betreuungssystemen ist die nicht flächendeckend ausgebaute Pflege- und Betreuungsinfrastruktur sowie der hohe Anteil der intergenerationalen Pflege- und Betreuungsarrangements im Vergleich zu den Ländern, in denen das servicebasierende Pflegesystem dominiert und die gesetzlich festgeschriebenen filialen Verpflichtungen.

Eine wichtige Unterscheidung für das Verhältnis von Familie und Staat hinsichtlich der Verantwortung für die Pflege- und Betreuung alter Menschen stellt die familienpolitische und kulturelle Definition von Familie dar. Beispielsweise umfasst im katholisch geprägten Italien der Begriff Familie, im Gegensatz zu den



nordischen Ländern, einen weiten Personenkreis. Zur Familie zählen neben Eltern und Kindern auch Geschwister, Halbgeschwister und andere Verwandte. Dies bedeutet für die konkrete Ausgestaltung von Pflege und Betreuung, dass die Familie zum großen Teil Pflege- und Betreuungsarbeit leistet sowie pflegebedingte Kosten zu tragen hat. Demzufolge stellt der Staat keine flächendeckenden Dienstleitungen zur Verfügung.

In Ländern mit sehr ausgeprägten familialen Pflegesystemen kommt, aus Mangel an Alternativen, dem „grauen Markt“ eine große Bedeutung zu. Es werden zumeist Migrantinnen und Migranten, jedoch vornehmlich Frauen, illegal aus den so genannten Billigstlohnländern und zu niedrigen Löhnen beschäftigt, damit die Familien ihren (beruflichen) Verpflichtungen nachkommen können. Die große Anzahl der illegal Pflegenden und Betreuenden, die weder in einer verwandtschaftlichen noch emotionalen Beziehung zu den Pflegeempfängerinnen und -empfängern stehen, zeigt deutlich den Bedarf an außerfamiliärer Pflege- und Betreuungsarbeit. Eine Wahl zwischen unterschiedlichen Pflegearrangements ist vielfach in familienbasierten Pflegesystemen oft nur für Menschen mit genügend finanziellen Ressourcen möglich. Österreich wird auf Grund dessen, dass die Familie, vornehmlich Frauen, die tragende Säule der Pflege und Betreuung alter Menschen darstellt, zu den, wenn auch in abgeschwächter Form, familienbasierten Pflegesystemen gezählt. Im Gegensatz zu den südlichen Ländern Europas sind und werden in Österreich soziale Dienstleistungen flächendeckender auf- und ausgebaut sowie öffentliche Einrichtungen besser finanziert (vgl. Haberkern 2009; Österle/Hammer 2004).

## **4 Philosophien der Versorgungssysteme alter Menschen**

Die Orte der Pflege sind eng verwoben mit dem gesellschaftlichen Bild des alten pflegebedürftigen Menschen und können nicht losgelöst von diesem be-

trachtet werden. Konzeptionelle und architektonische Entwicklungen in der stationären Altenpflege und -betreuung weisen darauf hin (Kaiser 2008; Sowinski/Maciejewski 2000; Winter/Gennrich/Haß 2000). Von diesem Gedankengebäude ausgehend werden im Folgenden Teil der Arbeit die impliziten Sichtweisen und Konzepte, die den einzelnen Versorgungssystemen zu Grunde liegen, beleuchtet werden.

Unerlässlich ist in diesem Kontext ein historischer Rückblick der Altenversorgung über die Jahrhunderte hinweg. Der Umgang mit den (pflegebedürftigen) Alten spiegelt stets konkrete gesellschaftliche Verhältnisse wider und ist eng verwoben mit weltanschaulichen Konzepten in unterschiedlich (historischen) Zeiten sowie (geographisch-sozialen) Räumen.

Institutionen entstehen nicht plötzlich. Sie haben immer eine Geschichte, aus der sie entstanden sind. Ohne den historischen Prozess, der sie hervorgebracht hat, ist es unmöglich, eine Institution zu begreifen (vgl. Berger/Luckmann 1984 S. 58). Denn so wie sich die Gesellschaft wandelt, wandeln sich auch die in ihr bestehenden Institutionen.

Davon ausgehend gliedert sich der folgende Teil der Arbeit in zwei Bereiche: einen historischen Bereich und einen Bereich, in dem die Gegenwart<sup>9</sup> in den Blick genommen wird.

#### **4.1 Versorgungsformen alter Menschen in historischen Zeiten**

In diesem Teil der Arbeit werden die Versorgungsformen alter Menschen in der Vergangenheit, in unterschiedlichen Räumen, dargestellt. Es ist von großer Wichtigkeit, die Geschichte zu kennen, um die Gegenwart zu verstehen und die Zukunft gestalten zu können. Durch das Aufzeigen von sozialen Wandlungsprozessen in der Vergangenheit, besteht die Möglichkeit, für die Gegenwart und die Zukunft, ein Bewusstsein der Veränderbarkeit zu schaffen. Nicht zuletzt

---

<sup>9</sup> Gegenwart meint in dieser Arbeit die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg.

führten mich die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, die für die vorliegende Arbeit interviewten Frauen und Männer, auf den Weg der Geschichte. Allzu oft erzählten sie in den Gesprächen „von früher“, „wie es einmal war“, „was sie (mit)erlebt hatten“ und sie verbalisierten, froh zu sein, dass „es so manches, Gott sei Dank, nicht mehr gibt“, anderes wiederum, „sich heute bloß in einem anderen Gewand zeige“.

#### **4.1.1 Das Ausgedinge – die aus der Naturalwirtschaft entwickelte Altersversorgung**

Da der ländlichen Bevölkerung die Möglichkeit einer geldwirtschaftlichen Versorgung alter Menschen auf Grund ihrer Wirtschaftsform, der Naturalwirtschaft, nicht möglich war, entwickelte die bäuerliche Gesellschaft eine spezifische Einrichtung der Altersversorgung, anders als in der Stadt, wo die geldwirtschaftlichen Möglichkeiten der Versorgung alter Menschen gegeben waren.

Diese spezifische Einrichtung begegnet uns unter sehr unterschiedlichen Bezeichnungen, welche räumlich bedingt sind, inhaltlich jedoch weitgehend übereinstimmen, wie etwa Altenteil, Ableben, Ausgedinge, Ausnahm, Leibzucht, Leibgedinge, „narem“<sup>10</sup> (vgl. Mitterauer 1991b S. 194). Im bäuerlichen Bereich sollen die sogenannten Ausgedinge- bzw. Übergabeverträge die (materielle) Versorgung der alten Bäuerin, des alten Bauern sowie der unmündigen Kinder und anderen unversorgten Verwandten innerhalb des Rahmens der Hausgemeinschaft sicherstellen (Mitterauer 1982; Borscheid 1989; Sieder 1991a; Gestrich 2004). Seit dem Ende des 13. Jahrhunderts waren diese Ausgedinge- verträge vertragliche Absprachen zwischen dem Gutsherrn und dem alternden Bauern, bis sie sich als Übergabeverträge zwischen den Generationen im Laufe der frühen Neuzeit etablierten (vgl. Gestrich 2004 S. 66).

Im Mittelalter, dort wo die bäuerliche Bevölkerung leibeigen war, konnte der Inhaber eines Hofes vom Territorialherren einfach ausgewechselt werden. Aber,

---

<sup>10</sup> Nahrung

auch dort, wo die persönliche Freiheit des Bauern anerkannt wurde, ermöglichten spezielle Leihformen, wie beispielsweise das Freistiftrecht, eine auf ein Jahr begrenzte Vergabe des Hofes, dem Gutsherren eine rasche Neubesetzung. Ein oftmaliger Wechsel lag jedoch aus wirtschaftlichen Gründen nicht im Interesse des Gutsherren, weil er dadurch die Abgabeneleistungen des Hofes gefährdet sah. In der Regel lag das Interesse des Gutsherren an der Neubestiftung eines Hofes dann vor, wenn der Inhaber auf Grund des „Alters“ nicht mehr in der Lage war, den Hof wirtschaftlich effizient zu führen (vgl. Mitterauer 1991b S. 197f). Jedoch war „Alter“ allein kein selbstverständlicher Ausschließungsgrund. Vielmehr wurden „Alter“ und mangelnde Leistungsfähigkeit als synonyme Ausdrücke verwendet. Unabhängig vom chronologischen Alter überschreitet der Bauer, mit dem Verlust bestimmter Fertigkeiten, die Grenze zum „Alter“ (vgl. Taeger 1990 S. 37). Alter wurde fast nie an der Zahl der Lebensjahre gemessen, *„sondern es galt als alt, wer hinfällig, siech, kränkelnd und schwach war, wer keine Lebenskraft mehr besaß“* (Borscheid 1998 S. 104).

Anlass für die Neubestiftung des Hofes konnte auch die Verwitwung des Bauers geben. Die Bäuerin, in ihrer Rolle als Hausfrau, war von zentraler ökonomischer Bedeutung für die Bauernwirtschaft.

Das „Abstiften“ bedeutete in der Regel nicht die Vertreibung vom Hof. Hatte der Bauer gut gewirtschaftet, so konnte er bleiben, ebenso seine Frau, wie eventuell minderjährige Kinder. Sodann lebten der Altbauer und seine Angehörigen mit dem Besitznachfolger auf dem Hof. Der Nachfolger konnte sein Sohn, ein anderer Angehöriger, aber auch ein Nichtverwandter sein. In der vorindustriellen Zeit spielte das Zusammenleben alter Menschen mit nicht verwandten Personen eine große Rolle. Die Versorgung der alten Menschen darf keinesfalls bloß im Rahmen eines umfassenden Familienverbandes gedacht werden (vgl. Mitterauer 1991b S. 197f).

Sobald Bauerngüter erblich wurden, nimmt die Versorgung der „Alten“ *„grundsätzlich eine an der Hofstelle haftende Last, den Charakter einer familiären Obliegenheit an“* (Taeger 1990 S. 38). Nachdrücklich wird die Familie, durch rechtliche Bestimmungen, auf ihre diesbezüglichen Pflichten aufmerksam gemacht. Die Angehörigen haben die Altbäuerin, den Altbauern bis zu ihrem/seinem Tode

zu ernähren, auch wenn sie sich dafür in Schuldknechtschaft begeben müssen (vgl. ebenda). Nach Gestrich (2004 S. 69) war die Fürsorge für die Eltern noch bis in das 19. Jahrhundert hinein „eine zentrale christliche Pflicht von Kindern“. Wurde dieser Pflicht nicht nachgekommen, so kam es besonders in ländlichen Regionen zur sozialen und religiösen Ächtung der Kinder durch die Gemeinde.

Mit dem Schwinden der Mitsprache der Grundherren und unter dem Einfluss des römischen Rechts begannen die Bauern seit Beginn des 16. Jahrhunderts die Ausstattung ihres „Ausgedinges“ schriftlich festzuhalten. Jetzt waren ihre Handlungschancen deutlich größer. Durch das Erbverfügungsrecht bekamen sie die Möglichkeit, den Hofnachfolger frei zu wählen. Die angeführten Vereinbarungen im Übergabevertrag waren nun, sollten diese nicht eingehalten werden, auf gerichtlichem Wege einklagbar (Borscheid 1989; Mitterauer/Sieder 1991; Gestrich 2004).

Die inhaltlichen Regelungen des Ausgedingevertrages waren maßgeblich dafür, inwieweit die Auszüglerin, der Auszügler, beziehungsweise die im Ausgedinge lebenden Personen in das „ganze Haus“ integriert waren. Die Regelung konnte eine getrennte Haushaltsführung im Auszugshäuschen vorsehen, oder eine partielle oder totale Einbeziehung in den Haushalt des Hofnachfolgers in einem eigens dafür errichteten Anbau, oder die Altbäuerin, der Altbauer bekamen einen festumrissenen Platz innerhalb der gesamten Räumlichkeiten zugewiesen. Für die Integration in die Hausgemeinschaft war auch die Regelung der weiteren Mitarbeit, der Altbäuerin, des Altbauern am Hof, somit die Einbeziehung in die Produktionsgemeinschaft des „ganzen Hauses“ ausschlaggebend (vgl. Mitterauer 1991c S. 41f).

Die Institution des Ausgedinges sah keineswegs eine arbeitsfreie Zeit der Auszüglerin, des Auszüglers vor. Das „Leben unter einem Dach“ war facettenreich. Wie es sich für die Alten gestaltete, hing von vielen Faktoren, wie der Hofgröße, der Siedlungsart, der wirtschaftlichen Kapazität des Hofes, der Erbfolge (das Jüngsten-Erbteil, das Ältesten-Erbteil), rechtlichen Bestimmungen (Anerbengebiete, Realteilungsgebiete), den sozialen Beziehungen, der Machtstellung des Hausherrn gegenüber seinen Kindern auf Grund des Erbes ab. In exemplari-

scher Weise lässt sich heute noch an den Hausformen ablesen, wie die Altbäuerin, der Altbauer im Alter lebten. Entweder lebten sie in einem eigens errichteten Altenteilhaus, oder dort, wo Wohn- und Wirtschaftsteile unter einem Dach vereint waren, gab es für die Alten lediglich einen Platz in einer Ecke, wo sie ihr Bett aufschlagen konnten. Bei Klein- und Kleinstbauern war für eine Dreigenerationen-Familie kein Platz. 70 bis 80 % der Bäuerinnen und Bauern lebten vor dem 19. Jahrhundert am Rande des Existenzminimums. Ihr Alltag wurde von Hunger, Kälte, Kargheit und Not bestimmt, er lag weit entfernt von jeder Idylle. Als einzige Möglichkeit blieb sehr oft, um die labile Balance zwischen Personenzahl und der Tragfähigkeit des Hofes nicht zu zerstören, das Arbeiten bis ans Grab. Dies alles beeinflusste die inhaltlichen Regelungen der Altenteilverträge (vgl. Borscheid 1989 S. 336ff).

In einem Übergabeprotokoll vom 24. August 1805 ist zu lesen:

*„Johann Zmugg vlg. Kasparfastl bringt an, dass er altershalber mit sein weib ihren harten und mit Schulden behafteten Grund länger gehörig vorstehen nicht vermög und dem Sohn übergeben. (1/2Hube) Sie behalten sich für das gegenwärtige Jahr einen Auszug vor eine Kuh, ein Kalb, eine mittlere Sau, 2 Schober Weizen, 2 Schober Korn, 1 Schober Gerste, 2 Schober Haber; pro Jahr, solange sie in der Gastkeusche wohnen, den Bierbaumacker und Hauswiesenacker zum Genuß, solange beyde leben und deme, dass der Grundbesitzer diese beyden ackher zmbauen gehalten seyn solle, welche auch fuetter für 2 Khue und Halt für 2 kleine Kälber den Übergebenden zu verabreichen haben.“ (zitiert nach Fischer 2002 S. 349)*

Folgender Übergabevertrag aus dem Jahre 1902 „Übergabe zwischen Cäcilia Höllbauer aus Dorfstadt an den Sohn Friedrich Höllbauer vlg. Stoff“ aus Osterwitz, einem Bergdorf in der Weststeiermark, hält fest:

*„Gemeinsame Wohnung, gemeinsame Morgens-, Mittags- und Abendkost; die unverspörten Brot und Trunk; die den Gesundheitsverhältnis-*

*sen und den Alten angemessene bessere und leichtere Krankenkost, die Reinigung der Leibskleidung und Wäsche; Wartung und Pflege bei Krankheit und jederzeit freundliche Behandlung; jährlich 50 kg Weizenmehl und 50 kg Roggenmehl, sowie Frischling im toten Gewicht von 50 kg zu Weihnachten; Haltung einer Kuh und von zwei Schafen; Beistellung des Futters und Streu und gute Haltung dieser Thiere, sowie falls genug davon da ist täglich 1 Liter Milch; falls die Wohnung nicht in Frage kommt, weil eine un gute Behandlung, die Kosten für die Auszugswohnung; Wohnhaus Wirtschaft und Alphütte und Gründe.“ (zitiert nach Fischer 2002 S. 340)*

Dieser Übergabevertrag zeigt, wie detailliert die vertragliche Absicherung der Altbäuerin hinsichtlich der materiellen Versorgung und auch des Wohlverhaltens des zur Versorgung verpflichteten Nachfolgers festgehalten wurde. Sie behält sich sogar vertraglich vor, dass, wenn das gemeinsame Wohnen der Generationen nicht möglich ist, der Erbe für die Kosten der Auszugswohnung aufzukommen hat.

Nach Mitterauer (1991b S. 199f) lassen die vielfach sehr kleinlichen Regelungen der Altenteilverträge keineswegs auf ein harmonisches Zusammenleben der Generationen schließen. Viele Schattenseiten der Ausgedingeeinrichtung wurden und werden, auf Grund der Verklärung der bäuerlichen Dreigenerationenfamilie als sozialpolitisches Modell der familialen Altenfürsorge, nicht entsprechend gesehen, wie beispielsweise die *„Vater-Sohn-Konflikte vor der Übergabe die Rechtsstreitigkeiten um den Abschluß des Vertrages und seine Einhaltung, die psychologisch schwierige Situation des Altbauern in der Hausgemeinschaft nach Verlust der Hausherrenstellung“* (Mitterauer 1991b S. 199). Ausdruck dieser Stimmung ist auch die im Südburgenland und in einigen Gebieten der Steiermark gebräuchliche Bezeichnung „Ableben“ für das Ausgedinge. Das Ausgedinge kann auch als Zwangsgemeinschaft gesehen werden, zu der es auf Grund des Tauschhandels mit Naturalien keine Alternativen gab (ebenda S. 199). Gestrich (2004 S. 67f) sieht den Sinn der detaillierten Auflistung in den

Übergabeverträgen darin begründet, Konflikte, resultierend aus dem knappen materiellen Spielraum von allen, dem gemeinsamen Besitz und der gemeinsamen Arbeit, die alle aneinander ketteten, zu reduzieren.

Wie sah aber nun die Familienstruktur in der vorindustriellen Zeit aus, in der die Versorgung der alten Bäuerin, des alten Bauern stattfand? Romantisierend und ideologisch eingefärbt wurde und wird bis heute das Bild der bäuerlichen Großfamilie, die gemeinsam einen Hof bewirtschaftet und in der die Alten integriert sind und deren Versorgung eingebettet ist, fortgeschrieben. *„Dem Egoismus und Individualismus der modernen Kleinfamilie wird das Verantwortungsgefühl für hilfsbedürftige Angehörige in früherer Zeit gegenübergestellt“* (Mitterauer 1991a S. 47).

Mit dieser Denkrichtung ist *„die Vorstellung von komplex strukturierten familialen Großhaushalten der vorindustriellen Zeit, in denen das kinderreiche Ehepaar mit seinen alten Eltern und den unterstützungsbedürftigen Verwandten harmonisch zusammenlebte“*, (ebenda S. 48) kompatibel. Forschungen der letzten Jahre revidieren jedoch das idyllisch, glorifizierende Bild der „vorindustriellen bäuerlichen Großfamilie“. Mitterauer (1991a S. 46ff) spricht vom *„Mythos der vorindustriellen Großfamilie“* und stellt die Frage, ob es sich nicht um einen Mythos handle, *„der spezielles generalisiert und im Interesse sozialpolitischer Zielvorstellungen der Gegenwart idealisiert?“*

#### **4.1.2 „Das ganze Haus“**

In vorindustrieller Zeit war das Leben der Menschen, der adelig-bäuerlichen-bürgerlichen Welt im Rahmen des „ganzen Hauses“, in dem Produktion und Reproduktion eine Einheit bildeten, strukturiert. Mit dem Begriff das „ganze Haus“ wird die Lebens- und Arbeitsgemeinschaft von Eltern, Kindern, Verwandten und nicht verwandten Personen, wie etwa Knechten, Mägden, Inwohnerinnen und Inwohnern bezeichnet. Das „ganze Haus“ kann nicht mit der „Großfamilie“ oder der „Mehr-Generationen-Familie“ gleichgesetzt werden. Den Begriff „Familie“ mit heutigem Bedeutungsgehalt hat es in der Landwirtschaft, aber



auch im Handwerk in vorindustrieller Zeit nicht gegeben. (vgl. Borscheid 1989 S. 52f; vgl. Mitterauer 1991c S. 26ff).

Das „ganze Haus“ war in ständigem Wandel begriffen. Die Größe und die Zusammensetzung der vorindustriellen Hausgemeinschaft variierte, je nachdem wie viele Menschen für die Arbeit gebraucht wurden und wer, in etwa leibliche Kinder, Ziehkinder, Knechte, Mägde, Inwohnerinnen, Inwohner, Eltern respektive Schwiegereltern, Geschwister, darin integriert war, sehr stark. Die für Österreich durchschnittlich recht hohen Personenzahlen der Hausgemeinschaften erklären sich durch den darin subsumierten hohen Anteil an Gesinde, und nicht durch eine große Kinderanzahl (vgl. Mitterauer 1991a S. 55; Dülmen v. 1990 S. 24ff). Durch das relativ hohe Heiratsalter der damaligen Zeit brachte eine Bäuerin, vorausgesetzt sie erlebte das Ende ihrer individuellen Zeit der Fruchtbarkeit, *„kaum mehr als acht Kinder zur Welt“*. Bedingt durch die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit erreichten von den acht Kindern nur vier oder fünf Kinder das Erwachsenenalter (Mitterauer 1991a S. 68). Daraus lässt sich schließen, dass es die „Großfamilie“ durch Kinderreichtum in vorindustrieller Zeit nicht gegeben hat.

Ebenso wenig lässt sich nach Mitterauer (1991a S. 58ff) auf Grund von demographischen Bedingungen, wie hohes Heiratsalter, mittleres Sterbealter der Verheirateten, hohe Kinder- und Jugendlichensterblichkeit, aber auch auf Grund der Minoratserbfolge<sup>11</sup> in vielen ländlichen Regionen das Zusammenleben von mehreren Generationen nachweisen.

Die Familienstruktur des „ganzen Hauses“ war durch die Herrschaft und die Autorität des Hausherrn, auch Hausvater genannt, welcher die oberste und damit entscheidende Instanz darstellte, geprägt. Zwei Positionen, die des Hausherrn und die der Hausfrau, bzw. Hausmutter, die dem Hausherrn ehelich beigefügte Mit-Person, mussten obligatorisch besetzt werden. Primär dienten sie der erfolgreichen Existenzsicherung. Die Partner- und Partnerinnenwahl wurde von der Notwendigkeit der Arbeitsorganisation nachhaltig beeinflusst.

---

<sup>11</sup> Es erbt der jüngste, nicht der älteste Sohn.

Wenn durch den Tod der Hausfrau oder des Hausherrn eine der beiden Positionen frei wurde, musste sie schon alleine aus Gründen der Produktionssicherung, so rasch wie möglich besetzt werden. Starb die Hausfrau im Kindbett, ein Sterben welches sehr oft vorkam, heiratete der Hausherr meist eine viel jüngere Frau (vgl. Mitterauer 1991a S. 60). Starb der Hausherr und waren die Erben noch nicht alt genug, um seine Rolle zu übernehmen, heiratete die Witwe durchaus einen deutlich jüngeren Mann. Ökonomische, wie gesellschaftliche Gründe waren oft ausschlaggebend für eine hohe Zahl von Zweit- und Drittehen. Sie waren in erster Linie zum eigenen Nutzen abgeschlossene Geschäfte. Die Frau wurde von der vorindustriellen Gesellschaft lediglich für eine kurze, begrenzte Zeit als Vorsteherin „des ganzen Hauses“ anerkannt. Für den jüngeren Mann war es vielfach die einzige Möglichkeit, eine Hausherrnstellung zu erlangen. Die Wiederverheiratung stellte in agrarischen, aber auch im städtischen Räumen eine häufig anzutreffende Form der Witwenversorgung dar. In der Regel bestand eine Mitsprache der Verwandtschaft bei der Wahl der Partnerin, des Partners, da Eltern und Geschwister durch eine Eheschließung in hohem Maße mitbetroffen waren. Das Schicksal der alten Bäuerin war abhängig von dem ihres Gatten. Übergab er den Hof zu Lebzeiten, ging sie mit ihm ins Ausgedinge. Starb er vor der Übergabe des Besitzes, konnte sich die Witwe, sofern sie eine ehedüterrechtliche Beteiligung besaß, ein Ausgedinge aushandeln. War keine ehedüterrechtliche Beteiligung vorhanden, weil der Gatte nicht Eigentümer des Hofes war, wurde ihr durch den Gutsherren eine Altersversorgung gewährt (vgl. Borscheid 1989 S. 103ff, 398; Mitterauer 1991b S. 200; Dülmen v. 1990 S. 38ff).

Hinzuzufügen ist, dass Heirat in der damaligen Zeit an Besitz gebunden war. Mittellosen Personen, beispielsweise ländlichen und städtischen Dienstbotinnen und Dienstboten sowie Handwerksgesellen war es per Gesetz verboten, zu heiraten. Die Politik des Eheverbots für Besitzlose geht bis auf das 16. Jahrhundert zurück und fand ihr Ende Anfang des 19. Jahrhunderts (vgl. Sieder 1991b S. 152f).

Kindheit stellte in der damaligen Zeit keinen eigenen Lebensabschnitt dar. Kinder wurden vielmehr als billige Arbeitskräfte gesehen und primär auf dem eigenen Hof zur Deckung des Arbeitskräftebedarfs, beziehungsweise zur Altersversorgung eingesetzt. Kinderarbeit war eine Selbstverständlichkeit. Töchter und Söhne wurden aber auch auf andere Höfe geschickt, zum einen, um sich dort als Mägde oder Knechte zu verdingen, zum anderen, weil der eigene Hof nicht genügend hervorbrachte, um sie ernähren zu können. Söhne traten etwa im Alter von 10 und 12 Jahren, manchmal auch früher, in den Gesindedienst ein, Töchter zumeist etwas später (vgl. Mitterauer 1991a S. 68f). Zur Versorgung der alten Eltern war es grundsätzlich gebräuchlich, eine Tochter an das Haus zu binden. Sie wurde mit einem größeren Erbteil gelockt und/oder Appelle wurden an ihr Verantwortungsgefühl gerichtet (vgl. Borscheid 1989 S. 338f). Nach Ilien/Jeggler (1978 S. 76) haben bisweilen die Familien tatkräftig nachgeholfen, um zumeist eine Tochter an das Haus zu fesseln. Die Tochter, die sich um die Eltern kümmerte, war nicht von Geburt an geistig behindert, sondern sie wurde dazu gemacht, oder deutlicher noch *“als Dubbel gehalten“*. So versorgte sie den Haushalt und die Eltern, ohne Ansprüche zu stellen.

In der bäuerlichen Erziehung, die so wie die Fortpflanzung unter dem Primat der Arbeitskräfteergänzung stand, dominierte der Wille des Hausherrn. Beweise der Zärtlichkeit blieben der Bäuerin, dem Bauern weitgehend unbekannt. In bäuerlicher Sitte werden die Kinder zu absolutem Gehorsam, Ehrfurcht und Achtung vor den Eltern erzogen (vgl. Borscheid 1989 S. 343).

Den Mittelpunkt des „ganzen Hauses“ bildete die Stube, oder die Küche mit einem großen Herd. Dort wurde gemeinsam gegessen, gebetet und gefeiert, die arbeitsfreie Zeit miteinander verbracht. Je nach sozialer Schicht gab es Unterschiede in der Wohnqualität. Wo es keine von der Stube getrennten Schlafkammern gab, schliefen die Menschen in der Stube am Boden, dicht bei der Feuerstelle. Gab es Betten, wurden diese tagsüber weggeräumt. Im Idealfall war die Stube gemeinsamer Lebensraum für Alt und Jung (vgl. Dülmen v. 1990 S. 57ff).

#### 4.1.3 Die Einlege – „Reihum gereicht“

Nach Gestrich (2004 S. 69) basierte in vorindustrieller Zeit die reguläre Versorgung im Alter im ländlichen Bereich auf zwei Stützen: Besitz und Kinder.

So sehr auch das „Alter“, bzw. das Nachlassen der Arbeitsfähigkeit, oder der Verlust derselben für die (klein)bäuerliche Schicht noch mehr Entbehnungen nach sich zog als in „jungen“ Jahren, so waren diese Menschen noch immer besser gestellt als die ländlichen Unterschichten, die ohne Besitz (und oft auch ohne Kinder) ganz auf das Wohlwollen ihrer Mitmenschen angewiesen waren.

Ausgeschlossen von der Möglichkeit des Ausgedinges, der Altersversorgung der (klein)bäuerlichen Schicht, waren jene Menschen, die ihr Leben lang als Mägde und Knechte gearbeitet hatten. Sie waren meist nie verheiratet, kinderlos und ohne Besitz. Für sie stand, wie auch für die Inwohnerinnen und Inwohner<sup>12</sup>, wenn sie nicht mehr arbeiten konnten, die „Einlege“ als Versorgung im Alter zur Verfügung. Diese alten Menschen mussten von Hof zu Hof wandern und erhielten von den Bauern, die sie lediglich duldeten, für kurzfristig einen Schlafplatz, meist in der Ecke des Stalls, und Nahrung, welche sie nicht gemeinsam mit den anderen Familienmitgliedern einnehmen durften (vgl. Girtler 1988 S. 171ff; Kaser/Stocker 1988 S. 30ff).

In manchen Regionen erhielten die Unterkunftgeber von der Gemeinde die so genannte Verpflegungsgebühr (Becker 1990; Ehmer 1990; Gestrich 2004).

*„Die Gemeinden vergaben die Einleger an diejenigen Gemeindemitglieder, die die niedrigsten Verpflegungskosten verlangten. Ob die Aufnahme aus Nächstenliebe oder wegen der billigen Arbeitskräfte erfolgte (nach dem Armengesetz waren die Einleger zu einer ihren Kräften an-*

---

<sup>12</sup> Bei den Inwohnerinnen und Inwohnern, im Gegensatz zu den Mägden und Knechten, handelte es sich meist um Ehepaare, selten waren sie unverheiratet. Sie erhielten vom Bauern meist ein kleines Haus in der Nähe des Hofes und mussten als Gegenleistung dafür als Tagelöhnerinnen und Tagelöhner, zur Bewältigung von Arbeitsspitzen, auf dem Hof arbeiten und unterstanden, wie die Mägde und Knechte, der hausherrlichen Gewalt (vgl. Kaser/Stocker 1988 S. 93; Mitterauer 1991c S. 42).

*gemessenen Arbeit verpflichtet) bleibt dahingestellt“ (zitiert nach Gutschner 1998 S. 36)*

Voraussetzung für das Recht auf Einlege und somit das Recht auf eine Altersversorgung war das Heimatrecht. Es musste in der Gemeinde ersessen werden. War dies nicht der Fall, war die Gemeinde, in der der Vater das Heimatrecht besessen hatte, für die Einlege der nicht mehr im vollen Ausmaß arbeitsfähigen bäuerlichen Dienstboten zuständig. Im so genannten „Einlegebuch“, welches in den Gemeinden auflag, wurden alle Einlegerinnen und Einleger sowie die Dauer der Einlege und diejenigen, die sie Aufzunehmen hatten, verzeichnet (vgl. Kaser/Stocker 1988 S. 31f).

Ein Zeitzeuge gibt Einblick in das Leben eines „Einlegers“ um 1900:

*„Bald war die Stube leer. Nur der Bucklige, halbblinde „Einleger“ Lorenz saß wie gewöhnlich in seinem Ofenwinkel und döste schlaftrunken vor sich hin, zuweilen mit einer kraftlosen Handbewegung die ihn in dichten Schwärmen umsummenden Fliegen abwehrend. Er war wohl einer der Ärmsten im ganzen Dorfe. Sein gesamtes Eigentum bestand aus einem Paar Holzschuhen, einer löcherigen Hose, einem schmierigen Rock und einer rupfenen Pfaid, die er sich alle zwei bis drei Monate einmal an einer seichten Mulde des Dorfbaches selber und ohne Seife auswusch. (...) Wer nun meint, daß der verkrüppelte Lorenz, der sich nur mit Hilfe einer Krücke und eines Stockes fortzubewegen vermochte, zu keiner Arbeit mehr nütze gewesen wäre, der irrt ganz gewaltig. Dem Lorenz war als Aufgabe zugewiesen worden, aus der etwas fünfzig Schritte vom Hause entfernten Holzhütte Scheiter in die Küche zu tragen. (...) Mit einer vollbeladenenen „Kraxe“ aus Eschenholz auf dem verkrümmten Rücken, deren hanfene Tragstricke tief in seine Schultern einschnitten, sah man ihn, die Krücke unter die linke Achsel gestemmt und den Stock krampfhaft von der rechten Faust umklammert, fünf- bis sechsmal am Tage, tief gebeugt unter seiner Last, mühsam Schritt vor Schritt setzend,*

*auf dem Wege von der Holzhütte zum Hause keuchen“ (Eberl 1953 S. 133f).*

In „Mein Vater, Holzknecht und Bergbauer“ von Barbara Waß (1985) wird das Leben in der „Einlege“ im Land Salzburg im frühen 20. Jahrhundert folgendermaßen beschrieben:

*„Zu den Bauern, bei denen mein Vater war, kamen auch Einleger. Das waren alte Leute, die ihr Leben hindurch gearbeitet hatten und nun nicht mehr in der Lage waren, als Knecht oder Magd zu dienen. Manche Bauern behielten alte Dienstboten, die lange auf dem Hof waren, bei sich. Frauen konnten ja meist noch leichte Arbeiten verrichten. Viele alte Leute mußten jedoch »einlegen« gehen. Sie hatten das Recht, bei den verschiedenen Bauern einige Tage zu bleiben, und mußten dort Unterkunft und Essen bekommen. Es hing von der Größe des Hofes ab, wie viele Tage sie bleiben durften. Bei manchen Bauern wurden sie gut behandelt, doch bei manchen, gerade bei großen Bauern, hatten sie nichts zu lachen. Die Unterkunft bestand aus einem Strohbett neben dem Stall oder dem Pferdestall. Es wimmelte nur so von Läusen und Flöhen und wurde nur einmal im Jahr herausgeräumt. Jeder Einleger, der auf den Hof kam, mußte dort schlafen. Im Winter piff nicht selten der Wind durch die Bretter. Sie wurden auch von den Kindern geneckt und verspottet. Sie bekamen, wenn es gut ging, auch einmal ein Kleidungsstück und anständiges Essen. Wenn sie in der Lage waren, arbeiteten sie ein bißchen. Das Leben eines Einlegers war meist ein ziemliches Elend und sicher eines der schwärzesten Kapitel in der Vergangenheit“ (Waß 1995 S. 59f).*

Mit der Arbeitsunfähigkeit verloren die bäuerlichen Dienstboten die Grundlage ihrer Existenz. Die Zugehörigkeit zum „ganzen Haus“ musste erdient werden. Das bedeutete Unterwürfigkeit, Abhängigkeit und das Ausgeliefertsein gegenüber dem Hausherrn. Sie hatten keine Gewissheit, in alten, kranken Tagen gepflegt zu werden (vgl. Becker 1990 S. 168). Mit der so genannten „Krüppelfuhre“ versuchten so manche Dorfbewohnerinnen und Dorfbewohner, sich von einem kranken Bettler, der nicht mehr gehen konnte, zu befreien: *„(...) so wird er von dem Anspanner, an dem die Reihe ist, aufgeladen, ins nächste Dorf gefahren, dort von neuem aufgeladen und so lange herumgefahren, bis er tot ist, oder wieder gehen lernt, welches Letztere selten geschieht“* (zitiert nach Göckenjan 1988 S. 77). Diese Umgangsweise stellte für die alten Menschen eine enorme Demütigung dar. Bis in das frühe 20. Jahrhundert lassen sich in österreichischen Pfarrchroniken Nachweise dafür finden, dass ältere ehemalige Dienstboten der Einlege durch Selbstmord zu entrinnen versuchten (Ehmer 1990 S. 167).

Die Institution der Einlege als Form der Altersversorgung, mit langen Traditionslinien und weit verbreitet, in ländlichen Räumen verortet, fand ihr gesetzliches Ende mit 1. April 1939 *„durch die Anpassung der österreichischen Sozialgesetzgebung an jene des nationalsozialistischen Deutschlands“* (Gutschner 1998 S. 36). Mit Ende der nationalsozialistischen Herrschaft 1945 blieb die „Reichsversicherungsordnung“ weiter bestehen. Zur endgültigen Regelung des Sozialversicherungsschutzes für ländliche Arbeiterinnen und Arbeiter kam es 1956 mit dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (vgl. Girtler 1988 S. 175).

#### **4.1.4 Austausch von Gabe und Gebet**

Am Übergang des 4. auf das 5. Jahrhundert lassen sich in den Klöstern zwei Einrichtungstypen finden: Xenodochien und Nosokomien. Aus diesen Hilfsräumen heraus entwickelten sich die späteren Hospize, auch Spital oder Hospital genannt. Eine generelle Tendenz der Übernahme der Armenpflege durch Anstalten zeichnet sich ab. Die Aufgabe der Xenodochien war es, Fremde zu be-

herbergen, sie dienten als Zufluchtsstätte für Reisende, Pilger und andere Hilfebedürftige. In den Nosokomien wurden elternlose Kinder, kranke, arme und alte Menschen aufgenommen. Für die Hilfesuchenden war der Pförtner, meist ein lebenserfahrener Mönch, die erste Ansprechperson. Seine Aufgabe bestand primär darin, die Art der Hilfebedürftigkeit der Menschen, die an der Pforte um Unterstützung baten, festzustellen. Es oblag ihm beispielsweise, Brennholz zu verteilen, Lebensmittel auszugeben, Kranke zu versorgen, aber auch den Bittstellerinnen und Bittstellern Eintritt in das Innere der Klosteranlage zu gewähren. Die Aufnahme in die Herberge erfolgte im Regelfall für eine begrenzte Zeit, sie wurde aber auch manchen Armen, Alten und Kranken auf Dauer gewährt (vgl. Haslinger 2009 S. 49ff).

Unterstützung, Pflege und Versorgung erhielten die Hilfsbedürftigen noch unentgeltlich, die Basis dafür bildete das christliche Gebot der Nächstenliebe; Gottesliebe und Nächstenliebe wurden gleichgesetzt. Der Dienst an den Armen wurde als Gottesdienst angesehen, das zentrale Konzept war seelischer Beistand und Fürsorge, wobei „Heil werden“ im spirituellen Sinn gemeint war. Ob eine Krankheit geheilt wurde, entschied Gott allein (vgl. Borscheid 1989 S. 125ff). Dieses Verwobensein von spiritueller und leiblicher Pflege, dem spirituellen Bedürfnis nach Seelenheil und dem weltlichen Verlangen nach Heilung von Krankheit, spiegelt sich in der räumlichen Anordnung, einem großen Saal, in dem die Kranken, Schwachen und Alten untergebracht waren und der in direkter Verbindung, in Sichtkontakt zu einer Kapelle lag, wider (vgl. Feuerstein 2008 S. 24).

Im 11. Jahrhundert wurden die Aufgaben des Pförtners auf zwei Personen aufgeteilt. Als Grund für diese Aufspaltung wird die enorme Zunahme der hilfesuchenden Menschen an den Klosterpforten angegeben. Ein Mönch war nun für die wohlhabenden Hilfe- und Herbergsuchenden, für diejenigen, welche mit dem Pferd kamen, zuständig. Einem weiteren Mönch, dem sogenannten Almosenier, oblag die Unterstützung und Betreuung der Armen, derjenigen welche zu Fuß kamen. Diese Zweiteilung der Hilfesuchenden fand ihren architektonischen Niederschlag in den Klosteranlagen der damaligen Zeit. Die Anlagen



weisen unterschiedliche Räumlichkeiten für die einfachen, armen und noblen, begüterten Gäste auf (vgl. Haslinger 2009 S. 54f).

Die Angst vor dem Jenseits, die den frommen Menschen des Mittelalters inne- wohnte, versuchten diese durch Almosen für die Armen zu beschwichtigen. Als Gegenleistung für die ihnen gewährte Unterstützung, erwarteten sie von den Armen, dass diese für sie beteten und dadurch zur Tilgung der Sünden und zum Eingang in das ewige Leben der reichen Spenderin, des reichen Spenders beitrugen. Die Spenderin, der Spender gab aus Nächstenliebe und um ih- res/seines Seelenheils willen (vgl. Borscheid 1989 S. 124; Haslinger 2009 S. 56f; Metz 2008 S. 19f; Gutschner 1998 S. 34). In dieser Praxis unterliegen Ar- me einer Verdinglichung, ihnen wird nicht um ihrer selbst willen geholfen, son- dern sie werden als Mittel im Hinblick auf den himmlischen Lohn der Reichen und deren Eingang in das Himmelreich gesehen (vgl. Haslinger 2009 S. 57).

Im Mittelalter sind die Anfänge der „geschlossenen“ Armenversorgung zu fin- den. Bei den sogenannten „milden Orten“ handelte es sich um Spitäler, *„die eine Verbindung von Armenhaus, Altenheim, Pilgerunterkunft und Krankenpfe- gestätte darstellten“* (Gutschner 1998 S. 46).

#### **4.1.5 Kein Ort nirgends**

Lohnarbeit hatte neben der familienwirtschaftlichen Arbeitsorganisation auch schon in vorindustrieller Zeit Bedeutung erlangt. Für diejenigen Menschen, sei es in den Städten oder in ländlichen Räumen, die der Lohnarbeit nachgehen mussten beziehungsweise nachgingen, bedeutete „Alter“ weitgehend Verar- mung. Dies galt insbesondere für alte Frauen. Arm, alt und Frau sein bedeutete eine dreifache Stigmatisierung, welche im Wahn der Hexenverfolgung, im Er- morden von Tausenden von Frauen ihren Höhepunkt fand.

*„Die alte Frau wird zur Chiffre für Ekel und Grauen, insofern sie typische Alters- zeichen, und mehr noch Armutszeichen körperlicher Veränderung aufweist.*

*Denn als Erkennungszeichen für Bosheit werden immer die gebückte Haltung, der riesige, zahnlose Mund, die geröteten Augen, der schiefe und wackelige Kopf, die dürre, zur Kralle verzogene Hand genannt“ (Göckenjan 2000 S. 196).*

Die Hexenverfolgung stellte nicht nur eine Diskriminierung der Frau, sondern auch des Alters dar. Das Hexenbild des späten Mittelalters sowie in der frühen Neuzeit zeigt deutlich, welcher gesellschaftlichen Abwertung alte, arme Frauen, gelegentlich auch alte, arme Männer unterlagen (vgl. Mitterauer 1982 S. 49). Keith Thomas (zitiert nach Honegger 1978 S. 290) stellt für das Land England des 16. und 17. Jahrhunderts fest, dass die Namen von armen, alten Frauen, zumeist Witwen *„ebenso in den Anklageschriften der Hexerei wie auf den Bedürfnislisten der Kirchengemeinden (...)“* erschienen. Für Deutschland gibt es analoge Hinweise bei Gerhard Schormann (1981 S. 77), wenn er schreibt: *„(...) die Betroffenen, Hingerichtete wie Besagte“* gehörten *„mehrheitlich der unterbäuerlichen Schicht an“* und es sollen *„ganz besonders alte Frauen sein, die sich häufig als Hexen betätigen“* (ebenda S. 118). Als soziale Auswirkung der wirtschaftlichen Veränderungsprozesse des 16. und 17. Jahrhunderts trat ein neues gesellschaftliches Feindbild in Erscheinung. Mit *„die Kinder nennen alle alten Menschen Hexen“* (zitiert nach Thane 2005b S. 14), verteidigte sich eine 70-jährige Frau gegen die Anschuldigung der Hexerei. Frauen wurde mit Beginn des Klimakteriums Börsartigkeit und Gefährlichkeit zugeschrieben. Diese Zuschreibungen resultierten einerseits aus der falsch verstandenen Körpersäfte - Theorie von Galen, beziehungsweise wurde diese Theorie zur Legitimierung der Zuschreibungen herangezogen, andererseits aus dem Wissen, dass Frauen mit Recht zornig auf die patriarchale Gesellschaftsordnung waren (Borscheid 1989, Thane 2005a). *„Das giftige, börsartige Wesen manifestierte sich ausschließlich bei armen Frauen. Wohlhabende Frauen (...) wurden deutlich weniger der Hexerei verdächtigt“* (Botelho 2005 S. 127). Auch liefen alte, nie verheiratete Frauen, in der damaligen Literatur als *„alte Jungfer“* bezeichnet, Gefahr als Hexe diffamiert zu werden, wenn sie nicht nachweisen konnten, dass ihr Handeln zum Wohl und für den Fortbestand der Gesellschaft beigetragen hat. Dazu zählte die Pflege und Wartung kranker Freunde, ihnen ihr letztes Lager

erleichternd und die Mitwirkung bei der Erziehung anderer Kinder (vgl. Borscheid 1989 S. 191). Somit stellte die Hexenverfolgung nicht nur eine Diskriminierung der Frau, sondern auch des Alters und der Armut dar.

#### **4.1.6 Verwahrung und Disziplinierung der Alterssicken**

Bereits im Frühmittelalter übergaben Adelige ihren Besitz an ein Kloster. Durch die Klosterverpfändung wurde einerseits die Versorgung im Alter sichergestellt, andererseits spirituellen Bedürfnissen, „im Hinblick auf das ewig Heil“ Rechnung getragen. Mit dem Aufkommen der Spitäler im 13. Jahrhundert, geführt durch geistliche Gemeinschaften, entwickelte sich die Spitalsverpfändung. Mit dem Umzug in ein Spital, oder in ein Kloster, verlor die Pfründnerin, der Pfründner ihre/seine Selbständigkeit, die Versorgung im Alter war jedoch gesichert. Im Unterschied zur Klosterverpfändung, standen bei der Spitalsverpfändung die Altersversorgung und nicht mehr die spirituellen Bedürfnisse im Vordergrund. Auch war es nicht mehr nötig, den ganzen Besitz zu verpfänden, um in das Spital aufgenommen zu werden. Es genügte lediglich ein Teil, der als gleichwertig für die vom Spital erbrachten Leistungen aufgefasst wurde. Die Verpfändung entwickelte sich immer mehr zu einem Rechtsgeschäft, es wurde auch möglich, Pfründe mit einer Leibrente zu kombinieren. Die Leistungen aus dieser Kombination bestanden aus den vereinbarten Unterhaltsleistungen und einem regelmäßig ausbezahlen Taschengeld bis ans Lebensende (vgl. Borscheid 1989 S. 131; Mitterauer 1991b S. 192ff).

Neben dem Adel verfügte auch die wohlhabende städtische Oberschicht über die Möglichkeit der geldwirtschaftlichen Versorgung im Alter, die eine „familienunabhängige“ Versorgung ermöglichte. Nicht nur wohlhabende Bürger und Bürgerinnen kauften sich mit der Schenkung von Land, Gebäuden und/oder Geld ein und sicherten sich dadurch ein Recht auf Versorgung im Alter, sondern auch arme Alte wurden in den Spitälern, die als Kranken-, Pflege-, Waisen-, Irren-, und teilweise auch als Arbeitshäuser dienten, aufgenommen. (vgl. Borscheid 1989 S. 127; Gestrich 2004 S. 75; Sowinski/Maciejewski 2000 S. 689).

Grundlagen für diese Konzeption waren zum einen, durch die Aufnahme von wohlhabenden Pfründnerinnen und Pfründnern Besitz und Einnahmen zu mehren, um dadurch die Lage der armen Insassinnen und Insassen ein wenig zu verbessern. Zum anderen begann sich die Nachfrage von begüterten Bürgern zu steigern, für sich und/oder ihre Ehefrauen eine familienunabhängige Versorgung im Alter zu sichern, welche eine berufliche Tätigkeit überflüssig machte und von den „*möglichen Gefahren eines überlangen Lebens Schutz bot*“ (vgl. Borscheid 1989 S. 131). Daneben entwickelte sich eine weitere Nachfrage der besitzenden Schichten nach einer Versorgungsmöglichkeit für ihre alten, beziehungsweise arbeitsunfähig gewordenen Dienstboten (vgl. Borscheid 1989 S. 131; Ellerkamp 1990 S. 90f).

Ein großer Unterschied bestand darin, ob sich die dort lebenden Menschen in diese Einrichtung einkaufen konnten, dadurch den Status einer Pfründnerin, eines Pfründners innehatten, und somit die Qualität der Verpflegung, Unterkunft, des Bades und der Krankenpflege, selbst bestimmen konnten oder in Folge von Armut als Unpfründnerin, als Unpfründner galten und auf Gemeindegeldern dort untergebracht waren (Borscheid 1989; Gestrich 2004; Kramml 1998).

Konnte nicht genügend Geld für eine „gewöhnliche Pfründe“ aufgebracht werden, bestand die Möglichkeit, gegen zusätzliche Verpflichtung im Haus zu arbeiten, aufgenommen zu werden. Geling es, die Pfründe durch Geldleistungen aufzubessern, bestand keine Verpflichtung mehr Robotdienste und Krankenpflege zu leisten. Im Krankheitsfall konnte der Anspruch auf eine Wärterin geltend gemacht werden. Die bessere Verpflegung schlug sich neben Gemüse auch in einer Befreiung vom Fasttag nieder (vgl. Kramml 1998 S. 117). So erhielten die armen, bedürftigen Menschen, die im Wiener Bürgerspital, gegründet um 1257, lebten, „*nur dann Fleisch, Gemüse, Käse, Eier, Fisch und Wein,*

wenn ein Bürger eine Mahlzeitstiftung (...) eingerichtet hatte“ (Feuerstein 2008 S. 26).

Die Angehörigen der unterschiedlichen sozialen Schichten lebten zwar in einem Haus, waren aber räumlich voneinander getrennt. Im Bruderhaus zu St. Sebastian, einem kommunalen Hospital der mittelalterlichen Stadt Salzburg, gegründet 1496, waren im Gegensatz zu den Pfründnern im „oberen Gaden“, die „armen Leute“ in der „unteren Stube“ untergebracht (vgl. Kramml 1998 S. 111, 118). *„Die Raumstruktur des Pfründnerhauses ist Abbild der sozialen Hierarchie, des ökonomisch ständischen Prinzips der mittelalterlichen Stadt“* (Feuerstein 2008 S. 269).

Im Spätmittelalter, der Zeit des aufsteigenden Bürgertums, dem Aufstieg der Städte und der Geldwirtschaft, wurde Armut, vor allem in den Städten, durch das Anwachsen der armen Unterschichten und der heterogenen Gruppe der nicht arbeitsfähigen Hilfsbedürftigen, wie beispielsweise Gebrechliche, Kranke, Waisenkinder, zu einem quantitativen Problem. Die Mehrheit der arbeitsunfähigen Armen fand auf Grund der zu geringen Anzahl der Plätze in den Spitälern keine Aufnahme, ebenso wenig reichten die frommen Spenden aus, um den Hilfesuchenden annähernd Unterstützung zu gewähren. Dies veränderte das Bild von und den Umgang mit der Armut. Hilfeleistungen wurden tendenziell nur noch denjenigen Hilfesuchenden gewährt, die zur eigenen Gemeinde gehörten. Zunehmend wurde die Frage gestellt, ob die/der Bedürftige wirklich bedürftig sei, und nicht selbst Schuld an ihrer/seiner Lage hätte. Damit begann die Trennung in unterstützungswürdige und nicht unterstützungswürdige Arme. Das Betteln als Anzeige des Unterstützungsbedarfs, aber auch als Lebensform, in der Kirche praktiziert, unterliegt von nun an strengen Reglementierungen, welche in den lokalen Bettelordnungen niedergeschrieben sind. Nur wer eine Erlaubnis zum Betteln, durch die städtische Autorität ausgegeben, besaß, durfte betteln. Oft wurden Bettelzeichen ausgegeben. Ausgeschlossen waren davon Fremde und unwürdige, also arbeitsfähige Frauen und Männer. Für arbeitsfähige Personen war das Betteln verboten. Im Laufe des Spätmittelalters, bedingt durch

die Katastrophe der Pest im 14. Jahrhundert, kam es zu einem Arbeitskräftemangel. Daraus resultierend wurde die Tendenz, arbeitsfähigen Armen jegliche Hilfe zu verweigern, zum Prinzip (vgl. Metz 2008 S. 17ff; Haslinger 2009 S. 60f). *„Arbeit und Armut bildeten fortan ein kausales Begriffspaar“* (Metz 2008 S. 22).

Die Versorgung alter, besitzloser Menschen war Teil der lokalen Armenversorgung. Jedoch kamen alte Menschen in dem von der Frühen Neuzeit bis in das 20. Jahrhundert hinein geführten Diskurs über „würdige“ und „unwürdige“ Arme als eigenständige Kategorie nicht vor, obwohl ein Großteil der Versorgten alte Menschen waren (vgl. Gutschner 1998 S. 39f; Kondratowitz v. 1988 S. 106; Göckenjan 1988 S. 79). Als Einzelkategorie kamen alte Menschen nicht vor, vielmehr waren sie in der *„Gesamtkategorie der Leistungsunfähigen“* inkludiert. Demzufolge wird *„alt“* immer nur im Zusammenhang mit anderen Zuschreibungen wie *„siech, hilflos, unbehilflich, unheilbar“* genannt (Göckenjan 1990 S. 115). *„Alte Leute werden in den Berichten der Armenpflege manchmal nur erwähnt, weil sie ehrgeizige Pläne von Ordnung und Disziplin stören“* (Göckenjan 1990 S. 106). Das zentrale Ziel der institutionalisierten Armenpflege war es, *„die Armut aus der Öffentlichkeit in die räumlich abgeschlossene und disziplinierungsbedürftige Überwachtheit von Institutionen zu überführen“* (Kondratowitz v. 2000 S. 127).

Die Auswahl jener, die ohne Besitz und Geld waren, und dennoch in ein Hospital aufgenommen werden wollten, erfolgte unter strengen Kriterien. Die Antragstellerinnen und Antragsteller mussten sich in einer *„hilfsbedürftigen Lage“* befinden, beziehungsweise *„Gebrechlichkeit“* nachweisen können. Die beiden Begriffe Hilflosigkeit und Gebrechlichkeit standen vielfach synonym für *„hohes Alter“* und beschrieben die Unfähigkeit, den Lebensunterhalt noch selbst zu verdienen (vgl. Ellerkamp 1990 S. 71).

Die Entscheidung über die Aufnahme in die Anstalt fiel in den Aufgabenbereich, je nach Institution unterschiedlich, der geistlichen und/oder weltlichen Verwaltung (vgl. Plasser 1998a S. 166f). Diejenigen, deren Unterhalt aus dem städti-

schen Armenfonds bestritten wurde, und „wegen Alter, körperlichen Gebrechen oder geistiger Schwachheit sich selbst nicht mehr fortbringen konnten und in keiner anderen Anstalt Aufnahme fanden“ (Weidenholzer 1998a S. 192), erhielten beispielsweise in Salzburg Unterkunft im Kronhaus, einem Salzburger Armenhaus. Der Standard der räumlichen Ausstattung, des Mobiliars, der sanitären Einrichtungen sowie der Verköstigung der Ärmsten der Armen lag weit unter dem, der beispielsweise im Bruderhaus, einer Salzburger Stiftung, anzutreffen war (vgl. Weidenholzer 1998a S. 192). Das bedeutet, dass es sich bei Stiften in der Regel um solche Einrichtungen handelt, „die die gesellschaftlichen Hierarchien und sozialen Differenzierungen auch im Alter reproduzieren sollen“ (Göckenjan 1990 S. 121).

Der Eintritt ins Armenhaus, die Versorgungsform der sozialen Unterschichten, erfolgte erst dann, wenn die Erwerbsunfähigkeit aus Gründen des Alters so schwerwiegend war, dass der Lebensunterhalt selbst mit Unterstützung der Familie, beziehungsweise der offenen Armenpflege, nicht bestritten werden konnte. Der Umzug ins Armenhaus resultierte aus einer „unabänderlichen ökonomischen und/oder physischen Notfall-Situation“. Der Eintritt in ein Stift hingegen, kann als „langfristig angelegter Lebensentwurf“ gesehen werden, zumal durch die bessere ökonomische Situation Alternativen gegeben waren. Keine Wahl hatten hingegen Frauen und Männer der sozialen Unterschichten, für sie war das Armenhaus bestimmt (vgl. Ellerkamp S. 88, 91). Nach Kondratowitz v. (1990b S. 142, 155) übte das Stiftsmodell für die Entwicklung des modernen Altersheims, insbesondere für das Altenwohnheim, welches ohne den beispielsetzenden Institutionstyp Stift, nicht entstanden wäre, großen Einfluss aus. Auch trug das Modell des Stifts zur Intensivierung der Diskussion über Versorgungsstandards bei.

Folgende Charakterisierung gibt Einblick in die Qualität der Versorgung im Stift:

*„Die Pfründnerhäuser oder Stifte ... bemühen sich, der Versorgung mehr oder weniger einen familiären Charakter zu geben. Eine weniger strenge Hausordnung, häufig die Ermöglichung ehelichen Zusammenlebens, sowie wohl auch die Lizenz, eigene Betten, gewisse Mobilien und Gerätschaften in das Asyl mit überzuführen, drücken diesen Anstalten einen eigenen, mit den Lebensgewohnheiten des kleineren Bürgerhaushaltes nicht zu stark kontrastierenden Charakter auf ... Jedenfalls handelt es sich bei den hier Aufzunehmenden in der Regel um in jeder Hinsicht würdige und gut beleumundete Personen beiderlei Geschlechts, auf die schon ihrer bürgerlichen Position wegen immerhin eine gewisse Rücksicht zu nehmen ist“* (zitiert nach Kondratowitz v.1988 S. 107).

Resultierend aus den Auseinandersetzungen und Diskussionen über die Versorgungsstandards sowie über die Differenzierung und Spezialisierung des gesamten Anstaltswesens, gingen von der Stiftstradition des Mittelalters und der Neugründung von Altenstiften im 19. Jahrhundert innovative Neuerungen, so *„der Entwurf des Altersheims, das durch eine zentrale Verpflegung und Versorgung bei möglichst weitgehender Garantie der Eigenständigkeit im Heim charakterisiert ist“*, hervor. (ebenda S. 143, 147ff, 155f). Eine weitere daraus resultierende einflussreiche Entwicklung sieht Kondratowitz v. (1988 S. 155) in dem Modell des „Altenwohnheims“ erreicht, welches auf gewisse Elemente der Versorgung verzichtet (→ Kapitel 3.5; 4.2.2 in dieser Arbeit).

Jedoch dürfen Stifte, Alten- und Armenpflegeeinrichtungen bis weit in das 19. Jahrhundert hinein, so Ellenkamp (1990 S. 97, 129), nicht als Dienstleistungsbetriebe mit heutigem Bedeutungsgehalt gesehen werden. Stifte boten lediglich eine Unterkunft für Menschen aus den bürgerlichen Kreisen, die auch noch im



Alter finanzkräftig waren. Unterstützung bei den Alltagsaktivitäten musste in den Stiften von den Bewohnerinnen und Bewohnern zugekauft werden.

Borscheid (1989 S. 146) zufolge bestand die Attraktivität des Spitals für reiche, wie für arme Insassinnen und Insassen darin, Pflege und ärztliche Betreuung zu erhalten, und die Institution bot ebenso Sicherheit vor den riesigen Preisschwankungen der Grundnahrungsmittel. Dennoch wurde das Spital keineswegs als ein „*Stück Paradies*“ von den darin Lebenden, reich oder arm, angesehen. Das Leben wurde von einer starren, rigiden Anstaltsordnung geprägt, welcher teilweise der Charakter einer Erziehungsanstalt innewohnte. Verstöße gegen die Anstaltsordnung wurden bis hin zum Verlust der Pfründstelle geahndet. Freilich konnten sich die wohlhabenden Pfründnerinnen und Pfründner mit Geld einen gewissen Grad an Freiheit und Unabhängigkeit erkaufen. Jedoch war auch für sie die rigide soziale Kontrolle, bezogen auf ihre persönliche Lebensführung, spürbar.

Die Organisationsform der Armenhäuser war die der Hausökonomie. Eine möglichst große Autarkie der Hauswirtschaft wurde angestrebt. Pflege- und Betreuungsarbeit wurde zum großen Teil von den Insassinnen und Insassen geleistet (vgl. Göckenjan 1990 S. 128).

Im Ehrhardspital in der Stadt Salzburg oblag es dem „Hausvater“, in der Hausordnung von 1805 festgeschrieben, Bußen und Kerkerstrafen für kleinere Vergehen zu verhängen. Größere Vergehen waren an den Domdechant zu melden. In den Verantwortungsbereich des „Hausvaters“ fiel die Verpflegung der Pfründnerinnen und Pfründner, die Aufsicht über das sittliche Betragen derselben, die Krankenversorgung und die Hausgeräte. Des Weiteren gehörten die Überwachung der Insassen und Insassinnen bezüglich Aufstehen und Schlafen sowie Teilnahme an kirchlichen Feiern zu seinem Aufgabenbereich. Während des Tages hatten sich die Pfründnerinnen und Pfründner in der „Gemeindestube“ aufzuhalten. Wann und wie lange die Pfründnerinnen und Pfründner Ausgang hatten, fiel auch in den Kompetenzbereich des „Hausva-

ters“ (vgl. Plasser 1998a S. 181f). „... diesem Hausvater wurde sekundiert vom Pfarrer und vom Arzt“ (Kondratowitz v. 1988 S. 107).

Der „Hausvater“, auch „Untermeister“ genannt, lebte in der Regel mit seiner Gattin im Armenhaus, er war für die Arbeitsorganisation verantwortlich und beaufsichtigte die Mägde und Knechte, die Köchin sowie, wenn vorhanden, weiteres Personal. Ihm stand zumeist ein Unterknecht zur Verfügung, dessen Aufgabe es war, Almosen in der Stadt einzusammeln und die Toten zu begraben. Jeder „Stube“ stand eine sogenannte „Ohnfrau“ vor, sie wurde aus dem Kreis der Pfründnerinnen ausgewählt. Ihr oblag es für *„Einigkeit, Ruhe und Fried unter den Armen zu sorgen“*. Die Pflege und Betreuung wurde zumeist von „Stubendirnen“ und „Stubenknechten“ übernommen. Sie waren für die *„Beheizung und das Heben und Legen der Schwachen“* zuständig. Vereinzelt wurden auch Krankenwärterinnen und Krankenwärter eingestellt (Kramml 1998 S. 115, 123f). Im Salzburger „Bruderspital“ waren 1832 für die *„Pflege und Warte der Kranken und gebrechlichen und schwachen Alten“* Wärterinnen angestellt (ebenda S. 143). Im Jahre 1791 ist in *„Göttingisches Magazin“* zu lesen, dass in einem Versorgungshaus, in dem 80 alte Leute untergebracht sind, lediglich, neben dem Verwalter und seiner Frau, welche für den *„inneren Haushalt“* zuständig ist, zwei Mägde für Arbeiten benötigt werden, bei denen *„jugendliche Kraft“* eingesetzt werden muss. Andere Arbeiten, wie beispielsweise das Waschen des Gemüses, das Herbeischaffen von Wasser und Holz, das Bettenmachen, das Spinnen können *„sogar die ältesten Leute“* und auch die leichte Gartenarbeit ist von den alten Leuten zu übernehmen (vgl. Göckenjan 1990 S. 128f). Auch wird von den *„Hospitaliten“* Pflegearbeit erwartet, sodass *„jedem schwachen Hülfebedürftigen“* ein *„rühriger Nachbar zur Unterstützung zugewiesen“* wird, weiters wird eingefordert, *„wenn jemand in dem Hospital in Krankheit verfällt, so steht den anderen nicht allein frey, sondern sie sind auch schuldig, den Kranken zu besuchen und ihm alle möglichen Handreichungen zu thun“* (zitiert nach Göckenjan 1990 S. 129).

Eine Straßburger Hausordnung forderte die Spitalsinsassen und -insassinnen auf *„sich ganz und gar stil“ zu verhalten, nit hin und her im spitall (zu) loufen,*

*auch khein geschwetz noch judenschul anrichtem (...) nit uf der gassen gutzen und beteln geen(...)*“ (zitiert nach Borscheid 1989 S. 146).

Freilich sagen Hausordnungen noch nichts über das tatsächliche Alltagsleben der Insassinen und Insassen aus, jedoch hat die Androhung von Strafen wahrnehmungsprägende Wirkung, „um in diesen Anstalten ein für alle mal ein Symbol des Zwanges zu sehen“ (Kondratowitz v. 1988 S. 106).

#### **4.1.7 Überwachung und Reglementierung der Lebenswirklichkeit**

Schon vor dem Zeitalter des Absolutismus erscheint in ganz Europa ein neuer Spitalstyp, Zucht-, Armen-, Arbeits-, Werkhäuser entstehen, deren Ausbau im Absolutismus einen Höhepunkt erreichte, insbesondere nach der Aufhebung der Leibeigenschaft. Sie spiegelten den veränderten Blick auf die Armut und die Armen wieder. Diese Institutionen waren in erster Linie Instrumente der Sozialdisziplinierung. Sie dienten aber auch dafür, Alter, Armut, Krankheit, Behinderung, verwaiste und herumstreunende Kinder und Jugendliche aus dem gesellschaftlichen Blickfeld zu verbannen. Die Sozialdisziplinierung und Institutionalisierung der Armen(alten)pflege hatte im ausgehenden Mittelalter ihren Anfang, verschärfte sich über die Zeit und erreichte im Absolutismus ihren Höhepunkt. Das Konzept der Sozialdisziplinierung sah Arbeit als Erziehungs- und Disziplinierungsmittel an. Die tatsächliche Bedürftigkeit wurde geprüft, die Armen, somit auch die Alten wurden in bedürftige arbeitsunfähige und arbeitsunwillige differenziert. Alte Menschen waren von der Pflicht zu arbeiten, als Gegenleistung für Unterstützung, nicht ausgenommen. Ausdrücklich wurde manchmal von unfähigen und gebrechlichen Leuten erwartet, dass sie noch arbeiten und dadurch etwas zu ihrem Lebensunterhalt beitragen. Bettelnde Menschen wurden als Belastungsfaktor und nicht mehr als Teil des christlichen Systems zur Rettung der Seele gesehen. Das Heimatprinzip hatte sich endgültig durchgesetzt, sodass Ortsfremden und arbeitsfähigen Armen die Hilfe verweigert wurde. Fremde wurden in ihre Heimatgemeinden abgeschoben. Die Disziplinierung der Armen, somit auch der Alten zum Zweck der sozialen Ordnung, stellte ein

zentrales Element der Politik der Armut dar. Das Erbringen von materiellen Leistungen durch den Staat diene vielmehr der Kontrolle der Armen als ihrer Versorgung. Die Armenfürsorge fokussierte bis in das 19. Jahrhundert hinein lediglich die Symptome der Armut, nicht jedoch deren Ursachen und Hintergründe. Durch diesen eingeschränkten Blick wurde das Problem der Armut weiterhin verschärft (vgl. Metz 2008 S. 24ff; Haslinger 2009 S. 60ff; Göckenjan 1990 S. 127ff).

Die „Direktiv-Regeln“ Kaiser Josefs II. *„zur künftigen Einrichtung der hiesigen Spitäler und allgemeinen Versorgungs-Häuser“* (1781) unterscheiden Anstalten für folgende zu unterstützende Gruppen: (1) *„die verlassene Jugend“* (Findelhaus, Gebärhaus, Waisenhaus), (2) *„die von Mitteln entblößten Kranken“* (Reorganisation der alten Hospitäler, Bau des Allgemeinen Krankenhauses) und (3) *„die gänzlich unfähigen oder dem Allgemeinen zum Schaden oder zum Ekel dienenden Menschen“* (Ausbau und Schaffung von Grundspitälern und Versorgungshäusern). Unter den Unfähigen verstehen sich nur diejenigen, *„welche altershalber an Körper oder Geist so entkräftet sind, daß sie zu gar nichts fähig (...)“* (zitiert nach Göckenjan 1990 S. 114; Stekl 1982 S.124). Auch in den „Direktiv-Regeln“ bleibt Alter letztlich ein Teilbereich der Armenfürsorgepolitik.

Die Arbeitshäuser wurden in der Armenpolitik der Aufklärung in differenzierte Anstalten für die unterschiedlichen Gruppen von Armen aufgespaltet, in denen diese unterschiedlich behandelt werden sollten. Seinen institutionellen Ausdruck fand dieses Konzept der Differenzierung exemplarisch im Bau des Allgemeinen Krankenhauses (1784). *„'Die Armen' wurden nicht mehr pauschal als eine Gruppe aufgefasst, sondern als Kranke, Arbeitsunfähige, Geisteskranke, Kinder unterschiedlich behandelt und von Straftätern und Vaganten abgegrenzt“* (Metz 2008 S. 40) und *„zum Teil in eigene Institutionen ausgeschieden“* (Göckenjan 1990 S. 134). Der Gebäudekomplex des Allgemeinen Krankenhauses, eines der für die damalige Zeit modernsten Spitäler Europas, gliederte sich in fünf Abteilungen: „Allgemeines Krankenhaus“, „Gebärhaus“, „Tollhaus“ (Narren-turm), „Siechenhaus“ und „Findelhaus“. Einhergehend mit der sukzessiven Auf-

lösung der Multifunktionalität der Anstalten und der verstärkten Anstaltsspezialisierung, kam es zu einer institutionellen Sonderstellung der Medizin. Neue Kategorien, wie „heilbar Kranke“ und „unheilbar Kranke“ wurden entworfen. In dem neu entstehenden Krankenhaus wurden nunmehr, nach dem damaligen medizinischen Wissenstand, nur noch „heilbar Kranke“ aufgenommen (vgl. Feuerstein 2008 S. 33ff). Alter wurde mit Beginn des 19. Jahrhunderts, als Ergebnis des medizinischen Diskurses<sup>13</sup>, mit Krankheit gleichgesetzt. Alter und Alterschwäche bildeten von nun an ein Begriffspaar. Der Beginn des „Alters“ wurde nun in etwa um das 50. Lebensjahr konstruiert, denn in dieser Phase würden „senile Degenerationserscheinungen“ manifest. Das höhere Alter wurde mit geistigem Verfall gleichgesetzt. Der kanadische Arzt William Osler (1849 – 1919), einer der bekanntesten Mediziner im englischsprachigen Raum, begreift alle über Vierzigjährigen als „*vergleichsweise nutzlos*“, alle über Sechzigjährigen als „*vollständig entbehrbar*“. Als Konsequenz daraus sieht er in einem „*friedlichen Abgang der älteren Menschen durch Chloroform*“ (→ 4.1.9 in dieser Arbeit) eine Lösung. Die Gleichsetzung von Alter und Krankheit durch die Medizin fördert auch die Entwicklungslinien in der institutionellen Versorgung von älteren Menschen (→ 4.1.8 in dieser Arbeit). In den USA und überall in Europa wurden spezielle Einrichtungen für ältere Menschen, sogenannte „Altersheime“, gebaut (Ehmer 1990 S. 73ff).

Weit über den Beginn dieses Differenzierungsprozesses „der Armen“ hinaus, lässt sich die Struktur der in Anstalten verwahrten Personen als heterogen bezeichnen. Noch 1913 wurden die Menschen, welche im Leipziger Anstaltenwesen verwahrt wurden, in drei Klassen eingeteilt:

*„a) Sieche und Gebrechliche, geistig Schwache und Blöde jedes Alters, die weder in einem Kranken- noch Irrenhaus Aufnahme finden können;*

---

<sup>13</sup> Der französische Arzt Jean-Martin Charcot führt in den sechziger Jahren des 19. Jahrhunderts die erste systematische Studie über Krankheiten im Alter durch. Ignaz L. Nascher, ein New Yorker Arzt, in Wien geboren, schrieb 1914 das erste Lehrbuch der Geriatrie (Ehmer 1990 S. 74f).

*b) Verarmte, die wegen Alters oder anderer Ursachen geschlossene Pflege brauchen, aber ein ehrbares Leben hinter sich haben. Unter ihnen befindet sich eine große Zahl solcher, die ohne im streng armenrechtlichen Sinn arm zu sein, doch einer Anstaltsfürsorge bedürfen; sie haben zwar ein kleines, die Pflegekosten vielleicht deckendes Einkommen, entbehren aber des Beistandes von Angehörigen;*

*c) Leute, die schon seit längerer Zeit das sichere Steuer klarer Lebensführung verloren, mit dem Gefängnis oder ähnlichen Anstalten unerfreulich Bekanntschaft gemacht haben und auch jede Gelegenheit benutzen, mit dem Alkohol neue Freundschaft zu schließen“ (zitiert nach Konratowitz v. 1988 S. 105).*

Als zentrales Argument für die Differenzierung der unterschiedlichen Gruppen werden ihre unterschiedlichen Bedürfnislagen und die Reduzierung von Auseinandersetzungen angeführt, denen nur in eigens dafür vorgesehenen Anstalten begegnet werden kann.

*„Ein Zusammenleben dieser 3 Klassen in einer Anstalt führt naturgemäß zu den mannigfaltigsten Störungen. Blödsinnige Kinder z.B. stören die alten Leute und verleiden ihnen den Genuß des Gartens, werden auch von der unter c bezeichneten Gruppe nicht immer pädagogisch behandelt. Auf den Arbeits- und Wohnstätten, wo die Gruppen b und c vereinigt werden, sind ferner Streitigkeiten und Schimpfworte nur zu vermeiden, wenn stets ein Aufseher anwesend sein kann. Den Leuten der Gruppe c kann von einer nicht nur helfenden, sondern auch erzieherischen Armenpflege nur geholfen werden, wenn eine straffe Disziplin ihnen selbst einen Halt gibt. Diese ist am leichtesten einzuführen in einer Anstalt mit strenger Hausordnung. Unter einer solchen wird sich aber die Klasse b begreiflicherweise bedrückt fühlen“ (zitiert nach Kondratowitz v. 1990a S. 118).*

Dem separaten Anstaltsdiskurs über das Alter liegen nicht primär die unterschiedlichen Bedürfnislagen zu Grunde, denen Rechnung getragen werden möchte, sondern begründet sich vielmehr in der Option der „*Rationalisierung von finanziellen und sozialen Kosten*“ und beschreitet den Weg der „*Unausweichlichkeit der Institutionalisierung*“ (Kondratowitz v. 1988 S. 112) alter Menschen weiter, ohne nach anderen Möglichkeiten zu fragen.

#### **4.1.8 Differenzierungsbestrebungen ohne größere Reflexion**

Eine eigenständige Heimunterbringung von alten, pflegebedürftigen Menschen beginnt sich an der Schwelle vom 19. zum 20. Jahrhundert herauszubilden. Dies geschah einerseits durch die einfache Umbenennung der Anstalten und andererseits durch die Herauslösung der alten, pflegebedürftigen Menschen aus dem öffentlichen Armenwesen (vgl. Kondratowitz v. 1988 S 103, 105). Bestehende Traditionen wurden jedoch kaum reflektiert, bestanden oft weiter und wurden lediglich in ein anderes Gewand gesteckt (Falk-Veits 1998).

Ein Armenarzt beschreibt zur Jahrhundertwende die Vorteile einer solchen Pflegeanstalt folgendermaßen:

*„Das Wesen einer großen Armen-Pflegeanstalt besteht ... darin, dass die Arten von Armen, für die man im Leben keine Verwendung mehr hat, und welche, einzeln zur Versorgung übergeben, große Kosten verursachen, zusammenführt in eine gemeinsame und billige Verpflegung, wobei sie überwacht, vor Gefahren geschützt und dem öffentlichen Ärger nis entrückt werden“* (zitiert nach Kondratowitz v. 1988 S. 112).

Diese Beschreibung spiegelt die damals vorherrschende Meinung wider, die alte (pflegebedürftige) Menschen zum Kostenfaktor und somit zum gesellschaftlichen

Belastungsfaktor erklärt. Alte Menschen stellen ein öffentliches Ärgernis dar und werden an den Rand der Gesellschaft gedrängt.

Diese Art der Platzierung sollte kostengünstig organisiert sein und so wenig wie möglich gesellschaftlichen Aufwand erfordern (vgl. Kondratowitz v. 2005 S. 128).

Dieses an den Rand der Gesellschaft stellen spiegelt sich auch in den räumlichen Ansiedelungen der zu dieser Zeit in vielen europäischen Städten gebauten Versorgungsanstalten wieder (vgl. Plasser 1998b S. 260; Feuerstein 2008 S. 52). Beispielsweise wurde das „Wiener Versorgungsheim“, eröffnet am 15.9.1904, am südwestlichen Stadtrand von Wien errichtet (vgl. Praschinger 2005 S. 63ff), mit dem Ziel, so Karl Lueger in seiner Rede zur Grundsteinlegung am 7.10.1902: *„Tausenden von armen Wienern wird es hiedurch gegönnt, in der Vaterstadt in einem allen Anforderungen der Neuzeit entsprechendem Heim ihre Tage zu beschließen, (...)“* (zitiert nach Praschinger 2005 S. 66).

Über den Standort des Versorgungshauses der Stadt Salzburg, ob es an der Peripherie der Stadt oder in der Stadt selbst errichtet werden sollte, fanden im Gemeinderat kontroverse Diskussionen statt. Die Befürworter der Errichtung des Versorgungshauses in der Stadt argumentierten gegen die Verbannung von armen alten Leuten aus der Stadt, diese würden aus ihrer bisherigen Umgebung herausgeworfen werden und mit ihren Angehörigen, oft verheirateten Kindern, nicht mehr in *„beständiger Fühlung“* bleiben können. Ein weiterer Argumentationsstrang gegen den Bau des Versorgungshauses an der Peripherie hatte andere Hintergründe als das soziale Gefüge der armen Alten aufrechtzuerhalten. Die Zukunft des Nonntals sahen deutschnationale Stimmen nicht in der *„Ablage von Spitälern und Armenhäusern“*, sondern in zukünftigen Baustellen für Pensionen, Sanatorien, Landhäusern und Villen. Argumente für die Erbauung des Versorgungshauses am Stadtrand beinhalteten neben Erfahrungen aus anderen Städten auch hygienische Aspekte. Ebenso sprachen die Schwierigkeit, Gärten anzulegen und fehlende Erweiterungsmöglichkeiten gegen den Bau in der Stadt, weiters wurde die Ruhebedürftigkeit der Alten angeführt.



Schließlich entschied sich der Gemeinderat, nach langen intensiven Debatten, das Versorgungshaus an der Peripherie, im Nonntal, zu errichten (vgl. Weidenholzer 1998b S. 237ff).

In Wien wurden nicht nur ein zentrales Versorgungsheim und eine „Zentralirrenanstalt“, die „Niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke am Steinhof in Wien“, am Rande der Stadt als autarke Einheiten errichtet, sondern auch eine Zentralmarkthalle, ein Zentralschlachthof und ein Zentralfriedhof errichtet. Die optimierte Organisation der innerbetrieblichen Abläufe und ihre geographisch und soziale Ausgliederung aus der Stadt sind all diesen Bauten gemeinsam und lassen sich unter dem Leitbild der „Zentralisierung von Versorgungseinrichtungen“ zusammenfassen (vgl. Feuerstein 2008 S. 51f).

Im Jahre 1898 wurden die „Vereinigten Versorgungsanstalten“ im Nonntal zum fünfzig jährigen Regierungsjubiläum von Kaiser Franz Josef ihrer Bestimmung übergeben (vgl. Plasser 1998b S. 258). National und international wurden die beiden Versorgungshäuser in Wien und Salzburg von der zeitgenössischen Presse sowie von Besucherinnen und Besuchern aus dem In- und Ausland als „*Denkmal der Humanität und des Culturfortschrittes*“ (zitiert nach Plasser 1998b S. 263) gelobt. „*Mustergiltig*“ erscheint einer Besucherin des Versorgungshauses in Salzburg, welches sie 1907 besuchte, „*nicht nur der gewaltige Bau*“ sondern mehr noch „*die innere Leitung, die ganze Organisation und Disziplin, die fabelhafte Ordnung*“ und „*Reinlichkeit*“ (zitiert nach Falk-Veits 1998 S. 301). 1906 bezeichnete ein englisches Komitee, bestehend aus 35 Herren, Mitgliedern des englischen Parlaments sowie Bürgermeistern aus verschiedenen Städten Englands, nach einem Besuch des Salzburger Versorgungshauses, diese Anstalt als vorbildlich und sprachen ihre höchste Anerkennung aus (vgl. ebenda S. 301).

In ähnlicher Art und Weise wurde das „Wiener Versorgungsheim“ gerühmt. Ein englischer Teilnehmer einer Besichtigung der Anlage beschreibt sie „*als die*

*vollkommenste Institution ihrer Art ...*“ (zitiert nach Kogler 2005 S. 59). Plasser zufolge (1998b S. 265) führt die Bibliographie zur Architektur des 19. Jahrhunderts unter Altersheim das Wiener Versorgungshaus im 13. Bezirk an. Herausragend für die damalige Zeit ist die Pavillonbauweise, in der das Wiener Versorgungshaus erbaut wurde.

Die „Vereinigten Versorgungsanstalten“ im Nonntal bestanden nicht nur aus Wohngebäuden mit Schlafzellen, in denen die (alten) arbeitsunfähigen Menschen, getrennt nach sozialer Schicht, in Stockwerken untergebracht waren, Kirche und Park, sondern sie waren ein Wirtschaftsbetrieb mit eigener landwirtschaftlicher Produktion (vgl. Plasser 1998b S. 259). Besondere Bedeutung kam der hauseigenen Landwirtschaft des Versorgungshauses Nonntal zu. Die gesamte Gemüse-, Obst- und Fleischversorgung wurde von dem hauseigenen landwirtschaftlichen Betrieb bestritten. Im ganzen Land hatte die Schweinezucht der Ökonomie des „Versorgungshauses Nonntal“ einen guten Ruf. Sie trug zu beträchtlichen Einnahmen für das „Versorgungshaus“ bei, denn von allen Gauen kamen die Bauern hierher, um ihre Jungschweine zu kaufen. Für die Arbeit im Garten fielen keine Kosten für den Betrieb an, denn dazu wurden die noch arbeitsfähigen Pflinglinge herangezogen, welche verpflichtet waren, leichte Arbeiten für das Versorgungshaus zu verrichten. Wurde jedoch die zugewiesene Arbeit länger als einen halben Tag oder dauerhaft ausgeübt, erhielten die Pflinglinge einen Lohn (vgl. Falk-Veits 1998 S. 294; Fuxjäger 1998 S. 307f).

Das neu erbaute „Versorgungshaus Lainz“ umfasste unter anderem neben Pavillons, in denen getrennt voneinander (alte) arbeitsunfähige Männer, Frauen und Ehepaare untergebracht wurden, ein Beobachtungshaus, in dem Menschen untergebracht wurden, bei denen eine ansteckende Krankheit vermutet wurde, ein Isolierhaus, welches zur Unterbringung von Menschen, die an einer Infektionskrankheit litten, bestimmt war, Kirche und Garten (vgl. Praschinger 2005 S. 71ff) sowie auch einen „Geschäftsbetrieb“ (vgl. Ledebur 2005 S. 166). Zu diesem „Geschäftsbetrieb“ wurden unter anderem Werkstätten, die Hühner- und Kaninchenzucht und die landwirtschaftlichen Bebauungsflächen gezählt. In

den Werkstätten wurden beispielsweise Matratzen, Schuhe, Kleidung und Bettwäsche hergestellt. Mit der Produktion dieser Gebrauchsgüter wurde nicht nur der Eigenbedarf des „Versorgungshauses Lainz“ gedeckt, sondern auch der Bedarf anderer Wiener Versorgungshäuser. Ebenso wurden die hauseigenen Erträge aus der Landwirtschaft, aus der Hühner- und Kaninchenzucht nicht nur alleine für das Versorgungshaus an der Peripherie der Stadt genutzt (vgl. ebenda S.166f). Auch kann die Großküche zum Geschäftsbetrieb des Lainzer Versorgungshauses gezählt werden. Erst durch die Lieferung von Teigwaren an auswärtige Versorgungshäuser, war die Auslastung der Maschinen zur Teigwarenerzeugung gewährleistet (vgl. Kogler 2005 S. 47). Die Gemeindeverwaltung hielt in ihrem Bericht die besondere Rentabilität dieser Geschäftsbetriebe fest (vgl. Ledebur 2005 S. 166).

Für die Herstellung der Gebrauchsgüter, für die Bewirtschaftung der landwirtschaftlichen Flächen, für diverse Reinigungsarbeiten, für hauswirtschaftliche Tätigkeiten sowie für Betreuungs- und Pflegetätigkeiten wurden Pflinglarbeiterinnen und Pflinglarbeiter, meist unter Aufsicht von Fachkundigen, herangezogen. Im neuen Heimatgesetz von 1863 wurde die Arbeitspflicht der Armen als Gegenleistung für die ihnen gewährte Unterstützung grundsätzlich festgelegt (vgl. Ledebur 2005 S. 160).

Welch enorme ökonomische Bedeutung die Arbeitskraft der Pflinglinge, wie sie jetzt geschlechtsneutral genannt wurden, gehabt haben muss, zeigt das Verhältnis zwischen der Anzahl der aus dem Pflinglingsstand beschäftigten Arbeitern und Arbeiterinnen und der Angestellten im Versorgungsheim Lainz. Ledebur (2005 S. 167) führt an, dass im Jahre 1904 2.598 Pflinglinge im Versorgungsheim untergebracht waren. Davon waren 342 Personen sogenannte Pflinglingsarbeiter/innen. Im selben Jahr waren 215 Personen im Versorgungshaus angestellt. 1913 betrug die Anzahl der Pflinglinge 4.839 Personen, 612 von ihnen waren Arbeiter und Arbeiterinnen aus dem Pflinglingsstand, demgegenüber standen 386 Angestellte des Versorgungsheims. Die Pflinglingsarbeiter und Pflinglingsarbeiterinnen erhielten für ihre geleistete Arbeit, wenn diese über

die Hausarbeit hinausging, eine Entschädigung. Stets wurden die Freiwilligkeit und der Wert des Zeitvertreibes der Arbeit von den Verantwortlichen hervorgehoben. „ ... zur Vornahme der Feldarbeiten wurden ausschließlich Pfleglinge verwendet, die sich hierzu mit besonderer Vorliebe melden“ (zitiert nach Ledebur 2005 S. 166). Als „wohltätiger Einfluss“ wurde die Arbeit auf die Pfleglinge beschrieben. Die Pfleglinge, die im Versorgungsheim einer Arbeit nachgingen, „ ...befolgten gerne und willig die Anordnungen ihrer Vorgesetzten, halten die Bestimmungen der Hausordnung ein ...“, so der damalige Verwalter des Versorgungsheimes (zitiert nach ebenda S. 167). Folgender Passus in der Hausordnung, welcher besagt, dass bei Übertretungen als Strafe die „ ... Entfernung von der entgeltlichen Arbeit“ (zitiert nach Ledebur 2005 S. 162) erfolgt, lässt darauf schließen, dass die Pfleglingsarbeit vielmehr als Disziplinierungsmaßnahme eingesetzt wurde als aus humanitären Gründen, wie oftmals von den Verantwortlichen hervorgehoben.

Als ein weiteres tradiertes Gedankengebäude der Institution Pflegeheim kann in der „unbefragten Annahme einer weitgehenden Bedürfnisseinschränkung im Alter“ (Kondratowitz v. 1988 S. 110) gesehen werden, die noch bis in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts hinein die Heim- und Personalpolitik beeinflusst hat. Die Wurzeln dieser Denkfigur sind im traditionellen Modell einer unverrückbar fixierten Lebenskurve zu finden (ebenda S. 110).

Dieses Modell der Lebenskurve unterscheidet grundsätzlich drei Phasen. Alter wird als ein Teil dieser drei Phasen, die als Aufstieg, Höhepunkt und Abnahme bezeichnet werden, gesehen (vgl. Tews 1995 S. 19). In manchen Modellen ist von vier, sieben, zehn oder zwölf solcher Phasen die Rede. Dargestellt wird dieses Alterskonzept oft in Form einer Treppe, deren Höhepunkt der Mensch in der Mitte seines Lebens erreicht, bevor er wieder herabzusteigen beginnt. Durch das Lebenstreppekonzept wird das Leben in nicht erneuerbare Zeitsequenzen, wie Aufstieg, Stillstand und Abstieg gegliedert (vgl. Botelho S. 119).

Eine Versform des Lebenstrepfenmodells lautet:

*„Zehn Jahre: ein Kind, Zwanzig Jahre: Witz und Sinn, Dreißig Jahre ein erwachsener Mann, Vierzig Jahre: wohlgetan, fünfzig Jahre: stillstahn, sechzig Jahre: ein weiser Mann, siebenzig Jahre: wieder abelahn, achtzig Jahre: an Krücken gahn, neunzig Jahre: der Kinder Spott, hundert Jahre gnade dir Gott“* (Borscheid 1989 S. 45f).

Heute noch, so Tews (1995 S. 19) ist das „Defizitmodell“ des Alters, als einseitiges Auf- und Abstiegmodell, weit verbreitet. Das „Defizitmodell“ schreibt den im Lebenstrepfenmodell festgeschriebenen intellektuellen, seelischen und körperlichen Abbau mit zunehmendem Alter weiter fort (vgl. Prah/Schroeter 1996 S. 278). Somit kann das „Defizitmodell“ als Legitimation für defizitäre Betreuungsverhältnisse, in denen Freiräume fehlen, Individualität zu kurz kommt, alte Menschen nach bestimmten Defizit-Merkmalen sortiert werden, diesen mit „fürsorglichem Zwang“ begegnet wird, angenommen werden. Denn das „pathologische“ Verhalten der zu betreuenden alten Mensch resultiere demnach nicht aus erzieherischen Pflege- und Betreuungshandlungen, oder aus ungünstigen strukturellen Bedingungen, nicht aus der Unterdrückung der Individualität und der primären Orientierung an institutionsgeleiteten Zielen und Normen, sondern ist schicksalhaft mit dem Menschsein verbunden.

Die Wurzeln der „Disengagement-Theorie“ können ebenso in dem tradierten Modell der Lebenskurve gefunden werden. Die „Disengagement-Theorie geht davon aus, dass sich Personen mit zunehmendem Alter zurückziehen und frühere Aktivitäten und Rollen aufgeben. Die Vertreterinnen und Vertreter dieser Theorie postulieren, dass alte Menschen sich soziale Isolierung sogar wünschen. Der Wunsch nach Aktivität sei beim alten Menschen sogar abzulehnen, da er verhindere, dass sich der Mensch auf sein Lebensende einstellt und den Tod dann als selbstverständlich ansieht (Prah/Schroeter 1996 S. 279f). Die „Disengagement-Theorie“ erweist sich heute noch als sehr hilfreich, wenn alte Menschen die ihnen angebotenen Aktivitäts- und Unterhaltungsprogramme ablehnen oder ihnen mit Widerstand und „unangepasstem Verhalten“ begegnen.

Es muss darüber nicht reflektiert werden, ob die angebotenen Unterhaltungsprogramme den Bedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner entsprechen.

Die Lebensphasen, ihre festgefügte Struktur, ihre unverrückbare Ordnung, boten Trost und Stabilität sowie Verhaltensregeln an (vgl. Botelho S. 119) und bieten sie bis heute noch.

In den Worten eines zeitgenössischen Beobachters im Jahre 1904 spiegelt sich dieses Verwobensein wider, wenn er meint:

*„Zuletzt aber sei es vergönnt, diese ganze Aufzählung der Siechen mit einem friedlichen Bild abzuschließen, indem wir auf die Alten und Hochbetagten hinweisen, welche von der drückenden Last der Jahre gebeugt, pflegebedürftig geworden sind und sehnsüchtig auf den Augenblick warten, da der Herr sie aus der Unruhe der Zeit heimruft in seine ewigen Hütten“* (zitiert nach Kondratovitz v. 1988 S. 110).

Eine weitere traditionsüberformte Deutungsfigur im institutionellen Denken, welche zur alltäglichen Verwehrpraxis des Alters umdefiniert wurde und somit des Verhalten der Pflegepersonen wesentlich prägte und prägt, stellte *„die notwendige Rückkehr des Menschen im Alter zu einer „kindlichen Existenzweise“* dar (ebenda S. 110).

Wie mit diesen Alten, welche sich meist in einem *„glücklichen Kindeszustand befinden“*, umgegangen werden soll, wurde wie folgt festgeschrieben:

*„Wie Kinder können sie sich wiederum an kleinen Dingen freuen. Wie Kinder können sie auch durch Entbehrungen kleiner Dinge sehr aus der Stimmung kommen. Daher sind sie für jegliche Freundlichkeit, und namentlich auch für Mitteilung materieller Hilfen und kleiner Erquickungen meist sehr dankbar“* (zitiert nach Kondratowitz 1988 v. S. 110).

Für diese glücklichen und bedürfnislosen Kinder wurde ein minimaler Aufwand an Pflegeleistungen als ausreichend angesehen (ebenda S. 110). Koch-

Straube (2003 S. 367) spricht in ihrer Studie, „Fremde Welt Pflegeheim“, vom heute noch in der Altenpflege offen verbreiteten Bild der alten Menschen, die zu Kindern werden. Bewohnerinnen und Bewohner werden demzufolge wie unselbständige kleine Kinder behandelt und es wird mit ihnen in der Babysprache gesprochen (vgl. Sachweh 2002 S. 82, 99ff; Walsh/Ford 2002 S. 137).

Die rigide Hausordnung, gekoppelt mit dem Zwang zur Arbeit, machte auch vor den „würdigen“ Insassinnen und Insassen der Versorgungshäuser keinen Halt und findet ihren Niederschlag in dem starren Tagesablauf, dem sich alle Pfleglinge zu unterwerfen hatten.

Hygiene, Sauberkeit und Ordnung standen seit der Aufklärung im engen Zusammenhang mit Sittlichkeit und Moral der Armen. Denn nur durch Sauberkeit und Ordnung konnten die Pfleglinge zu einer, dem bürgerlichen Verständnis nach, „anständigen“ Lebensweise hingeführt werden. Im Versorgungshaus Nonntal bestimmte beispielsweise eine eigene Badevorschrift darüber, wann und wie oft eine Körperreinigung zu erfolgen hatte. Nur der Arzt konnte eine Befreiung von dieser Bestimmung erteilen, anderenfalls machten sich die Pfleglinge straffällig (vgl. Falk-Veits 1998). In der Zimmerordnung des Versorgungshauses Nonntal von 1904 findet sich das Verbot, *„Spiegel, Bilder u. dgl. in den Zimmern aufzuhängen, Nägel in die Wände und Kästen einzuschlagen“* (ebenda S. 297). Soziale Beziehungen unterlagen ebenso der Reglementierung von Hausordnungen. Nach der neuen Hausordnung von 1904 war es männlichen und weiblichen Pfleglingen gestattet, sich wochentags in der Zeit von 14 bis 16 Uhr und an Sonn- und Feiertagen in der Zeit von 14 bis 17 Uhr gegenseitig zu besuchen und Besuche von Bekannten und Verwandten zu erhalten (ebenda S. 294). In den dreißiger Jahren begann die Essensausgabe im Versorgungshaus Nonntal um Punkt 12 Uhr. Die Pfleglinge besaßen ein dreistöckiges Essgeschirr und mussten sich der Reihe nach anstellen. Die Mahlzeiten konnten je nach Belieben im eigenen Zimmer oder im Speisesaal eingenommen werden. Kranken oder gehbehinderten Personen wurde das Essen auf das Zimmer gebracht (vgl. Fuxjäger 1998 S. 309).

Staatliche und kommunale Instanzen begegneten der steigenden Verarmung der unteren Schichten bis hin zum Pauperismus mit dem Bau von Anstalten und Versorgungshäusern. Die dort untergebrachten Menschen wurden Insassen bzw. Insassinnen genannt. Der Begriff "Insasse" unterstreicht den Zwangscharakter dieser Institutionen. Die in den komplexen Großorganisationen kostengünstig untergebrachten armen, alten, kranken, pflegebedürftigen Menschen wurden verwahrt, überwacht, diszipliniert und wenn möglich wurde ihre Arbeitskraft für ihre kostengünstige Unterbringung ausgebeutet.

Ein Blick „sowohl als auch“ zeigt, dass diese Anstalten zweifelsohne auch Auffangcharakter hatten. Sie bewahrten ältere Menschen vor der Verelendung auf der Strasse sowie Familien der Unterschichten vor weiterer Verarmung, auf Grund des Aufwandes und der Kosten, die entstanden, wenn für alte pflegebedürftige Menschen im familiären Umfeld Sorge getragen wurde und diese nicht mehr zur Mehrung des Familieneinkommens beitragen konnten. Über die Pflegetätigkeit in den unterschiedlichen familialen sozialen Kontexten der letzten Jahrhunderte ist das Wissen über das Ausmaß und die konkrete Ausgestaltung, bis auf einzelne autobiographische Berichte, wenig bekannt. Zweifelsohne wurde der Zwang zur Pflege von Angehörigen in allen Familienkonstellationen als potentielle Bedrohung für den emotionalen und ökonomischen Familienhaushalt wahrgenommen. Die Auslagerung der Pflege aus der Familie blieb seit der frühen Neuzeit vor allem für weniger wohlhabende Familien attraktiv (vgl. Kondratowicz v. 2005 S. 127ff).

#### **4.1.9 Ausgrenzung und Vernichtung**

Die Diskussion um Vererbung, Euthanasie, Rassenfragen „wertes“ und „unwertes“ Leben begann bereits an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert. Die Forderung, weg mit den Schwachen, damit die Starken überleben können, fand ihren Nährboden nach dem verlorenen Ersten Weltkrieg (vgl. Dörner et al. 1989 S. 19f). In der Zeit der Inflation und der Wirtschaftskrise konnte die Gesellschaft noch mehr Alte nicht gebrauchen. Der Anstieg der mittleren Lebenserwartung



der Menschen, historisch herbeigeseht, wurde als „Überalterung“, „Vergreisung“ und „Belastung“ diffamiert. (vgl. Hahn 1994 S. 221; Kondratowitz v. 1988 S. 116). Das von Karl Binding und Alfred Erich Hoche verfasste Werk mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und Ihre Form“ ging 1920 in Druck und wurde ohne große Proteste aufgenommen (vgl. Butta-Bieck 2005 S. 197; Steppe 2001 S. 141). Das darin verschriftlichte Gedankengut mit seinen Begrifflichkeiten und Formulierungen sowie die deutlich und klar ausgewiesenen ökonomischen Interessen und Hintergründe der späteren Politik der Vernichtung (vgl. Steppe 2001 S. 142), gewannen mit den Nationalsozialistinnen und Nationalsozialisten an Bedeutung.

Im Parteiprogramm der NSDAP von 1920 wurde ein Ausbau der Altersversorgung gefordert. Nach der Machtübernahme im Jänner 1933 kam es lediglich zu einer Aufwertung der Alten auf der Ebene der Propaganda (vgl. Schlegel-Voß 2005 S. 277). Die nationalsozialistische Machtergreifung ermöglichte die Umsetzung rassenhygienischer und eugenischer Vorstellungen (vgl. Butta-Bieck 2005 S. 197ff).

Bewohnerinnen und Bewohner von jüdischen Alteneinrichtungen wurden abtransportiert und getötet, die Gebäude beschlagnahmt. Alte Jüdinnen und Juden nahmen sich in den Konzentrationslagern, im Warschauer Ghetto, angesichts bevorstehender Deportationen und im Zusammenhang mit dem Novemberprogramm 1938, das Leben (vgl. Hahn 2001 S. 137).

Theresienstadt wurde bereits im Herbst 1941 als Bestimmungsort für ältere österreichische und deutsche Jüdinnen und Juden in Betracht gezogen (vgl. Niklas 2009 S. 26ff). Auf der Wannsee-Konferenz wurde Theresienstadt als „*Altersghetto*“ bezeichnet und festgehalten: „*Juden im Alter von über 65 Jahren nicht zu evakuieren, sondern sie einem Altersghetto – vorgesehen ist Theresienstadt – zu überstellen*“ (zitiert nach Niklas 2009 S. 27).

Nach Kriegsbeginn verschlechterten sich die Lebensbedingungen in den Siechen- und Altershäusern drastisch weiter. Aufgrund des wachsenden Bedarfes an Pflegekräften in den Krankenhäusern und Lazaretten wurden geprüfte Pflegekräfte von den Siechenheimen abgezogen (vgl. Irmak 2002 S. 282). Durch das personelle Defizit waren und wurden die Insassinnen und Insassen noch vermehrt zur Mitarbeit in den Anstalten gezwungen. „*Alle Insassen*“, so die Forderung, sollten „*die ihnen irgendwie noch zur Verfügung stehende Arbeitskraft in den Dienst der Anstalt und damit der Allgemeinheit stellen*“ (zitiert nach Schlegel-Voß 2005 S. 266f). Sie wurden zu Arbeitskräften instrumentalisiert und letztendlich der Vernichtung preisgegeben.

Gehäuft kamen wieder „*Insassenwärter*“ zum Einsatz. In manchen Häusern gestaltete sich die Arbeitskräftesituation so dramatisch, dass die dort Untergebrachten sich ohne Pflege selbst überlassen blieben (vgl. Irmak 2002 S. 283). Die katastrophalen Defizite in der Pflege und Betreuung von Anstaltsinsassinnen und -insassen schufen zum einen Lebensbedingungen in den Anstalten, unter welchen die dort eingepferchten Frauen und Männer ein Verhalten, welches den „*gängigen Stereotypen und Vorurteilen von ‚Geisteskranken‘ entsprach*“, entwickelten und andererseits „*eine Atmosphäre, in der die Hemmschwelle für ihre Tötung beständig sank*“ (Schlegel-Voß 2005 S. 276).

1939 erging ein Erlass des Reichsministeriums im Rahmen der „planmäßigen Erfassung der Heil- und Pflegeanstalten“. Die Leitung der Anstalten wurde angewiesen, mittels eigens dafür konzipierten Meldebögen, Menschen, welche als „senil“, „stärker verwirrt“ oder „unsauber“ galten, auszuweisen. Diese Angaben dienten als Basis für die „Selektion“ und Ermordung der so erfassten Menschen. Die Ermordung von „Ballastexistenzen“ wurde über eine zentrale Dienststelle in Berlin organisiert (vgl. Schlegel-Voß 2005 S. 268; Steppe 2001 S. 144f, 152ff; Kondratowitz v. 1988 S. 127f).

Butta-Bick (2005 S. 200) führt an, dass im Versorgungshaus Lainz 346 Personen an die „Euthanasie Zentrale T4“ in Berlin gemeldet wurden. Die genaue

Anzahl der deportierten Personen ist nicht bekannt, sie erfolgte über Steinhof nach Ybbs und von dort nach Hartheim. Hartheim bei Linz, eine von sechs Anstalten der „Euthanasie Aktion T4“ und die größte Anstalt, in der nach der nationalsozialistischen Gedankenwelt „unwertes Leben“ vernichtet wurde, blieb am längsten in Betrieb.

*„Während die Alten in dieser ersten Phase wahrscheinlich noch geschont wurden“* (Hahn 2001 S. 133), ausgenommen Jüdinnen und Juden, kam es zu Selektionen, Verlegung und Tötung von geistig behinderten Menschen, die gemeinsam mit den Alten verwahrt wurden. Die übrig gebliebenen Alten wurden in speziellen Heimen konzentriert. So wurden Alters- und Pflegeheime für die Wehrmacht und andere kriegswichtige Interessen frei gelenkt. Der Transport und die Verlegung stellten für die alten pflegebedürftigen Menschen eine lebensbedrohliche Belastung dar. Die gezielte Freilegung wurde von den Verantwortlichen als Unterbelegung ausgegeben und es wurde versucht, die Geschehnisse vor der Bevölkerung zu verbergen (vgl. Hahn 1994 S. 224).

Dass *„alte Menschen nicht prinzipiell von den Euthanasie – Aktionen ausgenommen“* waren, so Schlegel-Voß (2005 S. 268), zeigt auch der Aktenvermerk eines Beamten des Reichsjustizministeriums im Jahre 1940, in welchem er seine Wahrnehmungen, die er während seines Erholungsurlaubes in Wien und Gmunden gemacht hatte, dokumentiert; er schreibt: *“daß (...) unheilbar Geistesranke aus ostmärkischen Irrenanstalten in solche des Altreiches überführt und dort nach wenigen Tagen ohne Wissen und Zustimmung der Angehörigen durch Verabreichung von Injektionen (?) von ihrem Leiden erlöst worden sind. (...) In Wien ist das Gerücht verbreitet, dass von dem gleichen Schicksal auch schon Insassen des Wiener Städtischen Altersversorgungsheimes in Lainz ereilt worden sind ...“* (zitiert nach Butta-Bieck 2005 S. 279). Auch Kondratowitz v. (1988 S. 124) weist darauf hin, dass Alte als „Altersranke“ durchaus von der „Erwachsenen-Euthanasie- Aktion T4“ betroffen waren.

Von den Funktionären der Gesundheits- und Sozialpolitik wurde das geplante, jedoch nicht in Kraft gesetzte „Euthanasiegesetz“ kontrovers diskutiert. Einigkeit hinsichtlich des Selektionskriteriums „normales“ und „krankhaftes“ Alter sowie „Geisteskrankheit“ fanden die Gesprächspartner nicht. Einigkeit erlangten sie jedoch über das Selektionskriterium der Arbeitsleistung, welches die Bevölkerung in „Unproduktive“ und „Produktive“ trennte (vgl. Schlegel-Voß 2005 S. 268; Irmak 2002 S. 371ff; Kondratowitz v. 1988 S. 128). Folgende Definition sollte die Entscheidung der Anstaltsführung über Leben und Tod, im Zusammenhang mit der Begrenzung von Lebensmitteln, der Überbelegung und der Personalreduktion „erleichtern“: *„Da nicht qualitative, sondern nur quantitative Unterschiede zwischen „normales Senium“ und Psychosen des Greisenalters bestünden, würde die Einführung des Begriffes ‚dauernde Pflegebedürftigkeit‘ die Entscheidung erleichtern“* (zitiert nach Irmak 2002 S. 372).

An der drohenden Ermordung alter pflegebedürftiger Menschen hat sich *„die Empörung der Öffentlichkeit entzündet“*. Proteste der Bevölkerung führten 1941 zum offiziellen Abbruch der „Aktion T4“ durch Adolf Hitler (vgl. Schlegel-Voß 2005 S. 270; Butta-Bick 2005 S. 207f), doch dies führte keineswegs zu einer Einstellung des Mordens. Vielmehr leitete der offizielle Abbruch eine neue Phase der Ermordung mit neuen Opfern, die so genannte „wilde Euthanasie“ ein, der schließlich auch „gesunde Alte“ zum Opfer fielen (Kondratowitz v. 1988 S. 128f).

In einem Telegramm eines deutschen Gesandten im Vatikan an das Auswärtige Amt ist zu lesen:

*„Von einflussreichen italienischen Freunden werde ich immer dringlicher auf hier verbreitete angeblich durch Londoner Rundfunk ausgewertete Gerüchte aufmerksam gemacht, denen zufolge in Deutschland Insassen von Irrenanstalten und Altersheimen durch einschlafende Mittel oder Einschränkung der Lebensmittelrationen beseitigt und zu Versuchsobjekten von Kampfgas gemacht würden. Die Angehörigen erhiel-*

*ten entweder Aschenurnen oder rührselig gehaltene Schreiben des Inhalts, alle Pflege und ärztliche Kunst hätten leider nicht vermocht, den Patienten zu retten. Die Anzahl der Opfer beläuft sich auf viele Tausende“ (zitiert nach Schlegel-Voß 2005 S. 270).*

Vereinzelt zeigte auch die Kirche Widerstand. Die Bischofskonferenz von 1940 verbot *„den katholischen Pflegeanstalten, aktiv bei der Verbringung ihrer Insassen mitzuwirken zwecks Vernichtung so genannten lebensunwerten Lebens“* (zitiert nach Butta-Bieck 2005 S. 207).

Der Salzburger Bischof Dr. Sigismund Waitz sowie der Westfälische Bischof Clemens August Graf von Galen verurteilten in ihren Predigten die Ermordung von „Unbrauchbaren“ (vgl. Schlegel-Voß 2005 S. 270; Butta-Bieck 2005 S. 208).

Bischof von Galen reflektierte in seiner Predigt am 3. August 1941 über die Euthanasie folgendermaßen:

*„Wenn einmal zugegeben wird, dass Menschen das Recht haben, „unproduktive“ Mitmenschen zu töten – und wenn es jetzt zunächst auch nur arme wehrlose Geisteskranke trifft -, dann ist grundsätzlich der Mord an allen unproduktiven Menschen, also an den unheilbar Kranken, den arbeitsunfähigen Krüppeln, den Invaliden der Arbeit und des Krieges, dann ist der Mord an uns allen, wenn wir alt und alterschwach und damit unproduktiv werden, freigegeben. (...) Dann ist keiner von uns seines Lebens mehr sicher“ (zitiert nach Schlegel-Voß 2005 S. 270f).*

Widerstand zeigte auch die Bevölkerung im Hinblick auf die Deportation von alten Menschen. Dies ist aus einer Tagebucheintragung von Joseph Goebbels zu entnehmen: *„Es haben sich da leider etwas unliebsame Szenen vor einem Altersheim abgespielt, wo die Bevölkerung sich in größerer Menge ansammelte*

*und zum Teil sogar für Juden etwas Partei ergriff“ (zitiert nach Niklas 2009 S. 27f).*

Keineswegs wurden durch den offiziellen Abbruch der Euthanasie-Aktion die Ermordungen und Freilenkungen der Alters- und Pflegeheime für Kriegserfordernisse beendet. Vielmehr wurde durch die „Aktion Brandt“ der Umgang mit den Menschen, die in Heil- und Pflegeanstalten verwahrt wurden, radikalisiert. Tötungen durch Nahrungsentzug sowie mit einer Überdosis von Medikamenten, welche von der T4-Zentrale nach einem Dosierungsmodell zur Verfügung gestellt wurden, gingen in einem noch größeren Umfang weiter. Alten Menschen mit einer schwächlichen Konstitution wurden die Überdosen von Medikamenten verwehrt, sie waren auf Grund ihrer Schwäche dafür prädestiniert, den Hungertod zu sterben. Mit den Diagnosen „Altersschwäche“ und „Altersbrand“ wurde versucht, das systematische Morden zu verschleiern (vgl. Irmak 2002 S. 375f; Steppe 2001 S. 144f).

Die zweite Mordphase, in der Zeit von November 1941 bis Kriegsende, wird als „Wilde Euthanasie“ bezeichnet und unterscheidet sich im Gegensatz zur ersten Mordphase, der „Aktion T4“ erheblich. Die Auswahl der Frauen und Männer, welche ermordet werden sollten, wurde nicht mehr zentral von Berlin aus vorgenommen und war nicht mehr planmäßig an Tötungskapazitäten orientiert, wie in der ersten Mordphase, sondern geschah dezentral, war am örtlichen Bedarf in den Anstalten selbst orientiert und wurde bei der Visite erledigt. Dadurch wurde das Selektieren und Ermorden *„Alltag nicht einiger weniger, sondern tendenziell aller Anstalten“*. Die Auswahl trafen die Ärztinnen und Ärzte, Pflegende hatten ein Mitspracherecht. Pflegende führten die Ermordungen selbständig durch, waren an der Vorbereitung und Verabreichung der Medikamente beteiligt und beobachteten ihre Mordopfer bis zum Eintreten des Todes (vgl. Steppe 2001 S. 145, 155ff; Schlegel-Voß 2005 S. 271f; Kondratowitz v. 1988 S. 130).

Für alte und/oder pflegebedürftige Menschen, sogenannte „Unproduktive“, welche nach dem nationalsozialistischen Denken Ressourcen banden, die für das Vorantreiben der kriegerischen Expansion sowie für die innere Ausrichtung auf einen „erbgesunden, leistungsfähigen Volkskörper“ benötigt wurden, gab es im nationalsozialistischen Gesellschaftsentwurf keinen Platz. Genauso wenig gab es durch die Allgegenwärtigkeit des Todes und des Überlebenskampfes der Menschen in den letzten Kriegsmonaten Platz, um für alte pflegebedürftige Menschen Sorge zu tragen (vgl. Schlegel-Voß 2005 S. 281). Das Altenheim war längst zum Synonym der Vernichtung geworden (vgl. Kondratowitz v. 1988 S. 132).

## **4.2 Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegeformen alter Menschen nach 1945**

Das Jahr 1945 stellte für die Anstaltsbewohnerinnen und -bewohner *„in der Regel keine Befreiung“* dar. Ihre elende Lage wurde durch die Hungerjahre prolongiert (Irmak 1998 S. 438). Auch sie litten in der Nachkriegszeit an den Einschränkungen der materiellen Versorgung. Exemplarisch ist in der Chronik des NÖ Landespflegeheims Baden, welches 1905 im der damaligen Zeitgeist gemäßen Pavillonstil erbaut wurde, für das Jahr 1946 zu lesen, dass die Lebensmittelknappheit eine Herabsetzung der Rationssätze erforderte und im August desselben Jahres *„erhielten die Pfleglinge und hier besonders die Kranken, das bei der Ausspeisung<sup>14</sup> übrig gebliebene Essen wie Kakao, Milchspeise oder gute, kräftige Suppe“*. Viel war dem Altersheim geholfen, als es am 7. August 1947 *„mit alten Kleidern und Wäsche durch das Schweizer Rote Kreuz versorgt“* wurde.<sup>15</sup>

*„Bereits im Vormonat“* notierte am 2.11.1946 die Rathauschronik, konnte durch Spenden aus dem Ausland, *„einer mehrmonatigen Ausspeise- und Lebensmittelpaketaktion für Personen, die in öffentlicher Dauerfürsorge stehen und über*

---

<sup>14</sup> Es ist die Schweizer Kinderausspeisung gemeint.

<sup>15</sup> <http://www.lph-baden.at/chronik/chronik-1946.html> (24.10.2009)

70 Jahre alt sind, begonnen werden“. Auf Grund weiterer Spenden konnte die „Hilfsaktion für alte Leute“ auf die über 70-jährigen ausgeweitet werden, „die nicht im Bezug einer Dauerfürsorgeunterstützung stehen“. Die Anzahl der Menschen, die durch die Spendenaktion „Helft unseren Alten“ unterstützt werden konnten, erweiterte sich von 4.000 auf 54.000 Personen.<sup>16</sup>

Aufgrund der Brennstoffknappheit wurden im Winter 1945/46 in Wien, aber auch in anderen Städten Wärmestuben eingerichtet. Die Wärmestuben waren von 14 bis 20 Uhr geöffnet und boten den ärmeren Bevölkerungsschichten die Möglichkeit, sich aufzuwärmen und ein heißes Getränk unentgeltlich und markenfrei zu erhalten. In den Anfängen der Wärmestuben war es auf Grund der schwierigen Ernährungslage noch nicht möglich, eine Suppe auszugeben, dies war jedoch angedacht und konnte in den kommenden Jahren umgesetzt werden. Die Berechtigung zum Besuch der Wärmestube wurde vom zuständigen Bezirksfürsorgeamt mittels einer Besucherkarte gegeben. In jedem Wiener Gemeindebezirk wurde mindestens eine Wärmestube eröffnet.<sup>17</sup>

Aus den Wärmestuben wurden in der Nachkriegszeit „Tagesheimstätten für alte Leute“, Anfang der 60iger Jahre wurden diese „Tagesheimstätten für alte Leute“ in „Pensionistenclubs“ umbenannt. Die heutigen „Seniorentreffs“ werden als eine neue Generation der „Klubs“ bezeichnet, und wollen die Ansprüche der „neuen“ Seniorinnen und Senioren, mit „seniorengerechter Möblierung, behindertenfreien Sanitäranlagen und Internet-Stationen“ erfüllen<sup>18</sup>.

#### 4.2.1 Die Phase der Institutionalisierung

Nach dem zweiten Weltkrieg wurden die Institutionen für alte und/oder pflegebedürftige Menschen stetig ausgebaut. Pflegeheime oder Pflegestationen in Altenheimen lösten die Siechenheime ab. Jedoch blieben Schlafsäle und Mehrbettzimmer, der Standard der Vorkriegszeit, bis in die 60er Jahre hinein beste-

---

<sup>16</sup> <http://www.wien.gv.at/ma53/45jahre/1946/1146.htm> (24.10.2009)

<sup>17</sup> <http://www.wien.gv.at/ma53/45jahre/1946/0146.htm> (24.10.2009)

<sup>18</sup> <http://www.wien.gv.at/bezirke/dezentralisierung/entscheidungsrecht/pensionistenklubs.html> (24.10.2009)



hen (vgl. Baumgartl 1997 S. 57). Ebenso zeigte die inhaltliche Konzeption der Pflege und Betreuung keine nennenswerten Brüche, vielmehr blieb sie im Altergebrachten verhaftet. Zarncke übt in ihrem 1957 erschienenen Buch „Das Alter als Aufgab“, in dem einzelne Institutionen der Altenpflege und -betreuung kritisch beleuchtet werden, folgende Kritik: *„Ältere Einrichtungen dieser Art (Altersheime Anmerkung d. Verf.) zeigen weiterhin noch das Saal-System, und es kommt dabei sogar vor, dass die Mahlzeiten neben den Betten gereicht werden (das Essen wird auf das Nachtschränkchen gestellt wie in einem Krankenhaus, obwohl die Bewohner nicht bettlägerig sind)“* (Zarncke 1957 S. 106). Blume bezeichnet in seiner 1962 erschienenen Studie „Alte Menschen in der Großstadt“ Pflegeheime als modernisierte Siechenheime (Blume 1962 S. 154).

Noch bis weit nach dem Zweiten Weltkrieg war die Wirklichkeit des Altenheims von dem auf die Bewohnerinnen und Bewohner ausgeübten Arbeitsdruck geprägt. Dieser Druck zur Mitarbeit resultierte aus der sozialen Logik des Armenwesens mit seinem Arbeitszwang, wandelte sich im Laufe der Zeit zur moralischen Verpflichtung der in Altenheimen wohnenden Menschen um, entspannte deren Situation aber keineswegs (vgl. Kondratowitz v. 1988 S. 111). 1955 soll es 350 „Arbeitspfleglinge“ im „Pflege- und Krankenhaus Lainz für Versorgungsbedürftige“ gegeben haben (Ledebur 2005 S. 172). In den 1953 herausgegebenen „Bestimmungen über die Verwendung von Pfleglingen in den Kranken- und Wohlfahrtsanstalten der Stadt Wien“ ist zu lesen, dass *„...die Beschäftigung der Altersheimpfleglinge eine vorwiegend therapeutische Maßnahme im Rahmen der geschlossenen Fürsorge darstellt. ... Es darf keine Betätigung von den Pfleglingsarbeitern verlangt werden, die über den therapeutischen Zweck, die Gesunderhaltung zu fördern, hinausgeht und ihnen keine Arbeitsverrichtung aufgetragen werden, zu welcher sie sich nicht bereit finden“* (zitiert nach ebenda S. 173).

#### **4.2.2 Vom Verwahren, Behandeln, Aktivieren bis hin zum „normalen“ Alltagsleben**

Bezogen auf die Entwicklungen, die Konzeption und die Bauweise lassen sich nach 1945 im Wesentlichen vier „Generationen“ von Pflegeheimen unterscheiden (Winter/Genrich/Haß 2000). Diese vier Typologien veranschaulichen eine Entwicklung auf architektonischer wie konzeptueller Ebene und lassen Rückschlüsse auf sich verändernde Lebens- und Arbeitsbedingungen in der stationären Altenpflege und -betreuung zu (Kaiser 2008 S. 25).

##### **Verwahranstalten – die erste Generation der Altenpflegeheime**

Die erste Generation der Altenpflegeheime, welche bis zu Beginn der 60iger Jahre des vergangenen Jahrhunderts anzutreffen waren, lassen sich mit dem Begriff „Verwahranstalten“, in denen die materielle Versorgung der alten Menschen im Vordergrund stand, charakterisieren. Die primäre Funktion des Pflegeheims der ersten Generation lag darin, dem alten Menschen einen Schlafplatz und einen Essplatz zur Verfügung zu stellen. Im Anstaltskonzept der ersten Generation des Pflegeheimbaus prolongierte sich die institutionelle Funktionstrennung „Schlafen in den Obergeschossen“ und „Aufhalten und Mahlzeiten einnehmen“ in den Untergeschossen (vgl. Kaiser 2008 S. 26) der Armen- und Siechenhäuser.

Den Einrichtungen der ersten Generation lagen weder ein Pflege- noch ein Wohnkonzept zu Grunde, vielmehr wurde das Leben der Insassinnen und Insassen noch immer (weitgehend) durch rigide Disziplinierungsmaßnahmen bestimmt. Die Bezeichnung der in diesen Einrichtungen „verwahrten“ alten pflegebedürftigen Menschen als „Insassen“ lässt den Zwangscharakter deutlich erscheinen (vgl. Winter/Genrich/Haß 2000 S. 8; Kaiser 2008 S. 27; Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 53; Irmak 2002 S. 194ff).

Erving Goffmann spricht in seiner 1961 publizierte Untersuchung mit dem Titel „Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates“ (Deutsch 1973), im Zusammenhang mit „totalen Institutionen“<sup>19</sup> ebenfalls von „Insassen“: *„In totalen Institutionen besteht eine fundamentale Trennung zwischen einer großen, gemanagten Gruppe, treffend Insassen genannt, auf der einen Seite, und dem weniger zahlreichen Aufsichtspersonal auf der anderen. Für den Insassen gilt, daß er in der Institution lebt und beschränkten Kontakt mit der Außenwelt hat“* (Goffman 1973 S. 18).

Goffman subsumiert unter seinem Begriff der „totalen Institution“ eine Vielzahl von Einrichtungen und fasst sie in 5 Gruppen zusammen. Dazu gehören neben (1) Anstalten (Leprosorien, Irrenhäuser und Tuberkulose-Sanatorien) für Personen, welche eine unbeabsichtigte Bedrohung für die Gesellschaft darstellen, Anstalten, (2) welche die Gesellschaft vor Gefahren schützen, wie Gefängnisse, Zuchthäuser, Kriegsgefangenenlager und Konzentrationslager, (3) Institutionen mit dem Zweck der verbesserten Durchführung von bestimmten Aufgaben wie Kasernen, Internate, Arbeitslager, große Gutshäuser und (4) religiöse Einrichtungen, wie Klöster und Abteien, die als Zufluchtsorte vor der Welt dienen sowie (5) Fürsorgeanstalten - Altersheime, Blindenheime, Waisenhäuser und Armenasyle - für Personen, die als unselbständig und harmlos gelten (vgl. Goffman 1973 S. 11).

Nicht alle totalen Institutionen sind in gleicher Weise allumfassend (vgl. Goffman 1973 S. 15), doch als idealtypisches Merkmal (ebenda S. 17) aller totalen Institutionen bestimmt Goffman, dass die, in allen westlichen Gesellschaften grundlegende Trennung der Lebensbereiche des Schlafens, des Arbeitens und der Freizeitgestaltung, aufgehoben ist. Alle Angelegenheiten der Insassinnen

---

<sup>19</sup> *„Eine totale Institution läßt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen“* (Goffman 1973 S. 11).

und Insassen finden für die Dauer ihres Aufenthaltes am festen Ort der Einrichtung statt. Ein hierarchisch gegliederter Stab von Funktionären stellt Regeln auf und überwacht die Einhaltung derselben. Die Existenz der Organisation legitimiert sich gegenüber der Gesellschaft durch ihre Ziele (ebenda S. 18).

Das Ziel der ersten Generation von Pflegeheimen war es, einen hohen Bedarf mit knappen finanziellen Mitteln abzudecken. Aus dem hohen Bedarf und den wirtschaftlichen Zwängen resultierten einfachste Versorgungsformen und schwierige Bedingungen, unter denen Pflege geleistet wurde. Die Anstalten waren mit zentralen sanitären Anlagen und Mehrbettzimmern ausgestattet. Es war nicht möglich, eigene Möbel mitzubringen, geeignete Betriebs- und Gemeinschaftsräume fehlten (Sowinski/Maciejewski 2000 S. 691; Kaiser 2008 S. 27; Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 53; Prahl/Schroeter 1996 S. 156). Begrifflichkeiten, wie „Zugang“ und „Abgang“ spiegeln ebenso wie der Begriff „Insasse“ die inhaltliche Konzeption der „Verwahranstalten“ wieder.

Die Menschen, welche in den Pflegeheimen der 1. Generation lebten, wurden „verwahrt“ und „bewahrt“. Die Pflege, die ihnen zuteil wurde, kann als „verwahrende“ und „substituierende“ Pflege bezeichnet werden (Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 53).

### **Orientierung am Krankenhaus – die zweite Generation**

Die Heime der 60er und 70er Jahre sind die Heime der zweiten Generation und können als Reaktion auf die Mängel der ersten Generation verstanden werden (vgl. Kaiser 2008 S. 27). Sie orientieren sich stark an der Institution Krankenhaus, an deren Technik, Hygiene und Ablauforganisation. Jetzt sind die dort wohnenden Menschen keine „Insassinnen“ und „Insassen“ mehr, sie sind zu „Patientinnen“ und „Patienten“, zu chronisch Kranken geworden und werden „behandelt“ (vgl. Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 53; Kaiser 2008 S. 28).

Einhergehend mit der Begrifflichkeit „Patientin/Patient“ sind die Begriffe wie „Aufnahme und Entlassung“ in Anlehnung an das Krankenhaus zu verstehen. Abgeleitet von der Institution Krankenhaus, leben die alten pflegebedürftigen Menschen auf „(Pflege)Stationen“. Ziel der zweiten Generation von Pflegeheimen ist es, die Behandlungs- und Pflegeabläufe zu optimieren und zu rationalisieren. Eine stereotype räumliche Anordnung, wie eine Überbetonung der Hygiene zeichnete diese Heime aus. Ein Konzept, welches die individuellen Bedürfnisse und die Wohnbedürfnisse in den Blick nimmt, fehlte den Häusern der zweiten Generation durchgängig. Durch das Einrichten von zentralen Gemeinschaftsräumen je Station wurde den Kommunikationsbedürfnissen formal Rechnung getragen. Pflegeheime wurden jedoch noch nicht als Wohnort für alte pflegebedürftige Menschen gesehen (Kaiser 2008 S. 28f; Prah/Schroeter 1996 S. 156). Es gab „Dienstzimmer“ und „Schwesternstützpunkte“, in denen die Pflegenden „stationiert“ waren. Diese Begrifflichkeiten erinnern an den Sprachgebrauch der Militärs (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 14), *„und kündigt von Mangel an Sensibilität im Sprachgebrauch, der sich von einer verdächtigen Nähe zu Krankenhaus und Gefängnis nicht abzugrenzen weiß“* (Amann 2004 S. 29). Das Pflegekonzept orientierte sich am damals dominierenden „Defizit-Modell“. Pflege wurde defizit- und medizinorientiert geleistet. Der alte pflegebedürftige Mensch wurde als passiv, durch Abbau und Funktionsmängel, welche als gegeben angesehen wurden sowie durch Defizite bestimmt, als „Pflegefall“ versorgt (vgl. Kaiser 2008 S. 28; Prah/Schroeter 1996 S. 156). Ressourcen der alten pflegebedürftigen Menschen wurden nicht in den Blick genommen, dadurch auch nicht erkannt und gefördert.

Als Parallelentwicklung zum Pflegeheim für bettlägerige, bzw. pflegebedürftige Menschen können die, je nach Ausmaß und Schweregrad des Pflege- und Unterstützungsbedarfs, Wohnheime und Altenheime gesehen werden (Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 53).

Beispielsweise wurde 1955 auf dem Gelände des Nonntaler Altersheims ein neues Gebäude mit 12 Kleinwohnungen und 16 Küchenzimmern errichtet. Kon-

zipiert war es für ältere Ehepaare ohne Pflege- und Betreuungsbedarf. 1966 wurde der so genannte „Krankentrakt“ des Pflegeheims Nonntal erweitert. Der Bedarf für eine weitere „Pflegeabteilung“ resultierte aus den zahlreichen Anträgen der Krankenhäuser, pflegebedürftige Personen in das Altersheim aufzunehmen, welche aus Platzmangel abgelehnt werden mussten (Weidenholzer 1998c S. 326).

In Wien entstanden für die wachsende Zahl von älteren Menschen in den 60er und 70er Jahren die Pensionistenwohnheime (Feuerstein 2008 14f). Die Gründe für diesen neuen Gebäudetypus, welcher sich nicht am Krankenhausbau, sondern an der Architektur eines Appartementhauses oder Hotelbetriebes orientierte, sind darin zu sehen, dass viele ältere Menschen in Substandardwohnungen, mit WC und Bassena am Gang, ohne Lift und mit Heizungen, für die der Brennstoff aus dem Keller geholt werden musste, lebten. Diese schlechten Wohnverhältnisse führten bei einem nur geringfügigen Unterstützungsbedarf der alten Menschen, welcher durch Mangel an formeller oder informeller Hilfe nicht kompensiert werden konnte, sehr oft dazu, dass die Betroffenen in ein Pflegeheim übersiedeln mussten, obwohl kein Pflegebedarf vorhanden war. Daraus resultierte, dass in den städtischen Pflegeheimen alte Menschen lebten, die mit der Bewältigung der Haushaltsführung, auf Grund von schlecht ausgestatteten Wohnungen überfordert wurden, jedoch nicht pflegebedürftig waren (vgl. Dinhof 1982 S. 133f). Die Antwort auf den gestiegenen Unterstützungsbedarf einerseits und die „Fehlbelegung“ in städtischen Pflegeheimen auf Grund „sozialer Indikation“ andererseits, war die Entwicklung einer stationären Wohnform, der Pensionistenwohnheime. Sie hatten zum Ziel, *„jenen betagten Wienern und Wienerinnen, die ihren Haushalt nicht mehr selber führen können, ein neues zu Hause zu schaffen“* (Pilch 1982 S. 135). Im Oktober 1963 erfolgte die feierliche Eröffnung des ersten, von Architektin Edith Lassmann konzipierten, Pensionistenwohnheims namens „Sonnenhof“ in der Donaustadt durch Bürgermeister Jonas und der Stadträtin Maria Jakobi (vgl. Hawlicek 2000 S. 6; Feuerstein 2008 S. 84). Dieses Wohnheim bietet Platz für 171 Bewohnerinnen und Bewohner in Einzel- und Doppelappartements. Den Bewohnerinnen und

Bewohnern wird die Möglichkeit gegeben, diese Wohnungen „mit eigenen Möbeln und Dingen, die ihnen ans Herz gewachsen sind“ (Pilch 1982 S. 135) zu gestalten. „Jeder Heimbewohner besitzt einen eigenen Wohnungs- und Haustorschlüssel“ (Pilch 1982 S. 136). Neben Gemeinschaftsräumen, wie Fernsehfrühstücks- und Hobbyraum, gab es ein Schwestern- und Behandlungszimmer sowie ein Krankenzimmer mit drei Krankbetten. In den Anfängen der Pensionistenwohnheime gab es eine strikte Trennung der Aufgaben zwischen Pensionistenwohnheimen und Pflegeheimen. Diese Aufgabenteilung wird einerseits in der geringen Anzahl der „Krankbetten“ und andererseits der zur damaligen Zeit nicht konzipierten Betreuung und Pflege im Appartement sichtbar. Bei dauerndem Pflege- und Betreuungsbedarf wurden die Bewohnerinnen und Bewohner in ein städtisches Pflegeheim transferiert. Demzufolge durfte auch zur damaligen Zeit beim Einzug in ein Pensionistenwohnheim kein Pflege- und Betreuungsbedarf<sup>20</sup> bestehen. Diese Vorgehensweise entsprach dem Konzept der Differenzierung der Anspruchsgruppen und der Spezialisierung der Pflege- und Betreuungseinrichtungen (vgl. Feuerstein 2008 S. 86). Alois Stacher (1982 S. 132) formuliert diese Spezialisierungsbestrebungen in der Pflege und Betreuung von alten Menschen wie folgt: *„Während das Pensionistenheim eine heimmäßige Zusammenfassung von Kleinwohnungen für weniger rüstige alte Menschen ist und den Bewohnern Verpflegung und die nötige Betreuung bietet, können chronisch pflegebedürftige Betagte bei Bedarf in einem der Pflegeheime der Gemeinde Wien verpflegt und gepflegt, also versorgt werden. Diese Pflegeheime entsprechen in ihrem Aufbau und in ihrer Funktion bereits geriatrischen Spitälern“.*

In der weiteren Planung und konzeptionellen Entwicklung der Pensionistenwohnheime wurde in die Häuser eine Abteilung für besondere Betreuung integriert. Die „Betreuungsstation“ ist für den wachsenden Bedarf von Bewohnerinnen und Bewohnern des Pensionistenheims gedacht, wenn diese vorüberge-

---

<sup>20</sup> Weitere Kriterien für den Einzug in eines der Pensionistenheime erinnern an frühere, an das Heimatrecht gebundene Bestimmungen, wie die österreichische Staatsbürgerschaft und der mindestens zwei Jahre andauernde Wohnsitz in Wien. Neu hingegen war die für den Einzug festgelegte Altersgrenze von 60 Jahren (vgl. Feuerstein 2008S. 84). Ebenso erinnert die dauernde Anwesenheit „des Verwalters oder seiner Vertretung“, welche mit ihren Familien im Heim wohnen (Pilch 1982 S. 139), an frühere Zeiten.

hend oder dauernd pflegebedürftig werden. Ziel dieser Abteilungen war es, den Bewohnerinnen und Bewohnern der Appartements ein Verbleiben in der gewohnten Umgebung trotz Pflege- und Betreuungsbedarf zu ermöglichen. Eine Übersiedlung in andere Pflegeinstitutionen war nun nicht mehr vorgesehen (Pilch 1982 S. 135ff).

Durch einen weiteren Entwicklungsschritt, gekoppelt mit dem vermehrten Pflege- und Betreuungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner der Pensionistenwohnheime, aber auch mit deren Ablehnung, bei Pflegebedarf in die „Betreuungsstation“ zu übersiedeln, die sie als „Endstation“ ansehen, wird die Pflege- und Betreuung im Appartement implementiert und ausgebaut. Begonnen wurde damit 1980, mit der Einrichtung der so genannten „Pflegehwohnungen“. *„Pflegehwohnungen“ sind „Einzelappartements, in denen zwei Pensionäre wohnen, die als Einzelperson Schwierigkeiten mit dem normalen Tagesablauf hätten“. Angedacht war, dass „neben der Möglichkeit der gegenseitigen Hilfe (...) diese beiden Heimbewohner von der jeweiligen Abteilung für besondere Betreuung mitbetreut“* werden (Pilch 1982 S. 145f).

### **Orientierung am Wohnen – die dritte Generation**

In den 80er und 90er Jahren entwickelte sich die dritte Generation der Heime, die erstmals versuchten, Pflegeerfordernisse mit den Bedürfnissen der dort lebenden Menschen zu verbinden. Pflegeheime werden nun als Orte des Wohnens und Lebens gesehen. Der eigene Wohnbereich kann nun mit eigenen Möbeln, Blumen, Bildern gestaltet werden. In manche Einrichtungen dürfen auch Tiere mit einziehen. In der Regel lassen sich jetzt Wohneinheiten mit einem Vorraum, einem Bad/WC, welches zentrale sanitäre Anlagen ersetzt, und einem Wohn/Schlafraum, manchmal mit einer Küchenzeile, finden. Die Wohnung, in der nun Pflege stattfindet, löst das sterile Krankenzimmer der zweiten Generation ab. Die „Pflegestation“ wird zum „Wohnbereich“, das Leitbild „Krankenhaus“ wird durch das Leitbild „Wohnheim“ abgelöst. Wohnbereiche fokussieren, im Gegensatz zu Pflegestationen, in deren Zentrum „Schlafen und Pflegen“



stand, Lebens- und Wohnaktivitäten (vgl. Kaiser 2008 S. 28f; Prah/Schroeter 1996 S. 157; Gennrich/Winter/Haß 2000 S. 11).

Die Bewohnerinnen und Bewohner „ziehen ein“, sie werden nicht mehr „aufgenommen“ oder als „Zugang“ geführt. Jedoch bedarf es nicht nur einer sprachlichen Oberflächenkorrektur allein, sondern eines Umdenkens aller Verantwortlichen. Eine Schärfung der Wahrnehmung ist ebenso notwendig, wenn es um die alltäglichen Beschreibungen von Pflege- und Unterstützungshandlungen geht, wenn Bewohnerinnen und Bewohner „verschickt“, „verlegt“, „fertig gemacht“, „gelagert“ und „abtransportiert“ werden.

Sukzessive erfolgte eine Werteverchiebung zu Gunsten des Wohnbereichs (vgl. Prah/Schroeter 1996 S. 157). In diesem Zusammenhang erhalten auch die Gemeinschaftsräume in den Wohnbereichen einen höheren Stellenwert. Aktivitäten, Mahlzeiten und Feste finden in den Gemeinschaftsräumen des jeweiligen Wohnbereichs, dezentral statt, und nicht wie früher in den Erd- und Untergeschoßen (vgl. Kaiser 2008 S. 29). Die „Patientin“, der „Patient“ wird zur „Bewohnerin“, zum „Bewohner“, die/der aktiviert wird. Tendenziell kommt es allmählich zur Ablösung des „Defizit-Modells“ durch das „Kompetenz-Modell“. Der primäre Blick richtet sich nun nicht mehr auf die Defizite der alten Menschen, sondern liegt auf den Fähigkeiten und den verbliebenen Möglichkeiten sowie dem Bedürfnis, diese Fähigkeiten zu erhalten und auszubauen (vgl. Sowinski/Maciejewski S. 691; Kaiser 2008 S. 29; Prah/Schroeter 1996 S. 157). Trotz der Abkehr von der sterilen Krankenhausatmosphäre bleiben die klassischen Heimstrukturen, wie zentrale Großküche und zentrale Wäscheversorgung, fernab von den Bewohnerinnen und Bewohnern, bestehen (vgl. Kaiser 2008 S. 30). Heinemann-Knoch übt ebenfalls Kritik, denn durch eine Auflösung von „Stationen“ zu Gunsten von „Wohngruppen“ ist das Heim lange noch nicht zu einem Wohnhaus mit Wohnungen geworden, das eine Achtung des Zimmers der Pflegebedürftigen als Wohnung zulässt und traditionelle Abhängigkeitsverhältnisse hinterfragt. Die Alltagspraxis zeigt, dass oft Menschen mit hohem Pflegebedarf in Zweibettzimmern wohnen, (Heinemann-Knoch S. 139) und kei-

nen Einfluss darauf haben, wenn sie aus Gründen der Ressourcenoptimierung in ein anderes Zimmer „verlegt“ werden.

## **Hausgemeinschaften – die vierte Generation**

Die vierte Generation des Pflegeheimbaus, das sind die stationären Hausgemeinschaften, sie verzeichnen ihre Anfänge in den 1990er Jahren.

Impulsgebend für die vierte Generation der Altenpflegeheime waren das „Anton-Pieck Hofje“<sup>21</sup> in den Niederlanden, wie auch die „Cantous“ (Feuerstellen) in Frankreich (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 16, 21; Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 65; Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 5).

In der vierten Generation der Pflegeheime wird das „Wohnen im Alter“ groß geschrieben (vgl. Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 54). Die Werteverstärkung zu Gunsten des Wohnens setzt sich weiter fort. Eine neue Ära im Pflegeheimbau, die so genannten Hausgemeinschaften, die sich als gemeindenahes Wohnangebot für pflegebedürftige alte Menschen verstehen, wurde mit der Ablösung von den traditionellen Heimen ab Ende der 90er Jahre eingeleitet (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 13; Kaiser 2008 S. 38f).

Dies bedeutet jedoch keineswegs, dass die Trendwende vollzogen ist (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 12). Vielmehr hat die neue Wohnform der Hausgemeinschaft Modell- und Projektcharakter, in Deutschland (Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 57) wie in Österreich (Geck 2002). Für Österreich kann von einer Durchdringung der Pflegeheimlandschaft durch Hausgemeinschaften auf keinen Fall gesprochen werden. Der Wandel der Prämissen vom Verwahren, Behandeln, Aktivieren bis hin zum „normalen Alltagsleben“ leben, darf nicht als lineare Entwicklung gesehen werden, vielmehr besteht dieses Umdenken, wie auch die Orientierung in der täglichen Arbeit, aus Gleichzeitigkeiten.

---

<sup>21</sup> Niek de Boer (1998 S. 45 – 48) sowie Kerstin Decker und Virginia Guerra (2002 S. 151 – 158) geben Einblick in Geschichte, Philosophie und Entwicklung des Anton-Pieck Hofje in Haarlem.

Hausgemeinschaften sind wohnortnahe, kleine, überschaubare Wohnformen für ältere pflegebedürftige Menschen, in deren konzeptioneller Ausrichtung Geborgenheit, Vertrautheit und Normalität im Mittelpunkt stehen. Auf Grund der Fokussierung auf „Normalität und Vertrautheit des Wohnumfeldes“ eignen sie sich besonders gut für ältere dementierende Menschen, *„ohne dass die Hausgemeinschaften dadurch den Charakter einer Sonderarchitektur annehmen“* (Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 9). Das Bedürfnis nach „Normalität und Vertrautheit des Wohnumfeldes“ haben nicht nur Menschen, die von Demenz betroffen sind, sondern alle Menschen. Aus diesem Grund lehnt das Kuratorium Deutscher Altenhilfe eine Sonderarchitektur für Menschen, die von Demenz betroffen sind, ab (Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 13). Ebenso wenig ist die Philosophie, die in den Wohneinheiten der Group Saumon umgesetzt wird, nicht explizit für dementierende alte Frauen und Männer entwickelt worden. Der Nutzen von kleinen Wohneinheiten bezieht sich auf alle pflege- und betreuungsbedürftigen alten Menschen (Leichsenring 1998 S. 7).

In einer Hausgemeinschaft leben 6 bis 8 (12) ältere pflegebedürftige und/oder dementierende Personen, familienähnlich – gleichsam als Haushaltsgemeinschaft zusammen. Jede und jeder der in der Hausgemeinschaft wohnenden Menschen hat innerhalb der barrierefreien Hausgemeinschaftswohnung ein eigenes in sich abgeschlossenes Zimmer oder Appartement, mit Dusche und WC, welches von der Bewohnerin, dem Bewohner selbst mit eigenen Möbeln und anderen vertrauten Gegenständen, gestaltbar ist (Kaiser 2008; Gennrich/Winter/Haß 2000).

Blimlinger et al. (1996 S. 3) stellen sehr anschaulich die Wichtigkeit der (materiellen) Vertrautheit dar: *„Die alten Menschen, die zum Beispiel beim Einzug in ein Pflegeheim ihr Hab und Gut auf ein Minimum reduzieren müssen, verlieren damit nicht nur materielle Werte, sondern auch Symbole ihres Lebens, vertraute Orientierungen und nach außen wirkende Repräsentanzen ihrer Biographie und ihrer Persönlichkeit“*. Neben der Bedingung der individuellen Gestaltbarkeit des privaten Raumes sollten auch die Bedingungen für eine nicht dominierende, qualitätsvolle Pflege gegeben sein, ohne das persönliche Ambiente zu beeinträchtigen. Die privaten Räume der Hausgemeinschaftsmitglieder sind um das

Zentrum der Hausgemeinschaft, einer offenen Küche<sup>22</sup> mit Wohn- und Essbereich gruppiert. Dort findet das alltägliche Leben der Hausgemeinschaft statt. Als zentrales Element der Wohnküche ist der Herd, im Sinn einer wärmenden Feuerstelle, so positioniert, dass er für alle in der Hausgemeinschaft Lebenden und Arbeitenden, erreichbar und sichtbar ist. Der wärmende und Leben spendende Herd dient als Metapher menschlichen Lebens überhaupt. Das alltägliche Gemeinschaftsleben spielt sich „rund um den Herd“ ab. Der Alltag ist für die Bewohnerinnen und Bewohner im Sinne der Aufrechterhaltung ihrer Alltagskompetenzen mitgestaltbar und/oder miterlebbar, wie für die täglich präsente Bezugsperson, die als Präsenzmitarbeiterin, als Präsenzmitarbeiter täglich anwesend ist und die Rolle der Hauswirtschafterin oder des Hauswirtschafters übernimmt; dem Bedarf entsprechend werden Pflegefachkräfte hinzugezogen. In Hausgemeinschaften wird versucht, keine Dominanz der Pflege zu leben, wie in traditionellen Einrichten, in denen die „*Insignien* der Pflege“ überall verteilt sind, und es kaum gelingt, „*zu vergessen, dass man sich in einem Pflegeheim befindet*“ (Koch-Straube 2003 S. 209). Vielmehr richtet sich das Pflegekonzept nach dem Grundsatz: „So viel Selbständigkeit wie möglich, soviel Pflege und Hilfe wie nötig“ aus. Der Tagesablauf wird nicht von Pfl egetätigkeiten (Funktionspflege) bestimmt, sondern orientiert sich an alltagsnahen Arbeitsabläufen (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 12f, 25; Kaiser 2008 S. 30f, 56ff; Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 9f, 20). Für Pflegefachkräfte besteht innerhalb des Hausgemeinschaftskonzeptes die Möglichkeit, sich vermehrt auf die Pflegeprozessplanung zu konzentrieren (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 15; Klie 2002a S. 279; Gennrich/Krämm er/Klöber 2004 S. 24).

Die Funktionspflege ist heute noch das weit verbreitete Pflegesystem in der stationären Altenpflege. Die Arbeitsabläufe richten sich nicht nach den Bedürfnissen und Wünschen der Bewohnerinnen und Bewohner, sondern danach, dass gewisse Tätigkeiten bei allen Bewohnerinnen und Bewohnern gleich und nacheinander durchgeführt werden (vgl. Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 23). Dadurch entstehen Arbeitsabläufe in Form von „Runden“ (vgl. Kämmer S. 159f).

---

<sup>22</sup> Die Küche ist so gebaut, dass sie auch für Rollstuhlfahrerinnen und –fahrer benutzbar und erlebbar ist.

Dieses System der Aufgabenzuteilung erzeugt Unzufriedenheit, bei den Pflegenden wie bei den Gepflegten. Denn die funktional orientierte Ausrichtung der Organisation von Pflegearbeit, lässt keinen Raum für Begegnungen, Spontaneität und Eigeninitiative (vgl. Walsh/Ford 2000 S. 189ff). Koch-Straube (2003) beschreibt in der Studie „Fremde Welt Pflegeheim“ unter anderem „*das ritualisierte morgendliche Waschen*“. Die Bewohnerin, der Bewohner wird durch die Tätigkeit an sich und den Zeitpunkt der Körperpflege fremdbestimmt, da beides nicht selbst gewählt werden kann. Rituale, die ein Einpassen und Anpassen der Bewohnerinnen und Bewohner an feste organisationale Strukturen erzwingen, können in Wohngemeinschaften leichter vermieden werden. Starre Regeln weichen einer bewohnerinnen- und bewohnerorientierten Flexibilität des Alltags. Nicht die Bewohnerinnen und Bewohner passen sich den Regeln der „Normalität der Einrichtung“ an, sondern die Organisation passt sich an die Normalität der Bewohnerinnen und Bewohner an.

Die gängige Funktionspflege, als eine Schwachstelle traditioneller Einrichtungen, wird durch das Leben des Hausgemeinschaftsprinzips weitgehend abgelöst (vgl. Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 23).

Die aus dem Krankenhausbau übernommenen „Schwesternstützpunkte“ werden zu Schreibplätzen oder Minibüros innerhalb jeder einzelnen Hausgemeinschaft. Der Begriff „Nasszelle“, der an ein Gefängnis erinnert, wird in der Philosophie des Hausgemeinschaftskonzepts genauso obsolet wie die Begrifflichkeiten, bzw. das Behördendeutsch „Bett“ und „Pflegeplatz“, die gebräuchlich sind, wenn im Zusammenhang des Umzugs eines alten pflegebedürftigen Menschen in ein Pflegeheim gesprochen wird. Dieser verräterische Sprachgebrauch drückt aus, dass ihr oder sein weiteres Leben im Pflegeheim, auf ein „Bett“ oder einen „Platz“ reduziert wird, und spiegelt oft die bewusste oder unbewusste Haltung der Organisationen (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 14, 19, 28; Prahl/Schroeter 1996 S. 154), aber auch der Gesellschaft wider, denn Organisationen sind in das gesellschaftliche Gefüge eingebettet und darin verankert.

Sprache kann auch als Spiegel von Denkstrukturen und traditionellen sowie kulturellen Werten und Normen, eines Welt- und Menschenbildes gesehen werden. Die Wahl der Worte drückt eine ganz bestimmte Wirklichkeit aus. Mit einem reflektierten Sprachgebrauch können Veränderungen eingeleitet werden, veränderte Wirklichkeit für heute und für morgen (vgl. Sitzmann 2005 S. 98ff). Klie (2002b S. 30) gibt zu bedenken, dass sehr wohl die Gefahr des „Etikettenschwindels“ besteht, wenn *„klassische Formen der Heimversorgung nur im modernen Gewand der sympathischen Hausgemeinschaften oder Wohngruppen daherkommen“*.

Das Leitbild des Hausgemeinschaftskonzeptes orientiert sich an der „Familie“, beziehungsweise „Familienähnlichkeit“ (Winter/Gennrich/Haß 2000, Kaiser 2008). Winter/Gennrich/Haß (2000 S. 22) weisen ausdrücklich darauf hin, dass „Familie“ im Hausgemeinschaftskonzept nicht als *„soziologische Kategorie“* gesehen wird, sondern sich vielmehr *„auf ein tief verwurzelt psychisches Muster menschlichen Zusammenlebens“* richtet, *„auf eine psychologische Dimension im Sinne von „Nestwärme“ oder auch (Ur)Vertrauen, der Grundbedingung für gelungene Persönlichkeitsbildung und Sozialisation“*. Winter/Gennrich/Haß (2000 S. 16) wenden sich auch gegen eine sozialromantische Vorstellung, die, so die Autoren, den Befürworterinnen und Befürwortern des Hausgemeinschaftskonzeptes (immer noch) unterstellt wird, indem sie Niek de Boer, einen der Initiatoren des niederländischen Wohnprojekts Anton-Pieck Hofje zitieren, der da meint: *„Wenn man es recht betrachtet, ist es eigentlich nicht grandios. Wir haben kein Paradies, wir sind keine Engel, und wir versuchen auch nicht, alle superglücklich zu machen. Bei uns herrscht nicht mehr und nicht weniger als das ganz normale Leben“*.

„Normalität“ und „Dezentralisierung“ stellen die Leitgedanken des Hausgemeinschaftskonzeptes dar. In Häusern, in denen das Hausgemeinschaftsprinzip gelebt wird, orientieren sich alle Aktivitäten an der individuellen Biographie, der speziellen Lebenswelt und der aktuellen Situation jeder einzelnen Bewohnerin, jedes einzelnen Bewohners (Kaiser 2008; Winter/Gennrich/Haß 2000). Die Ori-

entierung an dem pflge-theoretischen Modell der „Normalität“ stammt ursprünglich aus der Behindertenpädagogik. Bei diesem Ansatz wird nicht Krankheit oder Alter in den Mittelpunkt von Pflege und Betreuung gestellt, sondern im Zentrum der Pflege- und Betreuungsarbeit liegt die Integration von Alter und Krankheit in einen „normalen“ Alltag (Zielke-Nadkarni 2005 S. 101). Somit setzt eine an der Normalität und an der Lebenswelt orientierte Pflege und Betreuung *„ein Bild vom alten pflegebedürftigen Menschen voraus, das trotz aller Einschränkungen im Alter, die Vielfältigkeit alles Lebendigen, den Chancen, individueller Entwicklung und der Veränderung von Vorstellungen, Bedürfnissen, Wünschen und Zukunftsperspektiven Raum gewährt“* (Koch-Straube 2005 S. 221).

„Normalität“ und „Dezentralisierung“ beinhaltet ebenso eine Umorientierung der Architektur. Die Architektur der Hausgemeinschaften orientiert sich nicht mehr an Anstalten, Spitälern oder Wohnheimen, sondern an einer ganz „normalen“ Wohnung, welche von der Bewohnerin/dem Bewohner selbst eingerichtet und mit persönlichen Gegenständen gestaltet werden kann. Dies ermöglicht, dass sich auch desorientierte ältere Menschen in diesen Räumen zurecht finden und beinhaltet zugleich Mitbestimmung, wo das eigene Lebensumfeld beginnt beziehungsweise aufhört. Im eigenen Zimmer oder Appartement mit Vorzimmer, Dusche und WC ist genügend Platz, um Besuche zu empfangen, sich zurückzuziehen und gewohnten alt bekannten Aktivitäten nachzugehen. Das Raumkonzept der Hausgemeinschaften entspricht dem Bedürfnis eines jeden Menschen in der westlichen Kultur, ob jung oder alt, nach sozialem Leben und nach Privatheit mit Rückzugsmöglichkeiten (Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 16f; Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 9f, 23ff; Kaiser 2008 40ff). Hierzu zählt auch die Gestaltung von geschützten Außenbereichen, wie beispielsweise Gärten und Terrassen mit sinnstiftenden Betätigungsmöglichkeiten für Bewohnerinnen und Bewohner (vgl. Kaiser 2008 S. 41; Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 10). Gärten barrierefrei gestaltet, mit schattigen Nischen zum Verweilen, bieten für Bewohnerinnen und Bewohner ebenfalls die Möglichkeit, Vertrautheit zu erfahren

und sind als Bewegungsräume insbesondere für dementierende Menschen von besonderer Bedeutung.

In der Wohnküche, in ihrem Zentrum der Herd, spielt sich das ganz normale Alltagsleben ab. Corry F.M. Bosch hat in ihrer Studie „Vertrautheit“ (1998) aufgezeigt, dass „zu Hause“ im metaphysischen Sinn eine vertraute Umgebung, vertraute Tätigkeiten, vertraute Gerüche, vertraute Menschen etc. für dementierende alte Frauen und Männer symbolisiert. Vor allem für alte dementierende (Haus)Frauen, stehen Tätigkeiten, die für andere erbracht werden müssen, als Synonym für „zu Hause“. Alltagsnahe, altbekannte Tätigkeiten scheinen dieses Vertrautheitsgefühl vermitteln zu können. Bosch (1998 S. 66f) führt als Beispiel der Vermittlung von Vertrautheitsgefühlen das Backen von Keksen an. Gefühle der Vertrautheit entstehen nicht nur bei Frauen, *„die beim Backen mithelfen. Auch wenn die Pflegenden alleine backen, weil die Bewohnerinnen keine Lust dazu haben, kann dieses Gefühl entstehen. Viele Frauen sagen, daß es gut rieche. Die Atmosphäre ist anders, als ob alle ein wenig aufgeregte sind. Auch beim Anbieten der frisch gebackenen Kekse entsteht etwas Besonderes“*. In Hausgemeinschaften besteht die Möglichkeit, entsprechend der Biographie der Bewohnerinnen und Bewohner, des Wahrnehmens von und des Teilnehmens an vertrauten, altbekannten und sinnstiftenden Aufgaben.

Bei den Aktivitäten, die auf die Normalität des Alltags ausgerichtet sind, werden alle Sinne angesprochen, wenn gemeinsam gekocht, gebacken, gegessen, abgewaschen, gesungen, Geburtstag gefeiert wird. Hier werden informelle Kontakte gepflegt, wird das Gemeinschaftsleben aktiv mit gestaltet oder zumindest das alltägliche Leben in der Hausgemeinschaft erlebbar gemacht. Beispielsweise wird auf individuelle Frühstückzeiten der Bewohnerinnen und Bewohner Bedacht gelegt, wie darauf geachtet wird, dass die Bewohnerinnen und Bewohner ein ähnliches Frühstück, wie sie es früher zu sich genommen haben, erhalten. Demgegenüber gibt es fixe Eckpunkte in Anlehnung an ein „normales Familienleben“, um den Bewohnerinnen und Bewohnern vertraute Strukturen zu geben (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 12; Kaiser 2008 S. 52 ff; Knauf 2002).



Familienangehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, Freundinnen und Freunde, werden nicht als „Störfaktoren“ oder „passive“ Besucher gesehen, sondern sind in Hausgemeinschaften gern gesehene Gäste, die sich einbringen können, wenn sie wollen, *„ohne dem gesamten Druck der Pflege und Betreuung ausgesetzt zu sein“* (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 22, 42, 52). Hausgemeinschaften können somit auch eine Entlastungsfunktion für pflegende Angehörige darstellen, welche sich jedoch weiter an der Pflege- und Betreuung der in der Hausgemeinschaft lebenden Angehörigen beteiligen (können). Unterschiedliche Arrangements sind hier je nach Konzeption der Hausgemeinschaft und der Bereitschaft der Angehörigen aushandelbar (vgl. Leichsenring/Strümpel 1998; Leichsenring 1998). Neben straff geregelten Tagesabläufen in traditionellen Pflegeheimen, gehört es auch zum Selbstverständnis und zur Struktur, dass weder Leistungen von Angehörigen gefordert werden (vgl. Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 18, 32f), noch Mitarbeit von Bezugspersonen gebraucht wird (Geck 2002). Vielerorts wird diesem Wunsch der Mitarbeit von Angehörigen nicht Rechnung getragen, ihnen sogar die Mitarbeit untersagt. Nach Gennrich/Kämmer/Klöber (2004 S. 29) sollte die Mitarbeit der Angehörigen ein *„integraler Baustein in jedem Hausgemeinschafts-Konzept“* sein. Bezogen auf neue Institutionsformen, betont Koch-Straube (2002 S. 156), wird die zukünftige Begleitung der älteren Menschen nicht mehr allein auf den Schultern der professionell Pflegenden ruhen: *„Um die Wahrung oder Wiederherstellung von Alltäglichkeit und Normalität zu garantieren wird es sinnvoll sein, gegebenenfalls Angehörige, Freunde, Nachbarn, freiwillige Helfer substanziell einzubeziehen“*.

Oberstes Ziel der Hausgemeinschaften ist es, so Winter/Gennrich/Haß (2000 S. 36) *„die Vertrautheit des Wohnens trotz Betreuungs- und Pflegebedarfes auch im Alter zu gewährleisten sowie den normalen Alltag - mit Arbeit und Freizeit, mit Essen und Trinken, Kontakten und Rückzugsmöglichkeiten auch mit Reibungsflächen in den Vordergrund des Erlebens zu rücken“*. Sinnstiftende Aktivitäten zu setzen, die an die Biographie der Bewohnerinnen und Bewohner anknüpfen, bedeutet, viele Elemente des früheren Lebens in den Vordergrund zu

stellen und in das Hausgemeinschaftskonzept zu integrieren (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 19).

Die Hausgemeinschaften sind autonom, sie versorgen sich hauswirtschaftlich weitgehend selbst. Sie können sich organisatorisch und/oder räumlich mit anderen Hausgemeinschaften in einer anderen Region oder Nachbargemeinde vernetzen, oder in Kombination mit einem traditionellen Pflegeheim, mit betreutem Wohnen oder mit ambulanten Diensten betrieben werden. Die Kombination von Hausgemeinschaften bzw. die Vernetzung mit anderen Hausgemeinschaften ermöglicht auf der Ebene des Managements, der Qualitätssicherung und der Betriebswirtschaft eine bessere Basis und wirkt der Fragilität von Hausgemeinschaften entgegen (Finanzierung der Nachtdienste, Ausfall von Mitarbeitenden). Aber auch die Sicherstellung der Qualität, die Erarbeitung und Einhaltung von Qualitätsstandards bis hin zur Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterqualifizierung im Sinne des Hausgemeinschaftsprinzips seien hier erwähnt (vgl. Gennrich/Winter/Haß 2000 S. 12, 52; Klie 2002b S. 31f; Klie 2002a S. 280f; Böhler et al. 2002 S. 90; Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 10f). Trotz der unterschiedlichen Ausprägung von Wohngruppen bzw. Hausgemeinschaften haben sie ein zentrales Prinzip gemeinsam: *„Das Miteinander leben steht vor dem Versorgen!“* (Dibelius/Uzarewicz 2006 S. 56)

Nach Koch-Straube (2002 S. 156) ist in kleinen, sich autonom organisierenden Wohngruppen *„eine entfaltete Beziehung unter den alten Menschen und zwischen Pflegenden und alten Menschen überhaupt erst möglich“*.

Eine Hausgemeinschaft bietet nicht nur den Bewohnerinnen und Bewohnern ein hohes Maß an Wohn-, Betreuungs- und Pflegequalität, somit Lebensqualität, sondern auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein hohes Maß an Arbeitszufriedenheit (vgl. Winter/Gennrich/Haß 2000 S. 42, 49ff). Irritation, so Klie (2002b S. 31), ruft das Hausgemeinschaftsprinzip manchmal bei Pflegefachkräften hervor, und zwar *„durch das ihnen abverlangte ambulante Denken in stationären Versorgungsformen“*. *„Sie aber, die Pflegefachkräfte sind es, die*

*Wohngruppen und Hausgemeinschaften erst (fachlich) ermöglichen“* (ebenda S. 31). Jedes Wohngruppen- bzw. Hausgemeinschaftskonzept, so Böhler et al. (2002 S. 89), lebt „*von Persönlichkeiten, die in ihrer Berufsrolle und als Person hinter dem Konzept stehen*“. Nicht nur durch architektonische Veränderungen allein, sondern durch ein Umdenken, eine Veränderung der Einstellungen, der Haltung und des Verhaltens, nicht nur bei den Mitarbeitenden in Hausgemeinschaften, sondern auch bei den politischen Verantwortlichen, Ministerien und zuständigen Behörden, Heimträgerinnen- und Heimträgern sowie bei den Nutzerinnen und Nutzern im engeren und weiteren Sinn, lassen sich alltagsnahe Konzepte realisieren beziehungsweise in die bestehende Pflege- und Betreuungslandschaft integrieren und eine Krankenhausorientierung überwinden (vgl. Scholta 2008 S. 406f; Gennrich/Kämmer/Klöber 2004 S. 12) – die Alternative zur Normalität werden.

Als Parallelentwicklungen dazu können Konzepte der Kurzzeitpflege und Tagespflege angesehen werden (Dibelius/Uzarewicz 2006 S.54). Ziel der Kurzzeitpflege sowie der Tagespflege ist es, pflegende Angehörige temporär zu entlasten, um dadurch das familiäre Pflege- und Betreuungspotential aufrecht zu erhalten (→ Kapitel 3.4.2, 3.4.3 in dieser Arbeit).

#### **4.2.3 Gegen den Strom schwimmen und in einem Garten leben**

Kursatorisch wird nun die Eden-Alternative und die Salmon Group vorgestellt. Die Menschen, die hinter der Eden-Alternative und der Group Salmon stehen, setzen sich in der Betreuung und Pflege von alten pflegebedürftigen und/oder dementierenden Menschen dafür ein, dass die Alternative zur Normalität wird.

Beide „Initiativen“ haben sich aus der Unzufriedenheit mit traditionellen Großinstitutionen in der Pflege und Betreuung von alten Menschen heraus entwickelt und entwickeln sich weiter (Leichsenring 1998; Leichsenring/Strümpel 1998; Thomas 2006; Monkhouse/Wapplinger 2003).

## Eden-Alternative

Wilhelm H. Thomas, Begründer der Eden-Alternative, nahm, als er 1992 in einem New Yorker Pflegeheim als Arzt arbeitete, die Einsamkeit, die Hilflosigkeit und die Langeweile der alten dort lebenden Menschen wahr. In weiterer Auseinandersetzung mit den Bewohnerinnen und Bewohnern und deren Lebensbedingungen, den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und deren Arbeitsbedingungen erkannte er, dass trotz hoher Qualitätsstandards und großer Anstrengung durch die Mitarbeitenden Einsamkeit, Langeweile und Hilflosigkeit nicht aufzulösen waren, sondern vielmehr im medizinisch oder institutionellen System der Langzeitpflege, mit seinen starren Regeln und Strukturen, seiner Effizienz und Konformität verortet sind. Herkömmliche Altenpflegeeinrichtungen unterbinden Vielfalt und Spontaneität, weil dadurch die starre Ordnung gestört werden könnte (Thomas 2006 59f, 65). Monkhaus (2002 S. 18) spricht in diesem Zusammenhang von „*einem historischen Irrtum*“. Aus diesen Erfahrungen und Erkenntnissen heraus entwickelte Wilhelm H. Thomas gemeinsam mit Judith Mayers-Thomas und engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Eden-Alternative und sie begannen diese Philosophie in die Praxis umzusetzen. Die Vision, „*das Leben in einem Altenheim sollte gestaltet sein wie in einem lebensspendenden Garten*“ mit Vielfalt, Farben und Wärme, führte die Gründerinnen und Gründer zu dem Namen Eden-Alternative (Thomas 2006 S. 60).

Mittlerweile lässt sich die Philosophie der Eden-Alternative, Ansätze davon in vielen Einrichtungen auf der ganzen Welt, so auch in Österreich<sup>23</sup>, wiederfinden (vgl. Thomas 2006 S. 65ff; Paolino/Peverelli 2007; NPO-Institut 2004 S. 64). Jedoch ist es mit der Implementierung der Eden-Alternative allein nicht getan, vielmehr beginnt die Reise erst jetzt.

---

<sup>23</sup> Exemplarisch seien hier das Pflgewohnhaus der Caritas in Lannach in der Steiermark und das GZ-Donaustadt in Wien angeführt.

Ziel der Eden-Alternative ist es, das Streben nach einer nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität in Langzeitpflegeeinrichtungen für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern.

Die Eden-Alternative möchte der Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile entgegenwirken. Sie will die Welt und das Leben, die „Normalität“ in die Altenpflegeheime holen, das „normale“ Leben zulassen. Sie orientiert sich am „Normalitätsprinzip“. Normalität im Lebensalltag bedeutet Vertrautheit, Vertrautheit bewirkt Geborgenheit und Sicherheit

Es geht um eine neue Art des Denkens über alte pflegebedürftige Menschen, somit über die Pflege und Betreuung in herkömmlichen Altenheimen. Die Eden-Alternative geht davon aus, dass das Bedürfnis auch im hohen Alter noch zu wachsen, sich zu entwickeln, allen Menschen gemeinsam ist. Pflegeheime sollen/müssen nicht „Endstation“ sein, sondern Lebens- und Wohnorte für Personen mit und trotz Pflegebedarf (vgl. Thomas 2006, Monkhaus/Wapplinger 2003). Sie basiert auf folgenden zehn Prinzipien<sup>24</sup>:

1. Die drei Qualen – **Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile** - (Hervorhebung im Original) sind für den Großteil des Leidens unserer alten Menschen verantwortlich.
2. Eine Gemeinschaft, die das Wohl alter Menschen in den Mittelpunkt stellt, verpflichtet sich dazu, eine menschengerechte Wohnumgebung zu schaffen, in der sich das Leben um einen kontinuierlichen engen Kontakt mit Menschen, Tieren und Pflanzen dreht. Es sind diese Beziehungen, die sowohl den Alten wie den Jungen einen Weg zu einem lebenswerten Leben weisen.
3. Eine liebevolle Begleitung ist ein wirksames Mittel gegen Einsamkeit. Alte Menschen verdienen Zugang zur Gesellschaft von Menschen und Tieren.
4. Eine menschliche Gemeinschaft sorgt dafür, dass die alten Menschen sowohl Fürsorge erhalten als auch selbst anderen Wesen Fürsorge angedeihen lassen können.

---

<sup>24</sup> [www.eden-institut.net](http://www.eden-institut.net) (4.12.2009)

5. Eine menschliche Gemeinschaft sorgt für Abwechslung und Spontaneität, indem sie ein Umfeld schafft, in dem unerwartete und unvorhersehbare Ereignisse stattfinden können.
6. Sinnloses Tun zerstört den menschlichen Geist. Wenn wir Gelegenheit bekommen, Dinge zu tun, die wir für sinnvoll halten, trägt dies wesentlich zu unserer Gesundheit bei.
7. Medizinische Behandlung sollte im Dienste echter menschlicher Fürsorge stehen.
8. Eine menschliche Gemeinschaft bringt den alten Menschen dadurch Respekt entgegen, dass sie die bürokratische Autorität der Leitungsebene in den Hintergrund treten lässt und versucht, die Entscheidungsbefugnis so weit wie möglich in die Hände der alten Menschen bzw. ihrer nächsten Angehörigen zu legen.
9. Die Schaffung einer menschlichen Gemeinschaft ist ein nie endender Prozess. Menschliches Leben darf nie getrennt von menschlichem Wachstum gesehen werden.
10. Eine weise Führung ist das entscheidende im Kampf gegen die drei Qualen. Sie kann durch nichts ersetzt werden.

Dr. William Thomas (1998) übersetzt von Ingrid Fischer-Schreiber (2003)

Die Grundsätze der Edenalternative stellen kein Rezept dar, sie sind keine Vorschriften, sondern sie sind als Leitsätze gedacht, um die Philosophie in den Alltag zu integrieren und einen Paradigmenwechsel einzuleiten (vgl. Thomas 2006 S. 67f). Sie dienen in den Eden-Schulungen als Diskussionsbasis und in der täglichen Arbeit als Leitgedanken (Paolino/Peverelli 2007 S. 195). Ebenso werden die drei zentralen Begriffe Hilflosigkeit, Langeweile und Einsamkeit<sup>25</sup> in den

---

<sup>25</sup> „Hilflosigkeit ist der Schmerz, den wir fühlen, wenn wir immer annehmen müssen, aber nie geben können.

Langeweile ist der Schmerz, den wir empfinden, wenn in unserem Leben Abwechslung und Spontaneität fehlen.

Einsamkeit ist der Schmerz, den wir fühlen, wenn wir Gesellschaft haben wollen, aber nicht haben können“ (Paolino/Peverelli 2007 S. 193).

Schulungen diskutiert. An der Eden-Schulung nehmen alle Berufsgruppen eines Hauses, beginnend bei der obersten Führungsebene teil (vgl. Paolino/Peverelli 2007 S 195ff). Exemplarisch können auch Bewohnerinnen und Bewohner, deren Angehörige und Bezugspersonen wie die Hausärztinnen, die Bürgermeisterin der Gemeinde und die Pfarrerin daran teilnehmen.

Die Eden-Alternative nimmt bei Neu- und Umbauten von Pflegeeinrichtungen Abschied von der traditionellen Pflegeheimarchitektur, die sich an Krankenhäusern orientiert. Stattdessen werden große Wohnungen gebaut, in deren Zentrum *„eine Wohnküche und ein Wohnzimmer stehen, so dass ein Gemeinschaftsleben möglich wird“*, auch für sehr pflegebedürftige alte Menschen. Denn auch sie fühlen sich in einer wohnlichen Umgebung wohler *„als in einem unpersönlichen Aufenthaltsraum“* (Thomas 2006 S. 63; Monkous 2002 S. 19). Die *„Orte der Geborgenheit“* – Thomas (2006 S. 92f) nennt die Hausgemeinschaften so - sollen sich möglichst wenig von den anderen Häusern in der Umgebung unterscheiden. *„Im Idealfall sollte jemand, der den **Ort der Geborgenheit** (Hervorhebung im Original) sucht, daran vorbeifahren, weil er so unauffällig ist“* (ebenda S. 92). Die Wohngruppen der Eden-Alternative orientieren sich am alltäglichen Leben der Bewohnerinnen und Bewohner. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Angehörige, Freundinnen und Freunde nehmen am alltäglichen Leben der Bewohnerinnen und Bewohner teil. Sie essen gemeinsam mit den Bewohnerinnen und Bewohnern, kochen sich in der Wohnküche eine Tasse Tee oder Kaffee. Die Wohngruppe ist das Zuhause der alten Menschen, dadurch bekommen auch die Angehörigen das Gefühl, sie/ihn in ihrem/seinem Zuhause zu besuchen. Die Gemeinschaftswohnküche ist ein Ort der Kommunikation. Im Sinne der Eden-Alternative brauchen alte Menschen echte Aufgaben, die sich an vertrauten Lebensgewohnheiten und Tätigkeiten orientieren und mit denen sich die Bewohnerinnen und Bewohner identifizieren können. Die Identifizierung mit der sinnvollen Beschäftigung schafft Erfolgserlebnisse und bewirkt letztlich eine Steigerung der Lebensqualität. Alle Mitarbeitenden nehmen nach der Eden-Philosophie an der sozialen Betreuung der Bewohnerinnen und Bewoh-

---

ner teil. Pflegende ziehen sich nicht ins „Dienstzimmer“ zurück. Kontakte mit den Bewohnerinnen und Bewohnern finden nicht nur im Vorbeigehen oder ver richtungsbezogen statt.

Es schneit, eine Mitarbeiterin holt einen Kübel voll Schnee und lässt eine Bewohnerin den Schnee spüren. Am Nachmittag werden Palatschinken zubereitet, Marmeladegläser kommen auf den Tisch, der Staubzucker dazu, wie zu Hause, einige bestreichen die Palatschinken selbst, anderen wird von der Mitarbeiterin oder einem Bewohner geholfen. Es darf gepatzt werden. Die eine rollt die Palatschinke selbst auf und isst sie mit der Hand, der andere legt sie penibel zusammen und isst mit Messer und Gabel. Hauptsache, es schmeckt und es macht Spaß. Nachts, wenn Bewohnerinnen nicht mehr schlafen können, bekommen sie ein Frühstück, lesen die Zeitung, hören gemeinsam mit dem Nachtdienst Musik (Thomas 2006; Monkhaus/Wapplinger 2003; Monkhaus 2002).

## **Salmon Group**

Die Salmon Group versteht sich als grenzüberschreitendes Netzwerk von Organisationen, das kleine betreute Wohneinheiten für alte Menschen mit Pflege- und/oder Betreuungsbedarf bereitstellt. Alle Projekte, die der Salmon Group angehören, sind aus der Suche nach Alternativen zum traditionellen Heim, in dem das medizinische Modell vorherrscht und als Gegenkonzept zur „Totalen Institution“ Pflegeheim entstanden (vgl. Leichsenring/Strümpel 1998 S. 4).

Folgende Projekte haben sich in der Groupe Saumon/Salmon Group zusammengeschlossen (Leichsenring/Strümpel 1998 S. 1).

- Fondation de France, Paris (Frankreich)
- L` Antennède, Brüssel (Belgien)



- Anton Pieck-Hofje, Haarlem (Niederlande)
- Asociacion Cicerón, Torrijos (Spanien)
- Haus am Bendstich, Meisenheim (Deutschland)
- PSS, Liverpool (Großbritannien)
- Ville de St. Herblain (Frankreich)

Anlässlich des "Jahres der älteren Menschen und der Solidarität zwischen den Generationen" wurde 1993 die Groupe Saumon/Salmon Group mit dem Ziel gegründet, *„wie die Lachse gegen den nach wie vor bestehenden „mainstream“ großer Alten- und Pflegeheime zu schwimmen und die Förderung alternativer Wohnformen für ältere Menschen in kleinen Einheiten und innerhalb der Gemeinde zu fördern“* (Leichsenring 1998 S. 12). Weitere Ziele der Salmon Group sind: ihre praktischen Erfahrungen mit anderen Projekten und Organisationen zu teilen, die Philosophie an andere Länder weiterzugeben und sie auch in Großinstitutionen zu tragen, die ebenfalls von den Erfahrungen des Netzwerkes lernen können (vgl. Leichsenring/Strümpel 1998 S. 1, 74).

Interessant ist, dass sich die Philosophie der Group Saumon aus zwei unterschiedlichen Ursprüngen entwickelt hat. Das Netzwerk vereint Projekte, die einerseits aus der Erweiterung der Hauskrankenpflege und andererseits aus der traditionellen institutionellen Pflege hervorgegangen sind (vgl. Leichsenring/Strümpel 1998 S. 4; Guisset 1998 S. 17).

Die Projekte, die sich in der Group Saumon vereinen, sind sehr verschieden. Dennoch werden sie alle in Übereinstimmung mit den im Folgenden dargestellten Grundwerten geführt (Guisset 1998 S. 19; Leichsenring/Strümpel 1998 S. 4ff):

- Normale Lebensweise

- Hilfe gemäß individuellen Bedürfnissen
- Reziprozität zwischen Pflegenden und Gepflegten
- In den eigenen vier Wänden leben
- Partnerschaft mit Familien
- Flexible Anpassung

Im Alltagsleben der Projekte findet die Philosophie auf Basis der lokalen Traditionen, der nationalen Kultur und der organisatorischen Rahmenbedingungen ihren ganz spezifischen Ausdruck.

In der Ville de Saint-Herblain in Frankreich übernehmen Angehörige am Wochenende und an anderen vereinbarten Tagen bestimmte Aufgaben und nehmen dadurch aktiv am Geschehen der Wohngemeinschaft und an der Umsetzung des Konzeptes teil (vgl. Leichsenring/Strümpel 1998 S. 4, 45; Puisay 1998 S. 26). Im Wohngruppenprojekt für ältere Menschen der PSS („Personal Social Services“ – Persönliche Soziale Dienste) in Liverpool leben jeweils drei Personen in einer barrierefreien Wohnung zusammen. Im Gesamten gibt es fünf Wohnungen, die sich in ein und derselben Straße befinden. In klein dimensionierten Einheiten ist es leichter, so Evans (1998 S. 42), *„die Hilfe auf die verschiedenen individuellen Bedürfnisse abzustimmen. Diese Form der Unterstützung nimmt darauf Rücksicht, dass ältere Menschen keine homogene Gruppe darstellen“*. In einem Haus der PSS leben alte Migrantinnen und Migranten aus China. Es gibt chinesisches Essen, chinesische Musik und Literatur sowie chinesisch sprechendes Personal. Das Haus passt sich den Bewohnerinnen und Bewohnern an und nicht umgekehrt. Weitere Wohngruppen für alte Menschen aus unterschiedlichen Einwanderungsgruppen sind in Planung (vgl. Leichsenring/Strümpel 1998 S. 6, 38ff; Evans S. 41ff).

Trainingsprogramme und „künstliche Freizeitaktivitäten“ finden im Haus am Bendstich, in dem ausschließlich Menschen mit Demenz leben, nicht statt. Vielmehr wird, um kognitive und funktionelle Kompetenzen zu erhalten, ge-

meinsam gekocht, gesungen und es werden ganz „normale“ Gespräche geführt. Auch gehört das Sterben und der Tod in diesem Haus zum ganz „normalen“ Leben. Sterbende Bewohnerinnen und Bewohner können ihr Leben weiterhin mit den anderen teilen (vgl. Leichsenring/Strümpel 1998 S. 6, 27ff; Stratmann 1998 S. 73f). Im Wohnprojekt in Torrijos, einem Projekt im ländlichen Raum Spaniens, leben dementierende Menschen und Menschen mit körperlichen Einschränkungen zusammen (Maroso/Fuentes 1998) und zeigen, so Leichsenring/Strümpel (1998 S. 24), *„eine Haltung der Solidarität und gegenseitiger Hilfe“*. Die Salmon Group preferiert weder den integrativen noch den segregativen Ansatz in der Betreuung von dementierenden alten Menschen. Letztendlich muss jedes Projekt seinen eigenen Weg finden und gehen, indem die Mitarbeitenden, die Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner in die Auseinandersetzung beispielweise wie folgt miteinbezogen werden: Was bedeutet normales Leben für dementierende alte Menschen? Spiegelt sich das „normale“ Leben wieder, wenn sich die „Normalität“ der Demenz in jeder Wohngruppe wiederfindet? (vgl. Leichsenring/Strümpel 1998 S. 72f).

Die Eden-Alternative, die Salmon Group und andere Hausgemeinschaftsprojekte orientieren sich an der Lebenswelt der alten pflegebedürftigen und/oder dementierenden Menschen. Dies bedeutet, dass sich die Pflege und Betreuung primär an den Belangen der Bewohnerinnen und Bewohner orientiert. *„Eine lebensweltorientierte Pflege setzt (...) ein Bild vom alten pflegebedürftigen Menschen voraus, das trotz aller Einschränkungen im Alter, der Vielfältigkeit alles Lebendigen, den Chancen individueller Entwicklung und der Veränderung von Vorstellungen, Bedürfnissen, Wünschen und Zukunftsperspektiven Raum gewährt“* (Koch-Straube 2005 S. 221).

Im Vergleich dazu nachstehendes Zitat:

*„Die Lebensweltorientierung befasst sich mit der wahrgenommenen Umwelt, die das Verhalten und Erleben einer Person beeinflussen und nicht allein mit der objektiven Wirklichkeit. Es wird davon ausgegan-*

*gen, dass die wahrgenommene Umwelt für Verhalten und Erleben bedeutsamer ist, als die so genannte objektive Welt“ (Entzian 1999 S. 107).*

Dies beinhaltet auch, dass Verhaltensweisen, nicht aus dem Blickwinkel der Störung, sondern als Ausdruck von Normalität gesehen werden müssen, die sich aus der individuellen, geschichtlichen und kulturellen Biographie heraus verstehen lassen (Bosch 1998).

Daraus ergibt sich, die Ausrichtung des Tagesablaufes an den lebenslangen Gewohnheiten und Eigenarten der Bewohnerinnen und Bewohner auszurichten, um eine Atmosphäre des „Daheim-Gefühls“ zu schaffen. Dies bedeutet einen Rahmen zu schaffen, in dem eine möglichst große Kontinuität gewahrt werden kann, viel von dem übernommen werden kann, was das Leben des alten, pflegebedürftigen Menschen bisher ausgemacht hat.

## **C Empirischer Teil**

### **5 Methodische Vorgehensweise**

In diesem Kapitel werden Begründungen für den Forschungsansatz gegeben und der Forschungsstil der Grounded Theory skizziert, um die Methodenwahl nachvollziehbar zu machen. In weiterer Folge werden die Datenerhebung, die Analyseschritte sowie ethische Überlegungen und die Gütekriterien thematisiert. Die Darstellung des Forschungsprozesses soll die Transparenz des Vorgehens und die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse verdeutlichen.

#### **5.1 Entscheidungen für den Forschungsansatz**

Wie heute 50 bis 65-jährige Frauen und Männer im ländlichen Raum bei Pflege- und Betreuungsbedarfes im Alter leben wollen, ist noch kaum erforscht, ein differenziertes Vorgehen mit explorativen Methoden ist daher erforderlich. Qualitative Forschung bietet sich immer dort an, *„wo es um die Erschließung eines bislang wenig erforschten Wirklichkeitsbereiches mit Hilfe von sensibilisierenden Konzepten geht“* (Flick/Kardoff von/Steinke 2009 S. 25). Zur Untersuchung der Forschungsfrage: *„Welche Wertigkeiten und Prinzipien haben 50 bis 65-jährige Frauen und Männer im ländlichen Raum für ihr Leben im Alter, wenn sie auf Pflege und Betreuung angewiesen sind?“*, erscheint der qualitative Ansatz zielführend, da es einerseits die persönlichen Erwartungen zu erfassen gilt und andererseits über diesen Themenbereich keine empirischen Untersuchungen vorliegen. Qualitative Forschung ist offen für *„das Unbekannte im scheinbar Bekannten“* (Flick/Kardoff von/Steinke 2009 S. 17).

## 5.2 Qualitative Forschung

Qualitativer Forschung liegt ein anderes Gedankengebäude zu Grunde als quantitativer Forschung. Grundsätzlich werden die beiden Forschungsansätze von unterschiedlichen Leitgedanken bestimmt. Besondere Bedeutung kommt der qualitativen Forschung bei der Erkundung von sozialen Zusammenhängen zu, da die Vielgestaltigkeit der Lebenswelten in modernen Gesellschaften eine neue Sensibilität für empirische Phänomene erforderlich macht. Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten aus der Sicht der Betroffenen darzustellen, von „innen heraus“ zu beschreiben. Sie möchte dadurch *„zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“* (Flick/Kardoff von/Steinke 2009, S. 14; Morse/Field 1998, S. 10).

## 5.3 Grounded Theory

Das methodische Vorgehen in dieser Arbeit orientiert sich an den Prinzipien der Grounded Theory, wobei ein wesentliches Merkmal dieser Theorie die Verschränkung von Datenerhebung und Datenanalyse ist. Den Kern des Forschungsprozesses bildet die Trias Daten erheben, das Kodieren und Memos schreiben (vgl. Corbin/Hildenbrand 2000 S. 160; Strauss 1998 S. 37).

Die Grounded Theory verfolgt das Ziel der Theoriebildung (Corbin/Hildenbrand 2000 S. 175), was nicht Gegenstand dieser Arbeit ist. Ziel der vorliegenden Arbeit ist vielmehr, die Vorgehensweisen der Grounded Theory einzusetzen. Anwendung finden die Verfahrensweisen dieses methodischen Ansatzes bei der Datenerhebung und der Datenanalyse. Strauss und Corbin (1996 S. 170) sehen die teilweise Anwendung der Grounded Theory als gangbar an, sie bezeichnen die Vorgehensweise des teilweisen Anwendens als *„konzeptionelles Ordnen“* unterschiedlicher Art und führen weiter aus, dass die Anwendung der Vorgehensweisen der Grounded Theory nicht voll ausgeschöpft, Ergebnisse erzielen kann, die der Grounded Theory genügen.

Die Prinzipien, denen diese Arbeit folgt sind:

- Wechselspiel zwischen Datenerhebung und Analyse der Daten
- Konzeptionelle Offenheit hinsichtlich der Erstellung des Gesprächsleitfadens
- Theoretical Sampling

Anselm Strauss antwortet in einem Gespräch mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie (2004) auf die Frage, was er als „Essentials“ der Grounded Theory ansehe, folgendermaßen:

*„Wenn ich nun sagen sollte, was zentral ist, würde ich drei Punkte hervorheben: Erstens die Art des Kodierens. Das Kodieren ist theoretisch, es dient also nicht bloß der Klassifikation der Beschreibung der Phänomene. Es werden theoretische Konzepte gebildet, die einen Erklärungswert für die untersuchten Phänomene besitzen. Das Zweite ist das theoretische Sampling. Ich habe immer wieder diese Leute in Chicago und sonst wo getroffen, die Berge von Interviews und Felddaten erhoben hatten und erst hinterher darüber nachdachten, was man mit den Daten machen sollte. Ich habe sehr früh begriffen, dass es darauf ankommt, schon nach dem ersten Interview mit der Auswertung zu beginnen, Memos zu schreiben und Hypothesen zu formulieren, die dann die Auswahl der nächsten Interviewpartner nahe legen. Und das Dritte sind die Vergleiche, die zwischen den Phänomenen und Kontexten gezogen werden und aus denen erst die theoretischen Konzepte erwachsen. Wenn diese Elemente zusammenkommen, hat man die Methodologie.“ [59]*

Im weiteren Verlauf des Interviews betont Strauss:

*„Ich halte den Stil der Grounded Theory für sehr variabel. Der Vorschlag, bei bestimmten Fragestellungen abgekürzte Verfahren anzuwenden, geht genau in diese Richtung. Man muss die Methodologie an die Fragestellung und die Randbedingungen anpassen. Seit Jahren supervidiere ich Forschungsarbeiten von Pflegekräften, das sind sehr praxisorientierte Fragestellungen, und da sind entsprechende Abstriche notwendig. Ich möchte überhaupt kein Purist sein, sondern ich möchte mit der Methode nützlich sein.“ [62]*

Die Grounded Theory wurde in den frühen 60er Jahren im medizinisch-pflegewissenschaftlichen Kontext von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss entwickelt (vgl. Corbin/Hildenbrand 2000 S. 171; Strauss/Corbin 1996 S. 9f). Mit der Grundsteinlegung der Grounded Theory verfolgten Glaser und Strauss die Zielsetzung, Qualität von Leistungen im Sozial- und Gesundheitswesen in den Mittelpunkt zu stellen (vgl. Haller 2000 S. 129).

Dem Stil der Grounded Theory liegen zahlreiche pflegewissenschaftliche Studien, wie beispielsweise: „Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen“ (Bosch 1998) und „Festgenagelt sein. Der Prozess des Bettlägerigwerdens“ (Zegelin 2005) zugrunde.

Die Wurzeln der Grounded Theory sind in zwei unterschiedlichen Denktraditionen zu finden. Barney Glaser steht in der Tradition der Columbia Universität, an der er ausgebildet und von Paul Lazarsfeld beeinflusst wurde, wenn er empirische Forschung in Verbindung mit der Entwicklung von Theorien sieht. Anselm Strauss wurde während seiner Zeit an der University of Chicago vom Interaktionismus und Pragmatismus beeinflusst, beispielsweise im Hinblick auf die Notwendigkeit in das Forschungsfeld zu gehen, um zu verstehen, was dort geschieht. Die Forschungstraditionen beider Universitäten zielten zudem darauf ab, Forschung zu betreiben, die sowohl für professionelles Publikum als auch für Laienpublikum bedeutsam sein könnte (vgl. Strauss/Corbin 1996 S. 9f).



Dem Denkgebäude des Pragmatismus folgend, dem Strauss angehört, ist „eine Spaltung zwischen Erkennendem und Erkanntem, Subjekt und Objekt, nicht anzunehmen, sondern eine Interaktion zwischen beiden. Die Objektivität bleibt dabei nicht auf der Strecke. Schließlich ist es das Material, das den Forschungsprozess steuert, und es ist die Kreativität des Forschers, die die Strukturiertheit des Materials offen legt“ (Hildenbrand 2009 S. 33).

## **5.4 Datenerhebung**

Im Folgenden wird die Datenerhebung thematisiert, um dadurch die Vorgehensweisen zu verdeutlichen. Wie bereits in Kapitel 5.3 in dieser Arbeit dargestellt, stellt die Erhebung und die Analyse von Daten in der Grounded Theory kein lineares Vorgehen dar. Vielmehr sind Datenerhebung und Datenanalyse in einem zyklischen Prozess miteinander verschränkt. Die getrennte Darstellung von Erhebung und Auswertung wurde gewählt, um die einzelnen Schritte nachvollziehbar zu machen.

### **5.4.1 Qualitative Interviews**

Als Methode der Datengewinnung wurden leitfadengestützte Interviews eingesetzt, die der Selbstdarstellung der Gesprächspartnerinnen und -partner genügend Raum ließen. Es erfolgte lediglich eine Vorgabe von Leitthemen, die als Gedächtnisstütze und Orientierungshilfe dienten, um die Gespräche in ausführlichen Erzählungen nicht zu behindern (Froschauer/Lueger 2003), und um den „Blick für interessante, nicht antizipierte Aspekte“ (Hopf 2009 S. 359) nicht zu verstellen. Die konzeptionelle Offenheit hinsichtlich der Erstellung des Gesprächsleitfadens lässt „viele Spielräume in den Frageformulierungen, Nachfragestrategien und in der Abfolge der Fragen“ (Hopf 2009 S. 351) zu. Zu Beginn der Datenerhebung stellt der Interviewleitfaden in der Forschungslogik der Grounded Theory nur einen anfänglichen Leitfaden dar. An ihm während des ganzen Forschungsprozesses starr festzuhalten, ließe keine neuen Entdeckun-

gen zu, doch „Entdeckungen sind das Ziel der Grounded Theory“ (Strauss/Corbin 1996 S. 152). Letztlich wurde der Interviewleitfaden durch das Theoretical Sampling zu einem offenen, flexiblen Instrument der Datenerhebung (→ 5.4.3 in dieser Arbeit).

Es wurden insgesamt sieben qualitative Interviews in zwei Bundesländern (Steiermark und Salzburg) durchgeführt. Sechs der geführten Gespräche wurden auf Tonband aufgezeichnet und nach den Richtlinien für die Gesprächstranskription nach Froschauer/Lueger (2003 S. 223f) transkribiert. Um die Authentizität zu bewahren, wurden Gespräche, wenn diese in Mundart geführt wurden, nicht in Hochsprache transkribiert, obwohl diese Vorgangsweise in der einschlägigen Literatur als schwierig dargestellt wird. Eines der sieben geführten Gespräche stellt ein Telefoninterview dar; die Aufzeichnungen, die während und nach dem Telefongespräch gemacht wurden, flossen ebenso in den Analyseprozess ein. Die Gesprächsdauer der Interviews betrug zwischen einer Stunde und vier Stunden, alle Gespräche wurden zeitnah ausgewertet (→ 5.5 in dieser Arbeit). Insgesamt wurden circa 2.700 Kilometer zurückgelegt, um die Interviewpartnerinnen und -partner, die alle in ländlichen Räumen leben, zu einem Gespräch treffen zu können.

#### **5.4.2 Zugang zum Forschungsfeld**

Der Feldzugang erfolgte zum Großteil über die Vermittlung von Kontakten durch Dritte. Eine Gesprächspartnerin wurde von mir direkt angesprochen und sie willigte zum Gespräch ein. Über die Vermittlung einer Interviewpartnerin erhielt ich Kontakt zu einer weiteren Gesprächspartnerin. Der Person in der Rolle der Vermittlerin von Kontakten, kommt in diesem Prozess eine große Bedeutung zu. Der Feldzugang gestaltete sich durch sie und ihre Kenntnisse der Menschen in ländlichen Räumen und die von ihr gesetzten vertrauensbildenden Maßnahmen als „viel einfacher“ als auf Grund meiner Vorannahmen angenommen.

### 5.4.3 Theoretical Sampling

Die Hauptkriterien für die Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner waren Alter und Lebensmittelpunkt, es handelte sich um im ländlichen Raum verteilte 50 bis 65-jährige Frauen und Männer.

Hinsichtlich der weiteren Auswahl von Personen und Daten, in der Sprache von Strauss/Corbin (1996 S. 149) „**Vorkommnisse auswählen**“ (Hervorhebung im Original), wurde nach dem Theoretical Sampling vorgegangen. Die in der Forschungslogik der Grounded Theory enge zeitliche Verschränkung von Datenerhebung, -analyse und Memo schreiben (→ 5.5.4 in dieser Arbeit) hat bedeutende Auswirkung auf das Auswahlverfahren. Demzufolge kann das Auswahlverfahren nicht nach einem vorab festgelegten Plan organisiert werden, vielmehr kommt es zu einer schrittweisen, gut durchdachten Entwicklung der Stichprobe (vgl. Strübing 2008 S. 30; Strauss/Corbin 1996 S. 150). Das Auswahlverfahren in der Grounded Theory wird als „Theoretical Sampling“ bezeichnet und stellt ein Verfahren, *„bei dem sich der Forscher auf einer analytischen Basis entscheidet, welche Daten als nächstes zu erheben sind und wo er diese finden kann“* (Strauss 1998 S. 70), dar. Das Sampling-Verfahren zielt in der Grounded Theory nicht auf ein *„repräsentatives Sampling“* (Strauss/Corbin 1996 S. 148), sondern auf die *„Repräsentativität der Konzepte“* (ebenda S. 161).

Anfänglich richteten sich die Entscheidungen im Auswahlverfahren nach den Kriterien des Zugangs zu den Gesprächspartnerinnen und -partnern und der theoretischen und praktischen Vorkenntnisse. Im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses wurden die Auswahlkriterien eindeutiger und spezifischer. Die Basis für die Entscheidungen im weiteren Auswahlverfahren bildeten nun die gegenstandsbezogenen theoretischen Konzepte, die sich aus der Auswertung der ersten Vorkommnisse entwickelten. Das Theoretical Sampling leitete die Datenerhebung und Datenanalyse (Corbin 2002) und wurde so lange fortgesetzt, bis keine relevanten neuen Gesichtspunkte mehr auftraten. Das Auswahlverfahren in der Grounded Theory ist eng mit dem Kriterium der theoretischen Sättigung verbunden. Die Datensammlung und -analyse ist dann als ab-

geschlossen anzusehen, wenn ein gewisser „Sättigungsgrad“ erreicht ist. Dies bedeutet, dass sich keine neuen Vorkommisse im Hinblick auf die sich entwickelnde Theorie mehr ergeben (vgl. Strauss 1998 S. 49; Strübing 2008 S. 33f). Der Abbruch der Analyse beim Erreichen der theoretischen Sättigung liegt in der Zielsetzung der Grounded Theory begründet. Ziel ist nicht eine „*statistische Repräsentativität*“ sondern vielmehr eine „*konzeptionelle Repräsentativität*“, eine „*hinreichend detaillierte Entwicklung der Eigenschaften von theoretischen Konzepten und Kategorien*“ (Strübing 2008 S. 34).

## 5.5 Datenauswertung

Die Datenauswertung orientiert sich an den drei Kodierebenen der Grounded Theory.

Nach jedem transkribierten Gespräch erfolgte eine sorgfältige Analyse des Textes nach dem Kodierprozess der Grounded Theory. Es wurden Datenelemente identifiziert, die auf ein relevantes Phänomen hindeuten. Die Inhalte der Gespräche wurden zunächst „offen“ und danach „axial“ kodiert. In einigen Fällen wurden alte Daten „*im Lichte des zusätzlichen Wissens*“ (Strauss/Corbin 1996 S. 152) erneut „offen“ und „axial“ kodiert, um Erkenntnislücken zu schließen. Schließlich entwickelte sich durch „selektives Kodieren“ eine Hauptkategorie, die mit allen anderen Kategorien in Verbindung steht.

Die Datenauswertung im Stil der Grounded Theory stellt ein sehr sorgfältiges Kodieren der Daten (vgl. Strauss/Corbin 1996 S. 40), dar.

*„Kodieren stellt die Vorgehensweise dar, durch die die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden“* (Strauss/Corbin 1996S S. 39).

Im Analyseprozess der Grounded Theory sind die beiden analytischen Verfahren, das Anstellen von Vergleichen (vgl. Strauss/Corbin 1996 S. 44) und das

Stellen von Fragen (vgl. Strauss/Corbin 1996 S. 41), von grundlegender Bedeutung.

Dieser Auswertungsprozess kann in seiner Logik als hermeneutischer Zirkel gelesen werden (vgl. Breuer 2009 S. 73f; Hildenbrand 2009 S. 33).

Datenerhebung und Datenauswertung erfolgen nicht nacheinander, sondern sind zeitlich und analytisch miteinander verschränkt, dabei werden nur so viele Daten erhoben wie für den Analyseprozess erforderlich sind. Die Erhebung neuer Daten wird vom Theoretical Sampling gelenkt, die Kategorien werden aus dem Text, den einzelnen Textpassagen generiert, wobei sich das Kategoriensystem mit jeder Auswertung weiterentwickelt. Sich daraus ergebende Gedanken werden in Form von Memos schriftlich festgehalten und finden für die Fragestellung bei Folgeinterviews sowie bei der Reflexion des Forschungsprozesses Berücksichtigung.

Drei Phasen, das „Offene Kodieren“, das „Axiale Kodieren“ und das „Selektive Kodieren“, die im Laufe des Forschungsprozesses ineinander übergehen, werden unterschieden (vgl. Strauss 1998; Strauss/Corbin 1996). Kodieren ist somit ein *„allgemeiner Begriff für das Konzeptualisieren von Daten; folglich bedeutet Kodieren, dass man über Kategorien und deren Zusammenhänge Fragen stellt und vorläufige Antworten (Hypothesen) darauf gibt. Ein Kode ist ein Ergebnis dieser Analyse“* (Strauss 1998 S. 48) und stellt ein (vorläufiges) Konzept dar, das den Daten zugewiesen wird. Im Fortschreiten der Datenauswertung kommt es zur Bildung von zahlreichen, differenzierten Konzepten und durch Vergleiche der Konzepte miteinander entstehen bei Ähnlichkeiten Kategorien. Kategorien sind differenzierter und abstrakter, sie stellen ein Konzept höherer Ordnung dar (Strauss/Corbin 1996 S. 43).

Beim Kodieren werden zwei Arten von Codes unterschieden: *„In-vivo-Kodes“*, sogenannte *„natürliche Kodes“* kommen direkt aus dem Forschungsfeld, aus dem Text selbst und werden von den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern selbst verwendet (vgl. Strauss 1998 S. 64; Strauss/Corbin 1996 S. 49f). *„Geborgte Konzepte“* sind Begriffe, die aus der Literatur stammen

(Strauss/Corbin 1996 S. 49f). Sie „basieren auf einer Kombination aus dem Fachwissen des Forschers und seiner Kenntnis des zu untersuchenden Forschungsfeldes (Strauss 1998 S. 65).

Im Folgenden werden die Schritte des Analyseprozesses der Grounded Theory skizziert und Beispiele dafür angeführt, um den Auswertungsprozess transparent zu gestalten.

### 5.5.1 Offenes Kodieren

Das „Offene Kodieren“, der erste grundlegende Analyseschritt, bezeichnet den Prozess des Aufbrechens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von Daten (Strauss/Corbin 1996 S. 44ff). Um diese Ziele zu erreichen, werden die Techniken „Fragen stellen“ und „Vergleiche anstellen“ herangezogen, um die Daten aufzubrechen und zu konzeptualisieren. Durch das Ordnen, Zusammenfassen und Dimensionieren der Konzepte werden Kategorien entdeckt und entwickelt.

Das Stellen von Fragen an die Daten stellt nicht nur eine wichtige heuristische Aktivität im Rahmen des offenen Kodierens dar, sondern ist für den gesamten Forschungsprozess bedeutsam (vgl. Breuer 2009 S. 81; Strauss/Corbin 1996 S. 41).

Strauss und Corbin (1996 S. 58) geben dazu folgende Anregungen:

*„Es gibt bestimmte allgemeine Fragen, die gleichsam automatisch an die Daten gestellt werden können. Jede Frage regt eine Reihe spezifischer und davon abgeleiteter Fragen an, die wiederum der weiteren Entwicklung von Kategorien, Eigenschaften und ihren Dimensionen dienen. Diese grundlegenden Fragen lauten **Wer? Wann? Wo? Was? Wie? Wieviel? und Warum?** (Hervorhebung im Original).*

Dadurch wird bereits die nächste Phase im Analyseprozess erreicht.

Folgendes Beispiel in Abbildung 1 soll den Prozess des offenen Kodierens veranschaulichen. Es wird exemplarisch dargestellt, wie verschiedene Aussagen der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner zur Kategorie „den Kindern nicht antun“ zusammengefasst werden können.

**Abbildung 1: Beispiel der Kategorie "den Kindern nicht antun"**

Textpassagen aus den Interviews	Begriff/Kode
„I mecht net, dass meine Kinder ihre Karriere unterbrechen müssen, weil sie jetzt den Vater unterstützen müssen“.	Kinder nicht behindern
„du kannst des heit jo gor net verlongen, doss de (die Kinder) da hoam bleim“.	nicht verlangen
„Aber wie i vorher schon han sagt, i würd niemand, ihr kriegst mein Hof aber <u>Bedingung</u> is: i wird da olt und ihr misst auf mi <u>schauen</u> (...). Das eigentlich will ich niemand richtig antun“.	niemandem richtig antun
„Ich könnt es mir auf keinen Fall vorstellen, dass ich von meinen Kindern gepflegt werde. Das stell ich mir als Horror vor. (...) Ich hab eine gute Beziehung zu meinen Kindern, aber ich könnte mir das einfach nicht vorstellen“.	keine Pflege durch Kinder
„I mecht a net, dass mei Partnerin, die lange noch berufstätig sein wird (...), im direkten Sinne belasten“.	nicht belasten
„Aber <u>nie</u> , das würd ich <u>nie</u> als Bedingung ... zur Bedingung machen. Oder wenn ich es auch jemand anderem übergib, würd ich das auch nie so wie mei Vorgängerin mi bunden hat ... würd ich eigentlich n i e m a n d ... i wüll net sagen zutrauen, (...) i würds niemanden, sag ma so <u>antun</u> “.	niemandem antun
„Pflege von meinen Kindern, na des mecht i net, die müssen ja arbeiten gehen, des kann i man net vorstellen“.	keine Pflege durch Kinder
„Ob ma des den eigenen Angehörigen antun soll ist wieder eine zweite Geschichte“.	nicht antun

### 5.5.2 Axiales Kodieren

Beim axialen Kodieren werden die Beziehungen zwischen den einzelnen Kategorien beleuchtet. Einzelne Kategorien, die sich als bedeutsam herauskristallisiert haben, werden anhand des Kodierparadigmas analysiert (Strauss/Corbin 1996). Im Mittelpunkt des axialen Kodierens steht eine bestimmte Kategorie und ihre Beziehungen.

„Axiales Kodieren“ wird als *„eine Reihe von Verfahren, mit denen durch das Erstellen von Verbindungen zwischen Kategorien die Daten nach dem offenen Kodieren auf neue Art zusammengesetzt werden“*, definiert. *Dies wird durch Einsatz eines Kodier-Paradigmas erreicht, das aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und Interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht“* (Strauss/Corbin 1996 S. 75).

Corbin (2002 S. S. 64) deutet das Kodierparadigma als eine andere Art, *„nach dem „Wer?“ und „Was?“, dem „Warum?“, „Wo?“, „Wie?“ und „Mit welchem Ergebnissen oder Folgen?“ zu fragen und um Interpretationen besser abzurunden“*. Sie hält weiter fest, das Kodierparadigma nicht starr anzuwenden, denn die Funktion des Kodierparadigmas besteht darin, die Forschenden unterstützend zu begleiten, somit bleibt die Datenanalyse *„ein zu jeder Zeit fließender und kreativer Prozess“* (Corbin 2002 S. 65).

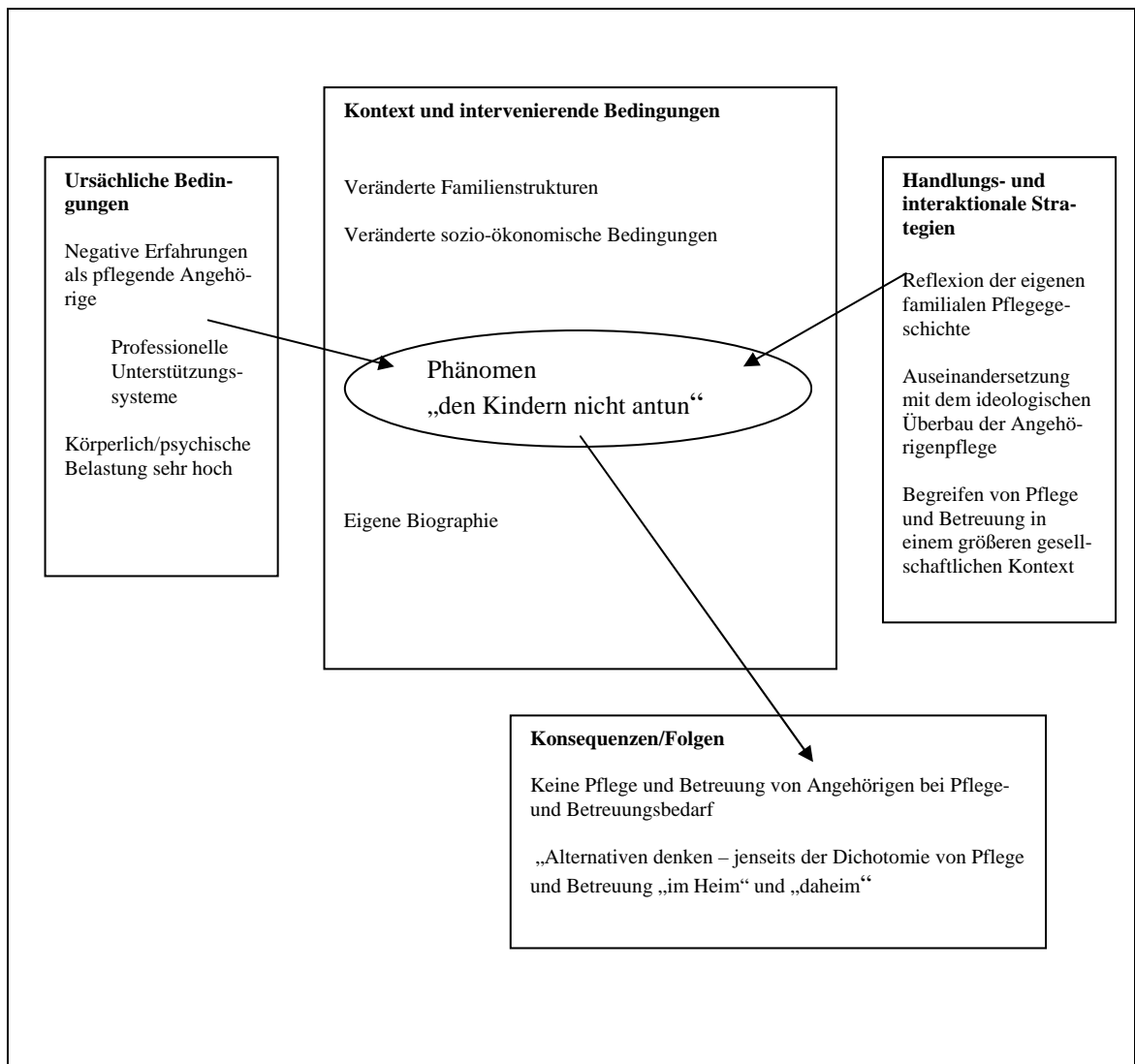
Um den analytischen Schritt des axialen Kodierens transparent zu machen, wird das Paradigmatische Modell am Phänomen „den Kindern nicht antun“ verdeutlicht.

Wie ein roter Faden zieht sich das Phänomen „Pflege und Betreuung den Kindern nicht antun“ durch die Gespräche. Diese Haltung lässt sich im Kontext von veränderten Familienstrukturen, sozio-ökonomischen Bedingungen, der individuellen Biographie sowie den überwiegend negativen Erfahrungen als pflegende Angehörige, als ursächliche Bedingung verorten. Das Bedingungsgefüge von Kontext, ursächlichen und intervenierenden Bedingungen steht in enger Beziehung mit der Reflexion der eigenen Familiengeschichte im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung von Angehörigen und der Auseinandersetzung mit dem ideologischen Überbau der Pflege durch Angehörige, sowie Pflege



durch Angehörige in einem größeren gesellschaftlichen Zusammenhang zu begreifen. Daraus folgt ein Aufspüren, Erkunden, Entwickeln von „anderen“ Pflege- und Betreuungsarrangements als Angehörigenpflege „daheim“ und Pflege und Betreuung „im Heim“.

**Abbildung 2: Graphische Darstellung des Bedingungsgefüges „den Kindern nicht antun“**



Durch die Anwendung des Kodier-Paradigmas erreicht der Analyseprozess eine abstrakte Ebene und bewegt sich hin zur dritten Form des Analyseprozesses, dem „Selektiven Kodieren“.

### 5.5.3 Selektives Kodieren

Das selektive Kodieren zielt auf das Entwickeln von Kernkategorien ab. Die übrigen Kategorien werden der Kern- oder Schlüsselkategorie untergeordnet. Die Leitkategorie muss somit zentral sein, einen Bezug zu vielen Kategorien aufweisen und häufig in den Daten vorkommen (Strauss/Corbin 1996 S. 94ff).

### 5.5.4 Memos – Notizen im Forschungsprozess

Memos, Notizen im Forschungsprozess, werden regelmäßig in den unterschiedlichen Phasen des Forschungsprozesses angefertigt und weiter bearbeitet. Sie stellen einen essentiellen Teil der Analysekultur der Grounded Theory dar. (Mögliche) Resultate der Datenauswertung, analytische Reflexion, weitere Samplingstrategien usw. finden in den Memos ihren Niederschlag. *„Memos stellen die schriftlichen Formen unseres abstrakten Denkens über Daten dar“* (Strauss/Corbin 1996 S. 170).

Strauss und Corbin fordern dazu auf, bereits zu Beginn der Datenanalyse mit dem Schreiben von Memos zu beginnen (Strauss/Corbin 1996 S. 170). Durch das Schreiben von Memos soll einerseits sichergestellt werden, dass wichtige Überlegungen nicht verloren gehen und andererseits dient das Schreiben von Notizen der Herstellung und Darstellung von Transparenz im Forschungsprozess.

Exemplarisch werden nachfolgend unterschiedliche Memos dargestellt.

**23. März 2009:** Interview 3; Z 1083 – 1116; Übergabeverträge, „Altenpflege auf dem Land“, Geschichte. Findet sich auch im Interview 1; Z 293 – 439 wieder. Literatur dazu suchen! Zurück zur Literatur.

**24. März 2009:** Interview 3; Z 1128 – 1133; „*Olso do wor gor nix, do woren eben noch die Einleger und des olles. De wos von Haus zu Haus gongen san. Des wor afoch so. Des san die olten Knecht, wie wos nix ghobt hom, gor nix. De san oafoch von Bauernhof zu Bauernhof zogen und die großen Bauern homs müssen länger beholten, de hom im Stoll a Strohbett ghobt und de hom ernah des Essen hingstöllt. Und donn is er weiter zogen zum Nächsten und des den gonzen Johreskreis. Ober nur im Gemeindebezirk*“. Einlege/Einleger – Literaturrecherche – „Altersversorgung der Knechte und Mägde“ durchführen. Auch im Zusammenhang mit Z 447 – 459 im selben Interview.

**4. Juni 2009:** Trete zurzeit auf der Stelle. Eine professionell Pflegende in der Altenpflege wäre als Gesprächspartnerin spannend. Suchstrategie überdenken.

**21. Juni 2009:** Wie mache ich weiter? Was ist die nächste „sampling Strategie“? Herr Moser, Frau Berger, Herr Gustav – alle drei haben direkte (berg)bäuerliche Wurzeln. Ländlicher Raum ist nicht bäuerlicher Raum! Eine Gesprächspartnerin, einen Gesprächspartner die/der keine Wurzeln im bäuerlichen Milieu hat.

**8. Juli 2009:** Mehr Zufall als gezielte Suche. Gesprächspartnerin gefunden! Sie ist DGKS in der stationären Altenpflege. Hat keine Wurzeln im bäuerlichen Milieu und keine Erfahrung in der Pflege von Angehörigen. Spannend die Erwartungen und Wertigkeiten einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenschwester für ihr Leben im Alter bei Pflege- und Betreuungsbedarf.

**2. Februar 2010:** In welchem Kontext sind „Qualitätsbestrebungen“ entstanden? Bei Missständen wird vermehrt nach „Kontrolle“ gerufen. Was wird dann kontrolliert?

**26. März 2010:** Mit Kontaktperson reden. Immer wieder wird von den Gesprächspartnerinnen und –partnern „politische Verantwortung“ thematisiert. Interviewpartnerinnen und Interviewpartner aus der Politik finden? Bürgermeister/Bürgermeisterinnen für ein Gespräch gewinnen.

**4. April 2010:** Gespräch mit Kontaktperson. Sie schlägt den amtierenden Bürgermeister einer kleinen Berggemeinde vor, ebenso seinen Vorgänger. Die beiden potentiellen Gesprächspartner sind zwischen 50 und 65 Jahre alt. Mittelsperson meldet sich, sobald sie mit ihnen Kontakt bezüglich eines Gespräches aufgenommen hat.

**16. April 2010:** Rückmeldung von Kontaktperson. Der amtierende Bürgermeister ist zu einem Gespräch bereit. Weitere Kontaktaufnahme und Terminfindung liegen bei mir. Der Bürgermeister in Ruhe ist zurzeit zu einem Gespräch nicht in der Lage. Er hat einen Schlaganfall erlitten und befindet sich im Krankenhaus.

## **5.6 Ethische Überlegungen**

Die Orientierung an ethischen Prinzipien dient der Beziehungsgestaltung der am Forschungsprozess teilnehmenden Personen. Folglich dienen ethische Prinzipien dem Schutz der Personen, die in die Untersuchung einbezogen werden.

Die im amerikanischen „Belmont-Report“ formulierten verbindlichen Richtlinien<sup>26</sup>, Achtung vor der Person, Wohlwollen und Gerechtigkeit, gelten für alle Forschungsvorhaben, an denen Menschen beteiligt sind. Diese drei entscheidenden Prinzipien dienen vielen wissenschaftlichen Disziplinen als Grundlage

---

<sup>26</sup> vgl. <http://ethik.dg-pflegewissenschaft.de> (20.1.2010)

für ihre ethischen Reflexionen im Forschungsprozess, so auch der Pflegeforschung (vgl. Jackson 1996 S. 358).

### **Das Prinzip der Achtung vor der Person**

Im Mittelpunkt des ersten forschungsethischen Prinzips des Belmont-Reports steht die Autonomie der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Um jedoch autonome Entscheidungen hinsichtlich der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an einer Studie treffen zu können, braucht es ausführliche und verständliche Informationen über das Forschungsvorhaben. Ebenso muss gewährleistet sein, dass die Entscheidung, an der Studie teilzunehmen, frei von Druck und Zwang getroffen werden kann. Dem Prinzip der Achtung vor der Person wurde in dieser Arbeit wie folgt Rechnung getragen:

Die erste Kontaktnahme geschah über eine Mittelsperson, die die potentiellen Gesprächspartnerinnen und -partner kannte. Ein Gespräch kam durch das Schneeballprinzip zustande, ein weiteres erfolgte über direkte Ansprache. Alle Gesprächspartnerinnen und -partner wurden ausführlich über das Forschungsvorhaben informiert. Die Freiwilligkeit an der Teilnahme der Studie sowie die Wahrung der Anonymität wurden thematisiert. Ebenso wurden den potentiellen Gesprächspartnerinnen und -partnern Informationen zu meiner Person sowie zu meiner Rolle gegeben. Es wurde ihnen genügend Raum gelassen, um dazu Fragen stellen zu können. In den meisten Fällen wurde der Gesprächstermin telefonisch vereinbart, zu Beginn des Interviews wurden das Thema, die Ziele und das Vorgehen der Befragung nochmals verdeutlicht. Die schriftlichen „Vereinbarungen zum Interview“ wurden gemeinsam durchgegangen und von beiden Gesprächspartnern/-innen in zweifacher Form unterzeichnet. Ein Exemplar wurde der Gesprächspartnerin, dem Gesprächspartner ausgehändigt.

## Das Prinzip des Wohlwollens

Das Prinzip des Wohlwollens fokussiert die Pflicht, anderen Menschen nicht zu schaden. Für diese Arbeit bedeutet die Beachtung des zweiten forschungsethischen Prinzips Folgendes:

Zu Beginn des Gespräches wurde eine zu jeder Zeit mögliche Unterbrechung des Interviews in Aussicht gestellt. Oftmals kamen längere Pausen vor, die von der Betroffenheit der Gesprächspartnerinnen und –partner zeugten. In zwei Interviewsituationen musste das Gespräch unterbrochen werden, es war jedoch möglich, wieder eine gesprächsfördernde Atmosphäre herzustellen. Die Reaktionen auf die Interviews waren durchgängig positiv, viele der Gesprächspartnerinnen und –partner formulierten, dass es wichtig ist, sich schon jetzt, da noch kein Pflege- und Betreuungsbedarf besteht, mit diesem Thema auseinanderzusetzen. Eine Gesprächspartnerin drückte dies folgendermaßen aus: *„Ich finde es gut, was sie da machen, die Leute fragen, wie sie es haben wollen, wenn sie alt sind und auf Hilfe angewiesen sind. Ja, jetzt fragen, mit fünfzig, sechzig fragen, mit diesem Alter werden wir noch ernst genommen, mit siebzig nimmt man uns eh nimmer ernst“* (I 4 Z 1-4). Eine andere Gesprächspartnerin rief mich nach dem Interview am darauffolgenden Tag an und teilte mir ihre Dankbarkeit für das Gespräch und den Spaziergang mit. Sie hatte nach dem Gespräch noch lange mit ihrem Gatten über das (gemeinsame) Alt werden gesprochen und wie sie sich das vorstellten, sollten sie einmal Pflege und Betreuung benötigen. Sie hatten auch über ihre Vergangenheit gesprochen, als sie gemeinsam Eltern, bzw. Schwiegereltern gepflegt und betreut hatten. *„Es war gut mit O. zu reden. Es hat sich einiges geklärt“*, setzte sie hinzu.

## Das Prinzip der Gerechtigkeit

Das dritte forschungsethische Prinzip der Gerechtigkeit hebt den Schutz der Privatsphäre und das Recht auf faire Behandlung hervor. Diese beiden Aspekte

wurden folgendermaßen berücksichtigt: Den Gesprächspartnerinnen und –partnern wurde zugesichert, dass die Tonbandkassetten und die Transkripte nur für die Forscherin selbst identifizierbar sind. Beim gemeinsamen Durcharbeiten der „Vereinbarungen zum Interview“ wurde darauf hingewiesen, dass das Gespräch jederzeit abgebrochen, außerdem die Einwilligung auch nachträglich zurückgenommen werden kann. Nach den Gesprächen wurde nochmals darauf hingewiesen, dass Adresse und E-Mail Adresse sowie Name und Telefonnummer auf den „Vereinbarungen zum Interview“ vermerkt sind, um eine Kontaktaufnahme bei Fragen oder Ergänzungen zu ermöglichen.

## 5.7 Gütekriterien

Da der qualitativen Forschung ein anderes Gedankengebäude zugrunde liegt als der quantitativen Forschung, diese einer anderen Forschungslogik folgt, können die Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität nicht zur Anwendung gelangen. Jedoch kommt qualitative Forschung nicht ohne Qualitätskriterien aus, an denen die Güte einer Arbeit auch gemessen werden kann. Steinke (2009) formuliert mehrere Kernkriterien für die Bewertung qualitativer Forschung. Für sie stellt die Dokumentation des Forschungsprozesses *„die Voraussetzung zur Prüfung anderer Kriterien“* (Steinke 2009 S. 324) dar und ist zur Herstellung von „Intersubjektiver Nachvollziehbarkeit“ unerlässlich. Im Folgenden werden Gütekriterien im Kontext der vorliegenden Arbeit diskutiert. Im gesamten Kapitel 5 wird den Kernkriterien „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ und „Indikation des Forschungsprozesses“ durch die Begründung des qualitativen Vorgehens, der Darstellung der Erhebungs- sowie Auswertungsmethode, bzw. der Veranschaulichung der Samplingstrategie Rechnung getragen. Vertrauensbildende Maßnahmen im Zugangsprozess sowie im eigentlichen Gesprächsverlauf ermöglichten die Anschlussfähigkeit meiner Person und meines Anliegens. Ermöglichten es, (sich auf) die Fremde ein-zu-lassen und trugen zur Herstellung von „Intersubjektiver Nachvollziehbarkeit“ bei. Durch das Ausweisen meiner Person mit ihrer praktischen und theoretischen Vorerfahrung wird die „Intersubjektive Nachvollziehbarkeit“ abgerundet.

Die „Kommunikative Validierung“ (→ Kapitel 6.1 in dieser Arbeit) und die durchgängige Anwendung des kodifizierten Verfahrens der Datenauswertung innerhalb der Grounded Theory und das Verfassen von Memos ermöglichten die Herstellung eines weiteren Qualitätskriteriums, das der „Empirischen Verankerung“.

## 6 Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse setzt sich aus zwei Teilen, die miteinander verwoben sind, zusammen. Im ersten Teil werden die interviewten Personen kurz vorgestellt, um danach einen Einblick in ihre Vorstellungen und Erwartungen, wenn sie im Alter auf Pflege und Betreuung angewiesen sind, zu geben. Das Erzählen ihrer „Geschichte“ im Kontext eines möglichen Unterstützungs- und Pflegebedarfes im Alter kann als Wertschätzung der interviewten Personen sowie als Anerkennung für deren Bereitschaft, mit mir ihre Gedanken zu teilen und auch als Qualitätskriterium (→ Kapitel 5.7 in dieser Arbeit) gelesen werden. Die verschriftlichten „Geschichten“ wurden den Gesprächspartnerinnen und -partnern auf unterschiedlichen Wegen, mit der Bitte um Rückmeldung, ob sie sich darin mit ihren Vorstellungen und Erwartungen wiedergefunden haben, übermittelt. Die Reaktionen aller Gesprächspartnerinnen und -partner auf die von mir niedergeschriebenen „Geschichten“ waren durchgängig positiv. Sie fanden sich darin wieder und gestatteten mir, ihre „Geschichte“ genau so in der Arbeit wiederzugeben. Eine E-mail vom 6. Februar 2010 mit dem Betreff: „*Re: Darstellung unseres Gespräches in meiner Diplomarbeit*“ soll dies beispielhaft verdeutlichen: *Liebe Sibylle, ich finde, dir ist es sehr gut gelungen das Wesentliche aus unserem Dialog herauszufiltern und dies kurz und präzise zu formulieren. Gratuliere dazu! Ich fühle mich gut verstanden und habe nichts hinzuzufügen bzw. wegzulassen. Nur formal wäre das Alter meiner Kinder zu korrigieren: Die Töchter sind 35 und 32 Jahre, der Sohn ist 28 Jahre und ich bin selbst das 5. von 13 Kindern (nicht von 14). Liebe Grüße Franz*“. Nach diesem Schritt wurden die Berichte in die Arbeit aufgenommen. Die Namen der Personen und ge-



gegebenfalls der Wohnort wurden geändert, um die Identität der Person nicht preiszugeben. Zitate in Mundart wurden beibehalten, um dadurch authentisch zu bleiben.

Im Zweiten Teil der Ergebnisdarstellung wird die Integration der Daten zur Hauptkategorie behandelt.

## **6.1 Personen und Gespräche**

### **6.1.1 Herr Gustav: „Des is no long ka Oltersheim“**

Herr Gustav ist 59 Jahre alt und unverheiratet, er hat keine Kinder, ist Bergbauer, Forstwirt und Teichwirt. Er lebt in einem Einpersonenhaushalt auf seinem Bergbauernhof, ist in der kleinen Berggemeinde gut integriert, hat viele Interessen und Hobbys und einen großen Freundes- und Bekanntenkreis. Das Gespräch wurde über eine Kontaktperson vermittelt. Beim Erstkontakt mit Herrn Gustav war die Mittelsperson ebenfalls anwesend, das erste Gespräch fand in einem Lokal statt. Nach eingehenden Fragen über Intention, Ziel und Inhalt der Arbeit sowie zu meiner Person, zeigte sich Herr Gustav zum Gespräch bereit. Ein Termin wurde vereinbart, Herr Gustav lud mich zum Interview auf seinen Bergbauernhof ein. Das Gespräch fand in der „Stube“ statt und dauerte zwei Stunden.

Herr Gustav hat langjährige Erfahrung als pflegender Angehöriger, die von ihm gepflegte und betreute Frau wurde zunehmend dement, lebte in ihrer Welt. Für Herrn Gustav kam kein anderer Ort der Pflege und Betreuung in Frage, auch als die Demenz immer weiter fortschritt, als „*dahoam*“. Er fühlte sich gebunden, angebunden, belastet, überfordert, die professionellen Hilfen, die er zu seiner Unterstützung zukaufte, kamen mit der alten dementierenden Frau nicht zu recht, er fühlte sich allein (gelassen). Seiner Vorgängerin hatte er die Pflege und Betreuung und das Sterben auf ihrem Hof, den er nach ihrem Tod übernahm, versprochen und notariell festgeschrieben. Ein Versprechen darf nicht

gebrochen werden, das sagte er auch dem Hausarzt, der ihm riet, die Frau in ein Pflegeheim zu geben. Noch Monate nach ihrem Tod schreckte er in der Nacht auf, hörte sie rufen oder glaubte sie im Stall. Glaubte sie suchen zu müssen, träumte von ihr und hatte Angst, dass ihr etwas zustoßen könnte, im Stall, im Wald, dass sie sich verlaufen würde. Er hörte sie um zwei Uhr Morgens an seine Zimmertür klopfen, wie sie es so oft getan hatte, als sie noch lebte und laut rufen, „dass er jetzt aufstehen soll, um die Kühe füttern zu gehen, die schon vor lauter Hunger im Stall schrien“. Erst mit der Zeit verließen ihn diese Träume und er konnte durchschlafen.

Aus diesen Erfahrungen heraus möchte er so eine Regelung für sich nicht. Weder mit „Fremden“ noch mit Menschen aus seiner Familie. Er möchte ihnen das „*nicht antun*“, an seine Familie (Nichte und Neffen) denkt er in diesem Zusammenhang nicht.

Herr Gustav wünscht sich Pflege und Betreuung „*dahoam*“. In ein Pflegeheim möchte er unter keinen Umständen übersiedeln, denn trotz der „*traumhaften Pflege*“, der „*tollen Einrichtung*“, die ein Pflegeheim darstellt, würde ihm dort „*etwas abgehen und föhln*“.

Erfahrungen hat er, der selbst auf einem Bergbauernhof lebt, mit einem nahe seinem Wohnort gelegenen Pflegeheim gesammelt. Jahre lang besuchte, begleitete er dort zwei alte Frauen aus seinem Bekanntenkreis. Er nahm sich Zeit für sie, mindestens zwei bis drei Stunden und wenn er diese Zeit nicht erübrigen konnte, ging er gar nicht hin. Auf die beiden Frauen „*wurde gut gschaut*“, es ist ihnen „*gut gegangen*“, trotzdem waren sie „*nicht glücklich*“. Immer wieder betont er, dass es in einem Pflegeheim nicht anders geht, es leben so viele Menschen dort, es ist „*ein Apparat*“, es ist und es wird alles reglementiert. „*Es muss von bis Frühstück, von bis Mittagessen, von bis Nachtruhe, von bis ... geht net anders*“. „*Da gibt es nichts zu diskutieren*“ und „*es geht nicht anders*“, bringt er sehr oft in das Gespräch ein. Damit drückt er aus, dass für ihn Pflege-

heime nicht anders funktionieren können, da Ordnung, Zwang, Reglementierung dem Pflegeheim, mit seinen Strukturen und seiner Ablauforganisation, inhärent sind. Er vergleicht das Pflegeheim mit einem Studentenheim – ein mit ihm befreundeter Student hatte ihm vom Leben im Studentenheim erzählt – und zeigt Parallelen auf. *„So a zwanzigjähriger Student (...) der holtets im Heim nimmer aus, als Zwanzigjähriger. Weil, des is so, dort muss er sich omölden und dort wieder onmölden. Und das is scho zväll. Geht auch net anders. Braucht ma net diskutieren. Es will der Junge nicht eingesperrt wern und der Alte wird nachher zwangsweise (...). Und jetzt bist aber als Olter, das kummt dazu, und do tuasts ma weh a noch und des koa i nimmer und dann wird, i wüll net sogn, drübergfohrn.* Damit spricht Herr Gustav auch aus, dass sich Strukturen von traditionellen Pflegeheimen auf alte Leute auf Grund ihrer Verletzlichkeit (Vulnerabilität) negativ auswirken. Er ist auch der Ansicht, dass geistige Fähigkeiten länger erhalten bleiben, wenn Menschen zu Hause bleiben. *„Aber mir kummt vor, wenn ma dahoam is und dahoam bleibt oder bleiben kann, stürzt ma ... stürzt ma geistig net so weit ob“.* Das Erhalten der geistigen Fähigkeiten steht für ihn im engen Zusammenhang mit einer *„Beschäftigung, die a bisserl an Sinn hat“* und damit, sein Wissen und Können an andere Menschen weiterzugeben und seinen Humor mit ihnen zu teilen und dafür wertgeschätzt zu werden. *„Da würd i ma eher .... oan Tog im Monat mit dem Rollstuhl ins Oltersheim bringen lossen und durt Leit Geschichten dazählen von mein Leben dazöhlen, wenss geht mit der Harmonika spül’n ... oder im Kindergorten irgendwas Sinnvolles machen, aber umgekehrt wär ma des viel zu wenig“.* Mit *„umgekehrt wär ma des viel zu wenig“* spricht er die Unterhaltungsprogramme im Pflegeheim an: *„Das würd net ausreichen ... Fernseher und die Zeitung und der Chor, der einmal zu Weihnachten ins Pflegeheim kummt oder der Kindergarten ... des muss i echt sogn. Des würd net ausreichen, des muss i echt sogn“*, und gibt eine Beschreibung davon, wodurch er Kraft tanken kann. *„Weil irgendwo, wenn i a nimmer gehen kann, lass i ma fiehrn ... bei die F o r s t w e g e ... und i kann einfach noch miterleben, i kann die Erfolge sehn, was i forstwirtschaftlich gleistet hob (...), net nur den Fernseher und die Zeitung und da Mittag essen (...), was ma i wünsch, mit am Rollstuhl am Wold aufi stölln und da, in drei Stund holts ma wieder. Als wir i hock am Balkon unt im Pflegeheim. I sich zwor*

zum Gärtner umme und sich do de Leit spazieren gehen. Das is was anderes. Wenn mi wer onderes betreut, sog i, bringst mi hintere mit dem Rollstuhl zu meine Teich und in drei Stund holts mi wieder. Da kann ich so viel tanken“.

Herr Gustav möchte auch bei Pflege- und Betreuungsbedarf selbstbestimmt leben. Für die Verwirklichung dieses Anspruchs sieht er im häuslichen Umfeld eine weitaus größere Chance als im Pflegeheim. Er äußert des Öfteren: „I möchte mitbestimmen“. „I bin irgendwo aktiv dabei“, ist ihm sehr wichtig.

Trennen würde er sich von Betreuungs- und Pflegepersonen – ob professionelle Kräfte oder Personen aus dem privaten Umfeld –, wenn diese „arrogant“ und/oder „bestimmend“ wären, in sein Lebensumfeld eingreifen würden, seine Gewohnheiten seinen Lebensrhythmus „i tua und i steh auf, wann i wüll“ verändern wollten. „Wenn sie sagt, das muss verschwinden und des stölln ma jetzt so her und des Bett kummt wo anders hin, könnt es sein, ja, dass ich zu einer andern Institution ginge. Weil sonst sind ma wieder im Heim“.

Herr Gustav macht sich ebenso über die Vergütung von Pflege- und Hilfeleistungen Gedanken: „Ja. Ich möchte amal nach meiner Vorstellung bedient werden, aber die was das mocht, sollte auch zufriedengestellt sein. Die Vergütung von Hilfeleistungen soll aber nicht nur aus guter Bezahlung „ich möchte schon gut bezahlen“, sondern auch aus Wertschätzung, „ich weiß, dass des a Arbeit ist“, für die geleistete Arbeit bestehen. Sein Anliegen ist es auch, den Betreuenden und Pflegenden so zu begegnen, dass sie mit Freude und ohne Druck, wie in herkömmlichen Pflegeinstitutionen, zur Arbeit kommen. „Wann sie do her kummt, hot sie a Freid. Da is net der Druck“.

Im weiteren Verlauf des Gespräches, im Gehen auf den Wegen, „vielleicht is a bisserl leichter gred und gsagt als wies nacher is“ und „man kann Kinder nicht verantwortlich mochen, wenn es a seinerzeit selbstverständlich wor, dass Kinder auf die Olden zum Schauen hobn, ohne Rücksicht auf irgendwas. Des is

*auch so eine Sache. Und i hob dahoam wirklich an 24-Stunden-Pflegefall, do wird's a bisserl schwer“*, denkt er an Alternativen.

An Alternativen denkt er auch im Zusammenhang mit der Einsamkeit, die sich zweifelsohne für ihn einstellen würde, wenn es ihm oder den Freunden nicht mehr möglich wäre, zusammenzukommen, um zu reden und Karten zu spielen. *„Das wäre sicherlich eine Alternative, net unbedingt im Pflegeheim, sondern da, beispielsweise fünf Zimmer, da leb ma zusammen, haben wir zwa fix Angestellte, a dritte Krankenschwester besucht uns (...), nach Bedarf.“*

Herr Gustav plant weiter und sucht in Gedanken nach einem passenden Objekt in der Gemeinde. Bald hat er eines gefunden, ein gut ausgebautes Gasthaus mit Fremdenzimmern, das zurzeit nicht in Betrieb ist. Jede und jeder hätte ein eigenes Zimmer, worauf er sehr viel Wert legt. Einen großen schönen Hof gibt es auch, eine Zentralheizung, eine große gut ausgerüstete Küche und viel Platz. *„Do kennt ma zu zehnt oder zu ocht kennt ma uns wirklich a Putzfrau leisten, a Köchin leisten, a Pflegerin leisten. Zehn Leit, und das wär finanziell sicherlich machbar und denkbar“*. „Aber“ betont er mit Nachdruck, und möchte es nicht negativ verstanden wissen, *„des wär nicht der Druck, die Heimsache“*.

Auch bei diesem Projekt möchte Herr Gustav wirklich die Chance und die Möglichkeit haben, dies äußert er mit Nachdruck, sagen zu können: *„die Schwester, was wöchentlich kommt, mit der san ma eigentlich net zufrieden, wir wollen die und die“*.

Er würde sich bei Pflege- und Betreuungsbedarf auch nicht *„bedienen“* lassen, weil er so nicht erzogen wurde, sondern vielmehr *„solang ich sölber kann, ich werd nicht alles können, aber so lang ich kann, werd ich das Heferl zrucktragn“*.

Es wird auch die Meinungsvielfalt unter den Bewohnerinnen und Bewohnern eines derartigen Projektes von ihm angesprochen, die er jedoch nicht als Prob-

lem sieht, sondern als Bereicherung und Aushandlungsprozess. „Und oans is klor, wennst zehn olde Leit lost bestimmen, host holt a ocht Meinungen. (...) es müssten sich holt passende Leit finden, donn wär des mit zehn, mit ocht Leit nicht das Problem.“

Er entwirft ein Bild der gegenseitigen Unterstützung und Solidarität zwischen den alten pflegebedürftigen Menschen, die in einem Haus zusammen wohnen und leben könnten. „Und bei fünfe, is ona a Schlechter dabei, zwo mittelgute und zwo, die wos no gonz rüstig sant. Und da profitiert wirklich, die missn zusammenpassen, wirklich der Schwächere so vüll von den onderen“.

In diesem Zusammenhang spricht er wieder die Strukturen in einem herkömmlichen Pflegeheim an. Die Ablauforganisation, die keinen Raum lässt, weder den dort Wohnenden noch den dort Arbeitenden für Begegnungen und Solidarität. „I will auch ja nicht negativ über die Schwestern jetzt wos sogn. De san olle so wos von ausbucht und unter Druck. (...), wenn olles passt, hom mir a Zeit. Heint furtert i ehm, holt schau i, des schneid i ehm zam, schau i, er is do gelähmt, durt sie schwer. (...) Und wir ham Zeit. Wirklich in an Heim, wo egal wie vüll Insassen sind, hob i (als Betreuer/in Anmerkung der Verf.) net so vüll Zeit. Verstehst. Do is des und das und jetzt muss die Küche gramt wern, und jetzt muss es Oben dessen grichtet wern“.

Herr Gustav hält am Ende seiner Visionen fest: „Da is no long ka Oltersheim“.

In der Reflexionsphase zum Gespräch erzählt Herr Gustav, dass er sich bis jetzt mit diesem Thema nicht beschäftigt hatte, außer „mit an großen Ding, in a Heim würd i nie gehen“. Er ist dankbar und froh über die gestellten Fragen, über das weiterfragen, in die Tiefe fragen und über das Zuhö-

ren, er wird sich dank des Interviews weiter mit dem Thema beschäftigen. Denn, *„es gehört zum Leben, wie auch das Sterben zum Leben gehört, die Menschen werden immer älter, da gibt es nichts zu diskutieren“*. Ich teilte Herrn Gustav meine Faszination für die Art und Weise seines lebendigen Entwickelns von Alternativen und Visionen hinsichtlich der Zweiteilung von Pflege und Betreuung alter Menschen in „Zu Hause“ und im „Heim“ mit. Beim Verabschieden kommt Herr Gustav nochmals auf unser Interviewthema zu sprechen und erzählt, dass er eigentlich nicht weiß, wie und was seine Freunde darüber denken. Mit ihnen darüber zu reden, hat er in der nächsten Zeit vor.

#### **6.1.2 Herr Moser: “Ich setze auf den Dialog zwischen den verschiedenen Ebenen“**

Herr Moser ist 65 Jahre alt und verwitwet, lebt in einem Einpersonenhaushalt. Kurze Zeit nach dem Tod seiner zweiten Frau wurde bei Herrn Moser „Morbus Parkinson“ diagnostiziert. Er versucht, die Symptome der Krankheit in sein Leben zu integrieren, lebt in einer Partnerschaft, hat drei Kinder, zwei Töchter (35 und 32 Jahre) und einen Sohn (28 Jahre) aus erster Ehe und zwei Wahlkinder aus zweiter Ehe. Sein Wahlsohn (40 Jahre) lebt im „Betreuten Wohnen“ in derselben Ortschaft wie Herr Moser. Herr Moser ist seine primäre Bezugsperson und sein Sachwalter. Seine Wahltochter (39 Jahre) hat zwei Kinder im Vorschulalter und betreibt eine Gärtnerei in der Nähe seines Wohnorts. Seine beiden Töchter und sein Sohn aus erster Ehe leben und arbeiten alle in einer Entfernung von 350 bis 600 km von ihm entfernt. Herr Moser war als Entwicklungsexperte tätig, von einem Büro in Österreich aus leitete er Entwicklungshilfsprojekte in Afrika. Einige Male im Jahr reiste er nach Afrika und besuchte die Projekte und die Menschen vor Ort. Auch war er in der ländlichen Regionalentwicklung in Österreich tätig und leitete eine Firma, die er gemeinsam mit seiner ersten Frau gegründet hatte. Herr Moser kommt aus einer Bergbauernfamilie, er ist das 5. von 13 Kindern.

Das Gespräch wurde von einer Mittelsperson organisiert und fand in der häuslichen Umgebung des Gesprächspartners, an zwei aufeinanderfolgenden Tagen, statt, es dauerte vier Stunden.

Herr Moser hat Erfahrung in der Pflege und Betreuung naher Angehöriger, er begleitete seine Gattin acht Jahre lang. Diese neue Situation machte ihm anfänglich Angst, er beschreibt dies mit folgenden Worten: *„(...) was kommt da auf mich zu, als Partner?“* und *„da war i a paar Mal aggressiver (...) und mit mir nicht ganz im Einklang bei der Frage ... was kommt da auf uns zu?“*. Das familiäre Beziehungsnetz seiner erkrankten Gattin war sehr dünn, Herr Moser war zu Beginn ihrer Krankheit die einzige familiäre Bezugsperson für sie: *„(...) und so hab ich diese Herausforderung dann angenommen“*. Mit der Zeit *„aber kam eine heikle Seite“* hinzu, über sie zu sprechen, ist Herrn Moser ein großes Anliegen. Letztendlich steht diese „heikle Seite“ im Zusammenhang mit seinen Vorstellungen und Wünschen im Falle von eigenem Pflege- und Betreuungsbedarf. *„Auf Grund dieser Erfahrungen, die ich mit meiner verstorbenen Frau gemacht hab, hab i da scho für mich selber auch eigene Gedanken entwickelt“*. Aber vorerst möchte er von der „heiklen Seite“ sprechen, die er mit *„die Grenzen der Pflege von Angehörigen“* umschreibt. Mit dem Fortschreiten der Krankheit seiner Gattin ging auch ein erhöhter Unterstützungs- und Betreuungsbedarf einher, der Herrn Moser an die Grenzen seiner Belastbarkeit führte. Er machte diese Erfahrung und daher ist ihm *„ganz wichtig, weiterzusagen, dass diejenigen, die glauben, man kann ohne Pause des als Angehöriger machen, die glaub i täuschen sich ... das führt zur eigenen Überlastung und Krankheit“*. Aus Gründen der Überlastung forderte er, vor allem in der letzten Zeit, von der Tochter seiner verstorbenen Frau die zeitweise Übernahme der Betreuung der Mutter ein. Angehörigenpflege zu idealisieren und sich als Angehöriger aufzuopfern, sieht er als *„Unsinn“* an. Ausführlich und oft diskutierte er, *„auch um mich selber zu klären, wie weit geh ma da“*, mit seiner kranken Gattin über das Zukaufen von professioneller Hilfe, *„einen Pflegedienst zumindest ein paar Mal in der Woche“*. Mit *„wenn du nicht mehr aus dem Bett kannst und richtig gewaschen werden musst im Bett“*, legte Herr Moser den Zeitpunkt fest, an dem für ihn professionelle Hilfe nachgefragt werden sollte. Er argumentierte: *„Dass es besser ist, wenn es eine Fachperson macht und nicht dein Mann. Das war dann*



*für sie wieder fast eine Beleidigung. (...) Es war schwierig, mit ihr eine Position zu klären. (...) Ich durfte ja net sagen, dass das auch eine Belastung für mich is. Da ist sie dann mit der umgekehrten Seite kumma: i wü eh nimma leben.“*

Herr Moser führt die ablehnende Haltung seiner Gattin gegenüber professioneller Hilfe auf ihre „bürgerliche Herkunft“, die in bürgerlichen Familien unreflektierten strengen Regeln „die Familie ist zuständig für die Betreuung“ zurück.

Auch in Bauernfamilien ist „zum Teil noch bis heute die Vorstellung“ verankert, dass die Pflege der Alten „Familiensache ist. Das ist das Ideologische daran.“

Im bäuerlichen Bereich lebten und leben „die Leute in so am moralischen Verpflichtungsgefühl unter einem Dach, ohne definierte Grenzen. (...) und in solchen Konzepten mit fehlenden definierten Grenzen herrscht Boxkampf in den heiligsten Familien, weil Würde und Achtung, Achtung vor Wünschen anderer Grenzziehung bedeutet (...). Das ist nicht nur in Bauernfamilien sondern, auch in Gewerbefamilien oft so, wo Arbeit und Familienleben noch einmal gekoppelt sind.“

Herr Moser machte in seiner eigenen Familie die Erfahrung, dass dort wo „eine ideologische Überlagerung“ der häuslichen Pflege vorherrscht, Grenzen, seien es Familiengrenzen, Grenzen zwischen Mann und Frau, Beziehungsgrenzen sowie Personengrenzen schwer zu definieren und reflektieren sind. Diese mangelnde Reflexion und Definition von Grenzen führt zu „geistig-seelischer Krankheit und dann auch körperlicher Krankheit, (...) also einige Schwestern von mir sind knapp wirklich gröberer seelischer und körperlicher Überlastung entgangen.“

Aus diesen Erfahrungen heraus hat Herr Moser für sich im Falle von Pflege- und Betreuungsbedarf folgende Grenzen gezogen: Er möchte seine Angehörigen, seine Partnerin, seine beiden Töchter und seinen Sohn „nicht mit der direkten Pflege belasten“. Vielmehr wünscht er sich von seinen Angehörigen, „gute und aufrechte Beziehungen, Kontakte, in Beziehung stehen, das stabilisiert unglaublich“.

Herr Moser erzählte am zweiten Interviewtag, dass er beim Frühstück mit seinen Kindern und seiner Partnerin über diese Thematik gesprochen hat. Anlass dafür war die Frage einer seiner Töchter: „Worüber habt ihr denn gestern gesprochen?“ Er möchte nicht, dass seine Kinder in Karriereaufbau und Familiengründung behindert werden, *„um ein Familienmitglied zu pflegen. (...) und wann i aber des so aussprich und a zu meiner Partnerin sag i des, dann, erleichtert eben des, entlastet die Beziehungen.“*

Grenzziehung, „ausloten“ der Grenzen ist Herrn Moser auch im Zusammenhang mit seinem eigenen möglichen Pflege- und Betreuungsbedarf wichtig. Er wünscht sich ein „Pflegesystem“, das mit ihm gemeinsam die Frage immer wieder neu beantwortet: „Was kann ich noch selber machen?“ *„I möchte net befürsorgt werden in Dingen, die i nou selber machen kann, da hätt i ja geistige Probleme. I hab ja dann nix mehr zu tun. Das hat ja zur Stabilisierung der eigenen Energie eine riesige Bedeutung. (...) Ein Mensch mit schon ziemlichen Beeinträchtigungen kann immer noch einen Teil selber machen“*. Er wünscht sich ein „Wohnsystem“, in dem die Möglichkeit für die dort Wohnenden besteht, *„sich selber in bestimmten Sachen auszuhelfen. Der oane is da schwächer, der andere da stärker (...) und dann kommt professionelle Hilfe dazu. (...)Dafür soll aber dann die fachliche Versorgung sich auf das spezialisieren, was wirklich ergänzt werden muss.“*

Es würde für Herrn Moser nicht passen, wenn er „alles serviert“ bekäme und „bedient“ werden würde. *„Des is für mich net der Zustand, den i im praktischen Leben mecht, so lang i mi riehrn kann.“* Wer möchte schon 365 Tage im Jahr Urlaub machen? Wenn er das möchte, geht Herr Moser für *„a paar Tage in ein Hotel. (...) I glaub i tät erschlaffen (...), in einem fürsorglichen Modell, des mir Dinge abnimmt, die i selber toa koan.“*

Eine Pflege und Betreuung, bei der *„ma überhaupt nix mitreden kann, ma wird nicht persönlich beachtet, ma gilt als Nummer, ja unfreundlich, man ist aber angewiesen, weil man schon so gebrechlich is, des würd ich als eine Art Gefängnis erleben, des is net so weit hergeholt.“*

Als Gegenstrategie, um nicht als Nummer wahrgenommen und behandelt zu werden, setzt er auf den Dialog:

*„Ich setz auf den Dialog zwischen den verschiedenen Ebenen.“*

Für ihn beinhaltet Dialog, dass *„beide Seiten, also die Pflegenden und der Gepflegte, die Gepflegte mitreden, mitdenken, mitfühlen und zum Lernen bereit sind, sich eben nicht verschließen.“* Auch bei Pflege- und Betreuungsbedarf möchte Herr Moser *„weiterhin über Konzepte mitreden und mit gestalten können.“*

Diese Wünsche resultieren aus seiner Biographie, er erzählt wie wichtig es für ihn als Jugendlicher war, mitzugestalten. Er hat des öfteren bei einer Zimmerei mitgearbeitet und: *„Wenn i da net mitreden hab kenna und ich war einfach nur Mitarbeiter, i hab müssen mitreden wie des da geht, wie i des besser machen darf, dann hats mi net gfreit.“*

Dies setzte sich in seiner Arbeit in der Entwicklungshilfe fort und er versuchte bei seiner Tätigkeit in der ländlichen Regionalpolitik *„den Dialog zwischen verschiedenen Ebenen (...), zwischen Wissenschaftern und Bauern“* herzustellen.

Herr Moser möchte bei Pflege- und Betreuungsbedarf in einem *„offenen System“* leben, *„wo es möglich ist, dass sich die zwei Ebenen da ergänzen können, die privaten Kontakte und die institutionellen Kontakte.“*

In der Abschlussphase des Gespräches fasste Herr Moser für sich zusammen: *„Mitbestimmen“* und im *„Dialog sein“*, *„damit ist eigentlich das Wesentliche ausgesagt. Weil die Details sind immer zu erarbeiten in diesem Gespräch, in diesem Dialog, was geht und was geht net, das ist immer dann zwischen den Ebenen aufzuklären. Drum hoffe ich, dass die ganze Diskussion, die politische Diskussion um die Weiterentwicklung der*

*Pflegesysteme ja net nur die der Finanzierung ist, sondern auch die der Inhalte.“*

Beim gemeinsamen Mittagessen teilte mir Herr Moser mit, dass ihn das Gespräch herausgefordert hat. Die Fragen, die ich gestellt hatte, haben ihn zum Weiter - denken gebracht. Vieles von dem, wie er bei potentielltem Pflege- und Betreuungsbedarf leben möchte, hat er erst in unserem gemeinsamen Gespräch entwickelt. Ein Weiterdenken, im wahrsten Sinn des Wortes, ist für ihn, dank dieses Gespräches, angesagt. Auch ich reflektierte meine Situation im Gespräch, teilte Herrn Moser mit, dass ich mir phasenweise schwer tat mit dem „in die Tiefe fragen“, weil ich mir dabei Gedanken machte, was dies denn in ihm auslösen würde. Herr Moser meinte, das war schon gut so, sonst wären wir nicht so weit gekommen und letztendlich brachte der Tiefgang für ihn sehr viel.

### **6.1.3 Frau Berger: „I wüll aufstehen, wonn i wüll“**

Frau Berger ist 52 Jahre alt, lebt mit ihrem Gatten (61 Jahre) in einem gemeinsamen Haushalt und ist Hausfrau. Herr Berger ist Lehrer, das Ehepaar hat drei Kinder, zwei Töchter und einen Sohn, alle drei Kinder leben drei Autostunden von ihnen entfernt. Das Gespräch wurde durch eine Mittelsperson organisiert, fand im Wohnraum von Familie Berger statt und dauerte drei Stunden. Frau Berger kommt von einem Bergbauernhof, sie ist das vierte von sechs Kindern. Mit 18 Jahren verließ sie den Bergbauernhof, um zu heiraten und einen eigenen Haushalt zu gründen. Sie hat schon als Kind Erfahrung in der Angehörigenpflege gemacht, pflegte und unterstützte gemeinsam mit ihren Geschwistern die Großmutter: *„Die Oma wor im Haus. Ihre Aufgabe worn die Kinder, des Kochen und die Wäsch. Die Mama wor wie a Knecht am Föld, die Mama wor nur am Föld, im Stoll, am Föld, es hot ja kane Maschinen und nix geben. Und wie die Oma donn schlechter worn is, die hot so a schlechte Hüften ghobt, hom holt wir Kinder die Oma pflegt und der Oma die Nägel gschnitten, weil sie nerma obe kem is und der Oma die Füß gwaschen und alles, wos sie hot nerma tun kennan (...) oder wenn sie an Gollonfoll ghobt hot, jo schnö, schnö, da hom ma*

scho gwisst, was sie braucht, im Notfall wor des hoasse Wosssa da und sunst holt a Pfeffermintztee, so san ma ols Kinder aufgewachsen. Ja, im Ernst.“ Am Elternhof von Frau Berger lebte auch ein Großonkel, der bei einer Straßenbau-firma arbeitete. „Er is a vollwertiges Familienmitglied gwesen (...) und der is a pflegt worn dahoam. Von meiner Schwester domols (...) und der is urolt worn.“ Die Schwester übernahm auch die weitere Pflege und Betreuung der mittlerweile bettlägerig gewordenen Oma, als Frau Berger heiratete und fortzog - „Neben der gonzen Londwirtschaft es wor a Katastrophen“. Zurzeit pflegt die Schwester von Frau Berger die dement gewordene Mutter. „Des wor für sie afoch normal“, betont Frau Berger. „Und drum wor es für mi a normal, dass i es ofoch über-nimm“, die Pflege und Betreuung der Schwiegereltern, „weil ma von dahoam nix anders kennt hom.“

Sie pflegte, als Hauptpflegeperson, Unterstützung bekam sie von ihrem berufstätigen Gatten, wie von ihrer Schwägerin und ihrem Schwager, sechs Jahre lang ihre Schwiegermutter und zwei Jahre länger ihren Schwiegervater. „Die Oma is gstorm und donn hob ma den Voter no zwor Jahr ghobt“. Die Pflege und Betreuung der Schwiegereltern gestaltete sich als äußerst „onsträngend“, erzählte Frau Berger. Die Hauskrankenpflege wurde von den Schwiegereltern abgelehnt, „weil de kimmt um Punkt ochte, des wor zu spät. Des hot leider net funktioniert. Weil, sie mecht sie scho in der Früh onziehen und dann muß sie mit dem Schlofrock worten, bis de kommt. Des wollt sie net, des wollt der Opa net. Dann hob ma des lossen (...). Einlogen hot die Schwiegermutter a net akzeptiert, obwohl sie an Harnverlust hot ghobt. Und donn wor die nächste Frage, es wäre wos passiert, wenn ma sie ins Altersheim ton hätten, weil der Voter sehr aggressiv wor. Er hot an Gewehrschronk ghobt, ..... er wor net gonz zu-rechnungsfähig. Er wor geistig scho gonz do, aber er wor net zurechnungsfähig. Er wor Kriegsinvalide, er hot nur a Hond ghobt. Wer wass, wos er erlebt hot. Do hom ma eben gsogt, mei Mon und i und der dritte Bruder und die Schwägerin, des is die letzte Möglichkeit, Altersheim is die letzte Möglichkeit, bei uns am Lond. Es is wegen dem nix Negatives es is nix Schlechtes, aber für de Leit, für die olten Leit is des furchtbar.“

Nach dem Tod der Schwiegermutter gestaltete sich die Pflege und Betreuung des Schwiegervaters „noch schlimmer. Do wor er alloa, do wor er zwor koa Pflegefoll. Des wor afoch eher holt ein psychischer Druck. Des mit dem Gewehrschronk, des wor holt immer ein Thema. (...) Also Gicht hot er ghobt. Des is donn olles aufbrochen. Er hot ja nur oa Hond ghobt. Es is aufbrochen und des hot olle Tog merst verbunden wern, aber genau auf die Sekunden. Er hot jo nur den Otto zuwelossen. Er wor a Sekundenmensch. Net um fünf noch fünfe sondern um fünfe.“ Eines Tages kamen ihr Gatte und sie zum Verbandwechsel am Abend zu spät. „Und dann is olles eskaliert. Er hot so gschrien. (...) Der Otto eben, der hot gschrien und hot a schlechtes Gewissen ghobt. (...) Mei Mo, so hob i erm nu nie erlebt, er wor fix und fertig, weil er eben gschrien hot, weil er ungerecht behandelt worden is und weil er eigentlich gschrien hot. (...) Donn is er zambrochen der Schwiegervater, donn homms an Notarzt gholt und die Rettung wor do“. Die ersten Gedanken von Frau Berger waren: „Hoffentlich nehmen sie ihn mit ins Kronkenhaus. (...) i ko nimmer, ich kann nicht mehr und i wüll a nimmer.“ Der Schwiegervater wurde nicht ins Krankenhaus gebracht: „er hot an Revers unterschrieben, er geht net ins Kronkenhaus.“ Frau Berger dachte sich: „Morgen geht es gleich weiter, Schlogonfoll is koana, es wor irgend a Kreislaufkollaps.“ Am nächsten Tag am Morgen kam der Gatte von Frau Berger, nachdem er sich auf den Weg gemacht hatte, um seinem Vater den Verband zu wechseln, gleich wieder zurück und sagte: „Er is in der Nocht gstorm. (...) Und wir hom beide so a schlechtes Gwissen ghobt. Mir homs uns donn beide nochher ausgred. Mei Mo hot gsogt, du brauchst nie wegen etwos a schlechts Gwissen hom. Und es wird weniger, vüll weniger“, betonte Frau Berger leise.

Aus diesen Erfahrungen heraus möchte Frau Berger Pflege und Betreuung im Alter von ihren Kindern „nit verlangen“. Sie möchte es ihren Kindern „net ontun“, weil des is a Zumutung. Sie haben ja auch nur ein Leben. (...) Und käma tuts von dem“, so begründet Frau Berger ihre Entscheidung, „meine Kinder solltens schena hom, wies mir ghobt hom.“

Frau und Herr Berger sind gerade dabei, ihr Haus zu renovieren und es rollstuhlgerecht zu adaptieren. Beide möchten bei Pflege- und Betreuungsbedarf so lange wie möglich im eigenen Haus wohnen. Aus diesem Grund ist die behindertengerechte Adaptierung für sie sehr wichtig. Es soll nicht so, wie bei den Schwiegereltern kommen, dass erst umgebaut wird, wenn Pflege- und Betreuungsbedarf schon vorhanden ist, betont Frau Berger. *„Wir haben dann a ebenerdige Dusche gmacht, weil ka Dusche da war und dann an behindertengerechten Aufgang, des ham ma schnöll, schnöll gmocht für Rollstuhl und den Rollator.“*

Bei hohem Pflege- und Betreuungsbedarf, so Frau Berger, *„stellen mir uns scho vier, doss ma beide ins Olterheim gehen. Net dos jetzt oans ins Olterheim geht, wos a Pflegefall is und der Bessere bleibt dahoam, des nit. Mir gehen mitanond, des hom ma erst gred.“* Frau Berger möchte auch im Pflegeheim ihren Gatten unterstützen, nur dort würde die ganze Pflege und Betreuung nicht alleine auf ihren Schultern ruhen, sondern sie könnte aufgeteilt werden zwischen ihr und den dort Arbeitenden. Frau Berger könnte für ihren Mann die Medikamente besorgen, oder ihm das Essen verabreichen, neben ihm sitzen, ihm etwas vorlesen und sie könnten weiter zusammenbleiben: *„I man, donn brauch i eh net heiroten und so long beinond bleiben. Na des is afoch, na des mecht i nochher nit.“*

Vorher jedoch möchte sie jegliche Ressourcen ausschöpfen, wie zum Beispiel die Mobile Pflege und Betreuung, *„i nimm jo die Hilfe on“*, im Gegensatz zu ihren Schwiegereltern, betont sie.

Die gedankliche Auseinandersetzung des Ehepaares mit einem möglichen Pflege- und Betreuungsbedarf und die daraus resultierende praktische Umsetzung liegen auch darin begründet, dass sie *„massive Streitereien in der Familie“* verhindern wollen. Aus Erzählungen und eigener Wahrnehmung weiß Frau Berger nur allzu gut: *„do hoben die Jungen müssen Leit pflegen, oder Schwiegereltern pflegen, die wos sie gehasst hoben gegenseitig. (...) Des is afoch so gschrieben worn, der hot des Haus übernommen, die Pflege übernommen, du konnst da gor net vorstellen, wos in die Übergabeverträge drin gstonen is. (...)*

*De hom ober früher müssen die Mütter, Väter, Schwiegermütter, Schwiegerväter pflegen, de was aber ... org worn, und de hom aber müssen ... und des wor ofoch ... jo Psychoterror is a Hilfsausdruck, was i holt noch von meine ... von meiner Mutter oder von meiner Großmutter, was de dazählt hom, was do frieher, was do eigentlich so glaufen is. ... Des wor am Lond grauenhaft. ... Aber wer hätt es denn toan, do hots jo nix geben.“*

*In dem Ort, in dem Frau und Herr Berger leben, gibt es ein Altersheim, „des is von der Gemeinde, mit ana Pflegestation. Leider veraltert und es wird jetzt umgebaut mit so Wohngemeinschaften, was ma total gut gfollt. (...) mit an Wohnraum und die Zimmer eben. Des gefällt mir, weil i kann mi in mei Zimmer zruckziehen und wann i a Gesellschaft will, kann i in den Wohnraum außē gehen.“*

*Frau Berger geht jeden morgen um sechs Uhr mit ihrem Hund spazieren. Auf diesem Spaziergang kommt sie jedes Mal bei dem Altersheim vorbei „und dann sitzen im Oltersheim die Leit scho als a onzogener im Vorhaus auf an Sessel. Und des stört mi maßlos. Des stört mi, vielleicht wolln se aufstehn, weil sie nimma schlofen können. Ich weiß es nicht, vielleicht müssen sie aufstehen“. Frau Berger möchte ihr Gesagtes jedoch nicht negativ gegen das Pflegepersonal gerichtet verstanden wissen, „nur“ setzt sie hinzu, „i sirch des von meiner Seite als zukünftiger Oltersheimbewohner.“*

*Frau Berger möchte, auch wenn sie einmal im Altersheim leben sollte, „scho ton ko, was i wüll, (...) aufstehn, wann i wüll, on Kaffee oberlossen, wann i wüll, an Tee, (...) die Zeitung lesen (...) und sitzenbleiben oan a holb Stund, wie i wüll.“*

*Frau Berger wünscht sich Personal, „was a Gefühl hot. Sie brauchen net ständig lochen und freundlich sein. I bin a Mensch, i merk des, wann wer a Gefühl hot.“*

*Frau Berger kommt im Gespräch auch auf die sich verändernden Bedürfnis- und Anspruchslagen zu sprechen und erzählt folgende Geschichte. Als sie vor*



33 Jahren hierher in diese Gemeinde gekommen war, gab es das Altersheim bereits und sie lernte eine alte Frau kennen. „*Di is do immer spazieren gongen, die hot bei an Bauern nu a bisserl gholfen, des wor a Dirn, (...) sie wor die erste Bewohnerin vom Marienheim, also des hasst Marienheim net Oltersheim (...) und sie wor glücklich do, weil sie wor immer a Dirn, a Bauerndirn und sie hot nie wos eigenes ghobt. Und do hot sie jetzt ihr Zimmer, (...) ihr Essen, sie hot net kochen braucht, sie hot afoch olles hingstöllt kriegt, des wor für sie Luxus pur. (...) Die Ansprüche san anders worn, owohl i kaner bin mit große Ansprüche.*“

Am Ende des Interviews erzählt Frau Berger, „*dass bei uns dahoam, es is afoch a negativer Ansatz immer do gwenn. Negativ in dem Sinn, wonn i ins Oltersheim kim, nochher is eh scho aus. Und des stimmt ober nit. Es is net aus. Es is die letzte Station, ober es is net aus*“, betont sie.

Anschließend an das Gespräch lud mich Frau Berger zu einem Spaziergang ein, ihr Hund begleitete uns. Der Spaziergang führte uns durchs Dorf, an der Kirche und am Friedhof, an der Schule und am Kindergarten, am Gemeindeamt, am Ärztehaus, am Spielplatz und am Altenheim vorbei. Wir standen vor dem Altenheim, es war hell erleuchtet, es war März, nieselte leicht, es war 18 Uhr 30. Frau Berger führte meinen Blick an der Fassade des Heims, die durch große Glasfenster unterbrochen war, entlang und meinte: „Schau, jetzt sitzen keine alten Leute mehr da. In der Früh um sechs schon. Was sagst du dazu? Du arbeitest ja in einem Heim“. Schweigen zwischen uns, dann ergreift Frau Berger erneut das Wort: „Davor dem habe ich Angst, vor dem Rhythmus, der nicht meiner ist. Aufstehen müssen, waschen müssen, anziehen müssen, essen müssen, trinken müssen, auch wenn es mir nicht entspricht.“ Betroffenheit machte sich in mir breit, wir gingen weiter und beschäftigten uns mit dem Hund. (Memo 17. 3. 2009, 21:00 Uhr, Raststation auf der Heimfahrt nach dem Interview mit Frau Berger).

#### 6.1.4 Frau Hirtler: „Ich denke an so ein Mittelding ...“

Das Gespräch mit Frau Hirtler fand am Telefon statt, es dauerte circa 1 Stunde. Markante Inhalte wurden mitgeschrieben, an das Gespräch anschließend wurde sofort ein Gedächtnisprotokoll angefertigt. Spontan vermittelt wurde dieses Interview von Frau Berger, der Interviewpartnerin des vorangehenden Kapitels, die an einem Morgen um 8 Uhr anrief und meinte, sie sitze jetzt mit einer Freundin beim Frühstück und diese Freundin, Frau Hirtler, würde gerne mit mir sprechen, sie hätte viel Interessantes zu sagen. Die beiden Frauen treffen sich jeden Morgen, gehen mit ihren Hunden spazieren, trinken anschließend gemeinsam Kaffee, so auch an jenem Morgen. Beim Spaziergang hatte Frau Berger ihrer Freundin von dem Interview erzählt und beide entwickelten die Idee, mich einfach anzurufen. Frau Hirtler ist 54 Jahre alt und nicht berufstätig, sie lebt in einem Einpersonenhaushalt und hat zwei Töchter im Erwachsenenalter.

Frau Hirtler betont zu Beginn des Gespräches, dass sie es gut findet, *„die Leute zu fragen, wie sie es haben wollen, wenn sie alt sind und auf Hilfe angewiesen sind. Jetzt fragen, mit fünfzig, sechzig fragen, mit diesem Alter werden wir noch ernst genommen, mit siebzig nimmt ma uns eh nimmer ernst“*. Sie stellt weiter fest, dass *„über die Leute geredet wird, nicht mit ihnen, wie sie einmal leben wollen, wenn sie Pflege und Betreuung benötigen.“* Frau Hirtler war aus ihrem Beruf ausgestiegen, um ihre Mutter, die zunehmend dement wurde, zu unterstützen und zu pflegen. Sie blieb zwei Jahre zu Hause und leistete Betreuungs- und Pflegearbeit. Der Wiedereinstieg in ihren Beruf gestaltet sich danach als nahezu unmöglich. Ihre eigene Betroffenheit darüber ist sehr groß. Aus diesem Grund wünscht sie sich keine Pflege und Betreuung durch ihre beiden Töchter, vielmehr hat sie eine andere Vision: *„Es kann nicht sein, dass es halt Altersheime gibt, die nach neustem Standard oder was man halt glaubt, was gut ist für die alten Pflegebedürftigen, gebaut werden und sonst nichts anderes hinterfragt wird. Zum Altersheim gibt es auf der anderen Seite die Angehörigenpflege zu Hause. Ich denke an so ein Mittelding, zwischen Altersheim, wie wir es kennen und der Pflege zu Hause.“* Frau Hirtler konkretisiert ihre Vorstellungen weiter: *„Das könnte so eine Wohngemeinschaft sein, in der es Mitarbeitende gibt, die ihren Lohn dafür kriegen und aber auch die Kinder, Schwiegerkinder,*

*Freundinnen, aber auch andere DorfbewohnerInnen etwas tun für die Alten. Es kann nicht sein, dass die Pflegepersonen alleine für das Wohlergehen der alten Pflegebedürftigen verantwortlich sind und verantwortlich gemacht werden“.* Sie führt Beispiele an, wie die Zusammenarbeit von professionell und nicht professionell Pflegenden und Betreuenden gestaltet werden könnte: *„Vielleicht unterstützt die Tochter (...) ihre Mutter beim Baden. Andere DorfbewohnerInnen sind dafür verantwortlich, dass die BewohnerInnen am Sonntag an der Heiligen Messe in der Dorfkirche teilnehmen können. An einem anderen Tag kocht die Tochter von Frau M. das Mittagessen und ist für die Bereitstellung der Jause und des Abendessens verantwortlich. Am Mittwoch kommt das Mittagessen aus dem Dorfwirtshaus, weil der Sohn von Frau K. nicht so gut kochen kann und beruflich sehr eingespannt ist.“*

Aus eigener Erfahrung mit ihrer Mutter weiß Frau Hirtler, dass es *„Menschen mit Demenz“* auch gut tut, *„wenn sie etwas anderes sehen, wo anders hinkommen, mit anderen kommunizieren, im größeren gewohnten Umfeld, nicht nur zu Hause sind.“* Ihr als pflegende Tochter hätte es oft gut getan, die dementierende Mutter in eine solche Wohngemeinschaft auf Besuch zu bringen, um einige Stunden in der Woche für sich zu haben.

Für Frau Hirtler ist es wichtig, im Kontext ihres zukünftigen potentiellen Pflege- und Betreuungsbedarfes *„mutig“* zu sein, *„sich etwas trauen, etwas anderes leben trauen als in herkömmlichen Altenpflegeeinrichtungen geboten wird. Eben nicht versorgt werden, kontrolliert werden, wo diese und jene Richtlinien eingehalten werden müssen, die Hygiene an oberster Stelle steht, alles eingeteilt ist, vom Aufstehen bis zum Schlafengehen“.* Wichtig ist es ihr, dass *„die Alten so betreut werden und gepflegt werden, wie es ihnen entspricht. Nicht alle gleich, nach Regeln und Gesetzen, die irgendwer gemacht hat, ohne die, die es angeht, zu fragen“.*

Frau Hirtler spricht auch die politische Dimension an, denn eingebunden gehört, so Frau Hirtler *„zum Beispiel auch der Bürgermeister in unserem Ort. Die Gemeinden müssten ein geeignetes Objekt zur Verfügung stellen, damit diejenigen aus unserem Ort, oder auch einem angrenzenden Nachbarort die Möglichkeit haben, auch bei Pflege und Betreuungsbedarf in ihrer vertrauten Umgebung*

*bleiben zu können. Zum Beispiel, wie jeden Sonntag auch in die Kirche gehen können, in die sie jahrzehntelang gegangen sind. Das ist ganz was anderes, als wenn der Pfarrer ins Pflegeheim kommt und dort die Messe liest. Nach der Messe trifft man andere Dorfbewohner, wird begrüßt und irgendwer plaudert mit einem. Und in der Kirche, in die man jahrzehntelang gegangen ist, da kennt man sich aus.“*

Am Ende des Gespräches kommt Frau Hirtler nochmals auf das „*Mittelding zwischen Altersheim, wie wir es kennen und der Pflege zu Hause*“ zu sprechen. „*Die Angehörigen (...) tragen die Pflege der Mutter oder des Vaters, wie auch immer, nicht alleine, sondern da gibt es die Wohngemeinschaft, eben andere, die professionell Betreuenden auch. Wenn die Bäuerin am Feld arbeitet, braucht sie sich keine Sorgen machen wegen der dementen Mutter, die ist in der Wohngemeinschaft zu Besuch und wenn sie für die WG kocht, kommt sie ihrer Pflicht als Tochter, oder Schwiegertochter nach, eben in dem Sinn, die Familie hat sich um die Alten zu kümmern.. Vielleicht könnten dadurch Schuldgefühle von Seiten der Angehörigen aufgelöst werden“*, setzt Frau Hirtler nach einer langen Pause hinzu.

### **6.1.5 Frau Kellner: „In ein klassisches Pflegeheim sicher net!“**

Frau Kellner ist Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und seit vielen Jahren in der stationären Pflege und Betreuung von alten Menschen tätig. Als sie noch jünger war, hatte sie in der Mobilen Pflege und Betreuung gearbeitet. Dieser Herausforderung fühlte sie sich mit zunehmendem Alter nicht mehr gewachsen, weshalb sie in ein stationäres Setting wechselte. Frau Kellner ist 52 Jahre alt und lebt mit drei von ihren fünf Kinder in einem gemeinsamen Haushalt, ihre Kinder sind zwischen 19 und 28 Jahre alt. Sie hat keine Erfahrungen als pflegende Angehörige, das Interview kam nach direkter Ansprache durch mich und nach einem langen Informationsgespräch zustande, es dauerte 1,5 Stunden und fand in einem Cafe statt.

Frau Kellner wünscht sich bei Pflege- und Betreuungsbedarf einen „heimeligen“ Ort. Folgendermaßen sollte dieser Ort, an dem Frau Kellner leben und wohnen möchte, beschaffen sein: *„Und deswegen stell i ma so a großes Haus vor oder a große Wohnung, wo jeder seinen kleinen Bereich hat, aber die Gemeinschaftsräume gleich sind. Und die Küche auch für alle ist, wie in einer Wohngemeinschaft. Und dass wenn ma nimmer kann, wer zum Putzen kommt, dass wer mit dem Essen vorbeikommt oder vielleicht, dass auch wer vorbeikommt, der mit allen kocht. Und wenn da mehrere Leute sind, dass ma dann am Abend auch oder dass eine Betreuerin oder ein Betreuer für die da ein Zimmer wäre, der in der Nacht im Notfall für Bereitschaft da wäre. (...) und eine Hilfe sich gegenseitig gibt.“* Das Leben in dieser Gemeinschaft stellt sich Frau Kellner *„wie ein normales Familienleben, dass ma zusammen sein kann, sich aber zurückziehen kann“*, vor. *„Und dass ein Streit zugelassen wird, nicht durch das Personal irgendwie (...) Konflikte und Streits gehören zum Leben, so gibt es auch Streits zwischen den Bewohnern, das gehört zum Leben. (...) und sterben möchte ich auch dort in dieser Wohngemeinschaft.“*

Bevormundet werden möchte Frau Kellner auf keinen Fall. Die Menschen, die zur bedarfsgerechten Pflege, Betreuung und Unterstützung in die Wohngemeinschaft kommen, müssen nicht *„über drüber nett sein“*, formuliert sie, *„vielmehr müssen sie spüren, dass du manchmal in den Arm genommen werden willst. Und manchmal gar nicht angegriffen werden willst. Nicht jetzt drück ich dich, weil i des wüll, und du des gar net willst. Dass sie merken, des passt ma net und dass sie dann zurückgehen.“*

*„Ein Horror“* wäre es für Frau Kellner, wenn *„i in der Früh soll aufstehen und mi anziehen und dann erst frühstücken darf, dass ich oft vielleicht zwei, drei Stunden beim Frühstück sitz, dass ich a Zeitung les, dass ich mit Ruhe den Tag beginne und net ´Jetzt müssen sie essen´. Vielleicht mag ich erst um zehne was essen und vielleicht mag ich erst einmal was trinken, amol a Zeitung lesen.“*

Frau Kellner legt keinen Wert darauf, ihre *„Fersen eingeschmiert zu kriegen“*, vielmehr legt sie Wert darauf, *„ob die Strumpfhose zum Rock passt.“* In manchen Heimen erzählt sie, bleiben die *„Lätzchen den ganzen Tag umgebunden, egal ob die Bewohner das wollen oder net und des schaut ja erbärmlich aus .....*

*und vor dem hab ich Angst.“ Aus Angst vor Normierung und Reglementierung ihres Lebensalltags möchte Frau Kellner bei Pflege- und Betreuungsbedarf im Alter „in ein klassisches Pflegeheim sicher net.“*

*Pflege und Betreuung durch ihre Kinder lehnt Frau Kellner ab. „Ich könnte es mir auf keinen Fall vorstellen, dass ich von meinen Kindern gepflegt werde. (...) Ich habe eine gute Beziehung zu meinen Kindern, aber i könnte mir das einfach nicht vorstellen.“ Sie möchte ihre Kinder auch nicht moralisch an sich binden. Ihr ist es als junger Frau kurz nach dem Abschluss der Krankenpflegeschule so ergangen: „(...) du darfst jetzt da nicht hinfahren, nach Vorarlberg, dort hätte ich eine Stelle gehabt nach der Schule, du musst daheim bleiben, weil wir sind alt und krank. (...) Das will ich net von meinen Kindern.“*

*„Es gibt Wohngemeinschaften für Studenten, warum nicht auch für alte Menschen“, meint Frau Kellner und glaubt, dass so etwas in Zukunft auch organisiert werden könnte. „Weil immer mehr Häuser in den Gemeinden leer stehen, Schulen, das wären herrliche Häuser, große Wohnungen.“ Weiter führt sie aus: „Es müsste viel mehr Netzwerke geben und man müsste sich trauen, am Land traut man sich nicht so und man traut sich auch nicht zu sagen ´ich schaff es nicht, meine Mutter zu betreuen´ (...), weil dann heißt es, du bist faul.“*

*In der Reflexionsphase zum Gespräch erzählt Frau Kellner: „Zehn Jahre habe ich noch Zeit, mir was dazu zu überlegen und zu organisieren. Warum nicht darüber reden und nachdenken, wie wir im Alter und bei Pflegebedarf leben wollen, um vielleicht das zu kriegen, was wir wollen. Ich denk mir, wenn ma nix sagt, was wir wollen, wenn ma nix tut, kommen andere und stülpen etwas über uns drüber.“*

#### **6.1.6 Frau Kern: „Was ist denn familiärer?“**

Frau Kern ist 52 Jahre alt, Hausfrau, lebt mit ihrem Gatten (58 Jahre), von Beruf Forstarbeiter, und den beiden Söhnen (32 und 29 Jahre) in einem gemeinsamen Haushalt. Das Haus liegt auf 1000 m Seehöhe, das Gespräch fand in der Wohnküche von Familie Kern statt, es dauerte 1,5 Stunden und kam durch die

Vermittlung einer Kontaktperson zustande. Der Gatte von Frau Kern war beim Interview anwesend und brachte sich phasenweise in das Gespräch ein. Frau Kern hat Erfahrungen in der Pflege und Betreuung von Angehörigen sowie von alten Menschen in Institutionen gemacht. Sie unterstützte, betreute und pflegte die Großeltern ihres Gatten und arbeitete als ungelernte Mitarbeiterin in Pflegeplätzen. *„Pflegeplätze sind“*, nach dem StPHG 2003 § 2 (2), *„stationäre Einrichtungen, die eine organisatorische und betriebliche Einheit bilden, in der bis zu vier nicht haushaltsverbandsangehörige Personen im Rahmen eines Haushaltsverbandes gepflegt und betreut werden.“*

Frau Kern meint, dass sie, *„wenn es wirklich einmal so weit kommen würde“*, sollte sie auf Pflege und Betreuung angewiesen sein, *„wahrscheinlich eh ins Altersheim gehen würde“*. Bei Pflege- und Betreuungsbedarf will und kann sie sich nicht auf ihre beiden Söhne verlassen, *„weil a jeder arbeitet“*. Ihr Gatte fügt hinzu: *„du kannst des heit jo gor net verlengen, doss de dahoam bleim. Man muss die Geschichte halt etwas nüchtern betrachten. So wie es früher einmal war (...), die Zeiten sind vorüber“*. *„Net verlengen zeitmäßig“*, meint Frau Kern. Herr Kern ergänzt: *„a um den Plotz geht's“*. *„Ober wie es bei uns is, wir haben jo ka Schweigertochter a net“*, fügt Frau Kern hinzu. *„Und es is a net leicht, muss i dazu sogen. Manches Mal frogt ma sich schon, warum, oder es wird am donn a scho zu viel ob und zu“*, berichtet Frau Kern aus eigener Erfahrung. Vor 15 Jahren ist die Großmutter ihres Gatten und bald darauf auch ihr Mann verstorben, Frau Kern war die Hauptpflegeperson. Am Anfang, als der Pflege- und Betreuungsbedarf der Großmutter noch nicht so hoch war, erhielt Frau Kern, sie war 26 Jahre alt, Unterstützung durch ihren dreijährigen Sohn Bernd. *„Der Bernd war immer drin, donn is er immer mitzottelt, wenn sie in der Nocht hot müssen aufs Klo gehen, der is do mit senen auße aufs Klo und hot obelossen. Der hot ihr die Strumpfhosen onzogen in der Früh, der hot ihre den Kittel zu gmocht. Der wor immer neben (...), sie hot ihm eigentlich des Schnoppsen glernt, des Spülzeig wor sowieso bei ihre drin, der wor mehr drin, ols sunst wo. Jo, er hot ihr gholfen, Potschen onziehen und des olles, der hot des ton.“*, er-

zählt Frau Kern. Als Bernd dann die Volksschule besuchte, fiel die Unterstützung durch ihn weg.

*„Angefangen hat des bei der Großmutter im 82. Jahr, do is des passiert, doss sie an Oberschenkelhalsbruch hot ghobt. Sie hot si sehr bemüht, is vüll herumgongen (...) do hot sie nu des Bett gmocht, sie sölber onzogen. So sche langsam is donn immer mehr worden. Ma hots auße führen müssen aufs Klo (...), dann irgendwann wollte sie immer mehr ins Bett, donn is sie amol hingfallen, (...) jo donn is sie holt liegen blieben.“* Die letzten vier Jahre ihres Lebens war die Großmutter bettlägerig. Frau Kern ist sehr stolz auf ihre Pflege- und Betreuungsarbeit: *„net a Fleckerl, wie si zum Liegen is kummen, hot sie ghobt. In die vier Jahr wor sie net amol kronk oder Fieber, des hot sie nie ghobt.“*

*„Selbstverständlich“* war es für Frau Kern auf die Großeltern ihres Mannes zu schauen: *„Für mi, i wor jo sowie daham, für mi wor des eigentlich gor keine Frage, dass i net schau.“*

Im Laufe der Pflege- und Betreuungszeit fand Frau Kern heraus, dass die Großmutter gerne Eierlikör und Haselnusslikör trinkt, obwohl sie davor keinen Likör gemocht hatte. *„Ihr Stamperl hot sie a kriegt, wie sie im Bett gelegen is.“* Und auch ihren Wein, stark verdünnt mit Wasser und einem Löffel Zucker, hat sie bekommen. So wie sie ihn früher getrunken hatte, wenn sie von der Wald-, Feld- oder Gartenarbeit nach Hause kam. Es ist wichtig, herauszufinden, was die alten Leute wollen, betont Frau Kern. Herauszufinden, was sie will, was ihr gut tut, das wünscht sie sich auch von denjenigen, die sie einmal pflegen und betreuen werden. Sie möchte kein schon eingerichtetes *„Zimmerl“* in einem Altersheim beziehen, sondern in ein Heim übersiedeln *„wo du deine Möbel, dass du wenigstens ein paar Möbel mitnehmen kannst. Nix vüll, außer a paar Fotos mitnehmen zu können“*, das wäre ihr zu wenig. Sie möchte bei Pflege- und Betreuungsbedarf in eine Einrichtung ziehen, *„wo du sölber es Zimmer könntest einrichten.“* Wichtig ist ihr auch, gemeinsam mit ihrem Mann zu übersiedeln, auch wenn ihr Pflege- und Betreuungsbedarf im Gegensatz zu ihrem Mann gering wäre. *„Du bist a Leben long mit deinem Monn beinond und donn mecht i mit ihm ins Pflegeheim. A wenn er Pflege braucht und auf mi nu net so gschaut werden muss, mecht i mit und i mecht, doss sie uns zomm lossen. I man, donn*



*bist du a Leben long beieinoder und donn is er durt und i durt. I man, des is jo nix.“ Auf jeden Fall möchte sie ein Zimmer für sich alleine oder gemeinsam mit ihrem Mann. In das Altenheim, das sie kennt, „do sind sie doch zu zweit in einem Zimmerl drinnen“, möchte sie nicht ziehen.*

Für Frau Kern ist die „Einstellung zum“ und „das Einstellen auf“ die Institution Pflegeheim bedeutsam: *„Donn is es oft die Einstellung, do kummst jetzt do obe, do eine und des is jetzt des letzte, jetzt kum i doher zum Sterben. Ober wenn mir uns do so einstellen, mein Gott, wenns nimmer geht, donn gehm ma obe, is des gonz was onderes, wenn ma sie vorher scho drauf einstöllt.“*

Ihr Gatte möchte bei Pflege- und Betreuungsbedarf nicht in die Ebene, in eine „fremde Umgebung“ ziehen, vielmehr möchte er am Berg bleiben und in ein kleines privates Heim gehen. *„Die Heime, die jetzt wie Schwammerln aus dem Boden schießen, werden immer größer“,* sagt Herr Kern. *„Wos du a immer gemocht host, unten sitzt du leer umanond in gonzen Tog“.* Allerdings fragt sich Herr Kern, ob es diese kleinen Einrichtungen noch geben wird, wenn er und seine Gattin auf Pflege- und Betreuung angewiesen sein werden. Diese kleinen Heime haben *„so viele Auflagen“* bekommen, so viele Investitionen müssen getätigt werden, *„doss können sie de gor net leisten, des kann gor net mehr bewerkstelligt werden.“* Herr Kern bezweifelt nicht, dass neue gesetzliche Regelungen notwendig waren und seine Gattin setzt hinzu, *„wo is es denn mehr familiär“,* in einem großen Pflegeheim mit vielen Betten oder in einem kleinen regionalen Heim. Frau Kern hat auf Pflegeplätzen als ungelernte Kraft gearbeitet und fügt hinzu: *„Heute dürftest des gor nimmer mochen, do würdest gstroft werden. Do hob i gschaut auf sen, do hob i kocht für sen, i hob putz für sen, jo olle sen betreut und olles gmocht. Und in der Früh holt gebadet und wie es holt is, Hoor woschen und anziehen und jo Frühstück geben und alles zusammen, des wor scho so und donn hob i oft so kocht, vor allem am Abend, do hob i so Sochen, wos sie holt gern essen, mein Gott so vül guat und dann holt sölber Mehlspeis bochen und so. (...) Do woren sie holt begeistert. Und Palatschinken und de hob i holt gmocht am Obend und wenn i sen gfrogt hob, wos wöllts denn und des hob i donn gmocht.“* Ihr Gatte meint dazu: *„Heute würde das gar nicht mehr gehen, wegen der Auflagen. Früher waren sie froh, es hat a net so viele Betreu-*

ungsplätze gegeben. *Wie die Schwammerln außegschossen sind die Altenheime erst in de letzten Jahr.*“ Frau Kern erzählt weiter, dass eine alte Frau *„wenn i bügelt hob, is sie daneben gsessen und hot mir immer aus ihrem Leben erzählt, zwor immer des gleiche, ober sie hot erzählt und i hob holt zuaglost und ihre hot des gfallen.“* Diese Art und Weise der Betreuung und Pflege von alten Menschen empfindet Frau Kern als familiär. *„Weil de sind da nie ausgeschlossen worden. Ob es jetzt zu Weihnachten war oder zu Ostern oder so oder bei Geburtstagsfeiern oder wenn wer zu Besuch gekommen ist, is wurscht wer, de waren immer dabei. (...) Außer sie haben sölber gsogt, na jetzt geh i wieder ume ins Zimmer, don san sie holt sölber gongen ins Zimmer. Ober es hot sie niemand weggschickt. (...) Im Sommer, wenn es schön wor, sind wir draussen gsessen und sonst holt drinnen im Wohnzimmer, de worn überall dabei,* erzählt Frau Kern weiter.

*„Dabei sein“* auch bei Pflege- und Betreuungsbedarf wünschen sich Frau und Herr Kern auch für ihr Leben im Alter.

### **6.1.7 Herr Dorn: „Ich glaube, dass Pflegeheime mitten im Leben sein müssen“**

Das Gespräch mit Herrn Dorn kam durch die Vermittlung einer Kontaktperson zustande, es dauerte eine Stunde und fand in den Räumlichkeiten eines Landtags statt. Herr Dorn ist Abgeordneter zum Landtag und Bürgermeister einer Gemeinde mit 228 EinwohnerInnen, *„Hobby-Bauer“*, Ehemann und Vater von drei Kindern, einer 18-jährigen und einer 8-jährigen Tochter und einem 16-jährigen Sohn. Er lebt mit seiner Frau und seinen Kindern in einem gemeinsamen Haushalt, Herr Dorn ist 53 Jahre alt.

Vor einigen Jahren noch hatte Herr Dorn die Auffassung vertreten, politisch wie persönlich, dass bei Pflege- und Betreuungsbedarf alter Menschen, die Pflege- und Betreuungsarbeit durch die Familie erbracht werden sollte. *„Da bin ich mir jetzt nimmer ganz so sicher, bin echt im Überlegen,(...) ob ma des den eigenen Angehörigen antun soll. (...)Weil es für die Angehörigen eine Wahnsinns Belastung ist.* Diese Einstellungsänderung des Familienvaters, Politikers und *„Hobby-*

*Bauern“ resultiert einerseits aus den vielfältigen Erfahrungen, die er als Bürgermeister in vielen Gesprächen mit Bürgerinnen und Bürgern der Gemeinde und andererseits in der eigenen Familie gemacht hat. „Aber ich erleb es bei meinem Halbbruder, der jetzt seit 12 Jahren im Rollstuhl sitzt. Er hat einen schweren Schlaganfall gehabt mit 57 Jahren und wird von der Schwägerin gepflegt, fürsorglichst gepflegt und das ist eine riesen Herausforderung, eine riesengroße Herausforderung. Sie macht das natürlich mit Hingabe, das ist für sie schon anstrengend. Ich meine, das Pflegegeld ist eine gewisse finanzielle Entschädigung, aber es ist mörderisch, die Arbeit. Und von Zeit zu Zeit ist auch der Arzt sehr dahinter, dass sie eine gewisse Auszeit nimmt, dass sie eine Woche wo hinfährt. Dann ist der Bruder automatisch in einem Pflegeheim. Aber sonst glaub ich, ist das eine enorme Belastung, dass man da selbst fast draufgeht dabei.“*

Herr Dorn sieht in der Pflege zu Hause durch Familienangehörige „ein großes Manko“ darin, dass die Pflege- und Betreuungsleistung, die erbracht wird, „vielfach als selbstverständlich gesehen wird“ und dass Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf vielfach nicht dazu bereit sind, das Pflegegeld dafür zu verwenden. „Große Aufklärungsarbeit“ ist hier nötig, betont Herr Dorn, um innerfamiliäre Konflikte gar nicht erst entstehen zu lassen, beziehungsweise aufzulösen.

*"Die Gesellschaft verändert sich rapide, Scheidungen, Trennungen, und auch die anderen Geschichten, die Räumlichkeiten sind da, doch wird im Haus nur mehr eine Person wohnen und dann ist die Pflege zu Hause sowieso nicht mehr möglich. Die klassische Pflege zu Hause, wo sozusagen eine Person immer anwesend ist, wird zukünftig nicht mehr möglich sein. Und dadurch wird die Pflege noch mehr zur Herausforderung."*

Politisch wie persönlich hält Herr Dorn „nichts von Pflegeheimen, die nur auf der grünen Wiese ganz alleine wo stehen, schön, romantisch, herrlich. Ich glaube, dass Pflegeheime und Betreuungsinstitutionen mitten im Leben sein müssen. Die Pflegeheime außerhalb des Ortes, zwar gut gemeint, mit dem Ansatz des Ruhebedürfnisses der alten Menschen. I glaub net, dass die alten Menschen immer nur Ruhe wollen. Die wollen was sehen, die wollen was mitbekommen.“

Diese Haltung wird in der räumlichen Anordnung des gemeindeeigenen Pflegeheims sichtbar: *„Bei uns ist das Pflegeheim, das Gasthaus, der Kindergarten und das entstehende betreubare Wohnen in den Ortskern integriert, um die Kirche eben. Da kann ich noch meine Wege gehen, die ich immer gegangen bin, ins Gasthaus, in die Kirche.“*

Für sich persönlich erwartet Herr Dorn bei Pflege- und Betreuungsbedarf ein Heim, *„wo alles sauber und so weiter ist, dass ist eh eine Voraussetzung, aber dass es heimelig ist. Wo persönliche Dinge noch vorhanden sein können, dass man sein Zimmer individuell gestalten kann. Wo ich alles griffbereit um mich habe.“* In ein klinisch sauberes, spitalartiges Heim möchte er nicht ziehen, er wünscht sich *„kleine Nester“, „Wohnnischen“,* die das Gefühl vermitteln *„da bin ich zu Hause, da fühl ich mich auch wohl und wenn ich im Zimmer auch noch einen kleinen Rückzug habe, optimal wäre sogar ein Einbettzimmer, das wäre optimal. Klass wäre es, dass auch Menschen da wären, die sich mit einem beschäftigen, die zuhören“.* Hier setzt Herr Dorn auf das freiwillige Engagement der Dorfgemeinschaft, auf das Ehrenamt, *„denn das Pflegepersonal hat oft nicht die Zeit dazu und außerdem ist das ein Kostenfaktor.“* Seit einiger Zeit macht Herr Dorn als Bürgermeister *„die Bevölkerung aufmerksam: geht’s ein bisschen hinein in das Pflegeheim, so wie ihr in die Nachbarschaft geht, ihr seid willkommen, fährt mit den Leuten im Rollwagerl spazieren, versucht mit ihnen Karten zu spielen oder nur zu tratschen und zu zuhören, auch wenn ihr die Geschichten schon zum x-ten Mal gehört habt, die immer wieder auftauchen. Ihr seid eine willkommene Abwechslung und das Pflegepersonal ist dadurch auch entlastet.“*

Als Alternative zur Pflege und Betreuung „im Heim“ und zur Pflege und Betreuung „daheim“ sieht Herr Dorn die „Pflegeplätze“ an, jedoch ist diese Alternative aus seiner Sicht im Schwinden begriffen. *„Früher sind die Pflegeplätze ausgelastet gewesen, weil sie günstiger waren, weil im Regelfall ist dort das Auslangen gefunden worden mit der Pension und mit dem Pflegegeld. Und da hat es keine Zuzahlung gegeben. Mittlerweile, alles was für die Pflegeheime Gültigkeit hat, schwappt ja hinunter auf diese Pflegeplätze und das macht dies alles natürlich kostenintensiver.“* Die gesetzlichen Vorschriften und Auflagen, so Herr

Dorn, „sind zwar gut gemeint, aber oftmals übertrieben, aus seiner Sicht „oft nicht notwendig.“ Diese Standards zu überdenken und neu zu definieren, erfordert viel Mut, „das müsste dann ein breiter Konsens sein, und nicht zu einem parteipolitischen Streit ausarten. Die Gefahr ist dabei immer sehr groß, dass man das dann parteipolitisch zum Teil gebraucht, missbraucht oder wie auch immer.“

In der Abschlussphase unseres Gespräches ist es Herr Dorn sehr wichtig zu betonen, dass er „in Richtung Sterbebegleitung einen großen Handlungsbedarf“ sieht. „Weil ma ja in Zukunft immer mehr allein sein wird und nicht mehr im Familienverband leben wird.“

## **6.2 Verdichtung der Daten zur Kernkategorie**

Im folgenden Teil der Arbeit wird die Verdichtung der Daten zur Kernkategorie dargestellt, die Einbindung von wörtlichen Zitaten in die Darstellung dient der Spezifizierung im jeweiligen Kontext.

Als Hauptkategorie wurde aus den Daten heraus das zentrale Phänomen „Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege daheim und Pflege im Heim“ entwickelt.

Die Leitkategorie zieht sich wie ein roter Faden durch alle Gespräche und steht in enger Verbindung mit vielen anderen Kategorien, die sich aus den Daten entwickelt haben. Das zentrale Phänomen „Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege im Heim und Pflege daheim“ entwickelte sich einerseits aus der ablehnenden Haltung der Gesprächspartnerinnen und -partner gegenüber einem Umzug bei Pflege- und Betreuungsbedarf in ein traditionelles Alten- bzw. Pflegeheim, „In ein klassisches Pflegeheim sicher net!“ (I 5, Z 75), andererseits aus der Haltung, den Kindern die Pflege und Betreuung „nicht antun“ zu wollen. Siehe dazu auch: „Aber wie i vorher schon han gsagt, i würd niemand, ihr kriegst mein Hof aber Bedingung is: i wird da olt und ihr misst auf mi schauen (...). Das eigentlich will ich niemand richtig antun“ (I 2, Z 565-568). „I wüll des

*meine Kinder net ontun. Weil des is a Zumutung. Sie haben ja auch nur ein Leben“ (I 3, Z 306-307).*

Im Folgenden werden die Verknüpfungen der einzelnen Kategorien miteinander und mit der Leitkategorie sowie mit ihren Bedingungspfaden dargestellt.

### **6.2.1 Bedingungsgefüge der Kategorie „den Kindern nicht antun“**

Die eigene Pflege und Betreuung den (Schwieger)Kindern „*nicht antun*“ zu wollen unterliegt einem Bedingungsgefüge, das aus dem Verwobensein von gemachten negativen Erfahrungen mit der Pflege von Angehörigen, der Reflexion der eigenen familialen (Pflege)Geschichte und der Auseinandersetzung mit dem ideologischen Überbau der Angehörigenpflege sowie mit der Akzeptanz eines selbständigen Lebensentwurfes der (Töchter) Kinder zusammenhängt.

*„(...) wos mi eigentlich so nochdenklich mocht, jetzt is ma jung, ondere heiroten später, ondere früher und donn baut ma sie a Haus. Donn kriegt ma Kinder, der Mo is berufstätig, er is immer unterwegs. Die Frau is allan mit de Kinder. Und donn käman die olten Leit im Zuge von Übergeben oder Ongheivot und donn is ober des Problem, doss die Frauen nochher sölber olt san. (...) Wos hob i noch vom Leben, bis der Opa nimmer is und bis i den nimmer hon. Donn bin ich sölber olt. Und wos wüll i nochher?“ (I 3, Z 285 -292).*

Eingebettet ist das Phänomen Pflege und Betreuung den Kindern „*nicht antun*“ zu wollen im Kontext von veränderten Familienstrukturen „ (...) so wie es früher einmal war, dass immer ein paar Generationen im Haus gewohnt haben, die Zeiten san vorüber“ (I 6, Z 7-8). „Die Gesellschaft verändert sich rapide, (...). Die klassische Pflege zu Hause, wo sozusagen eine Person immer anwesend ist, wird zukünftig nicht mehr möglich sein“ (I 7, Z 195-201). „Die Frauen bleiben net dahoam, weil des System net zam passt“ (I 3, Z 311-312) und veränderten sozio-ökonomischen Bedingungen, „(...) ma muss holt a schauen wie die Kinder die Welt bestreiten, des is net so oafoch“ (I 6, Z 563-564).

## **Erfahrungen als pflegende Angehörige**

Überwiegend negative Erfahrungen mit der Pflege und Betreuung von (nahen) Angehörigen bestimmen zu einem großen Teil den inneren und äußeren Aushandlungsprozess, der dazu führt, den Kindern die Pflege und Betreuung „*nicht antun*“ zu wollen. „*Auf Grund der Erfahrungen, die ich mit der verstorbenen Frau gemacht hab, hab i da scho für mich selber auch eigene Gedanken entwickelt*“ (I 1, Z 293-295). Die negativen Erfahrungen mit der Angehörigenpflege sind unterschiedlich dimensioniert und finden auf unterschiedlichen Ebenen statt. Auf der Ebene der professionellen Unterstützungssysteme lässt sich die Ablehnung durch die Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger verorten. „*Wir brauchen professionelle Hilfe, einen Pflegedienst, zumindest ein paar Mal in der Woche, hab i gesagt. (...) Des war dann für sie (die Gattin) wieder fast eine Beleidigung. Also sie hatte da selber zu dem Thema keine geklärte Position. Es war schwierig, mit ihr eine Position zu klären. Da hab i vühl mit ihr darüber diskutiert, auch um mich selbst zu klären, wie weit gehma da. Und ich durfte ja net sagen, dass des auch eine Belastung für mich is. Da is sie dann mit der umgekehrten Seite kumma: i wüll eh nimmer leben*“ (I 1, Z 200-208). Die ablehnende Haltung gegenüber der ambulanten Pflege und Betreuung ist oftmals mit jenem Regelsystem von Familien verknüpft, in dem die Familie für Betreuung und Pflege von Familienmitgliedern als alleinig verantwortlich gezeichnet wird. Letztendlich wird diese strenge Regel noch von politischen Gruppierungen verfestigt und verkommt zur Ideologie. „*Wo man darüber nicht nachdenkt, kommen automatisch verschwommene ideologisierte Vorstellungen heraus, wie das zu gehen hat mit völligen Überforderungen*“ (I 1, Z 388-390). „*Am Land traut man sich nicht so und man traut sich auch nicht zu sagen: ich schaff es nicht mehr, meine Mutter zu betreuen, ich kann sie nicht wo hingeben, weil dann heißt es: „du bist faul“* (I 5, Z 188-191). „*Wo noch ein Absolutheitsanspruch herrscht, gilt das auch in Bezug auf Pflege. Es scheint selbstverständlich, dass man sich hier aufopfert, es ist dann abtrünnig, wenn jemand Grenzen zieht und sagt, ich pflege die Schwiegermutter nicht*“ (I1, Z 356-357).

Eine weitere Ebene, die der mangelnden Kunden- und Kundinnenorientierung, führt zur ablehnenden Haltung und somit zur Nichtinanspruchnahme von mobi-

len Betreuungs- und Pflegediensten. „Des hot leider net funktioniert. Weil de kimmt um Punkt ochte, des wor zu spot. (...) Weil sie mecht sie scho in der Früh onziehen und dann muss mit dem Schlofrock worten bis de kimmt. Des wollt sie (die Schwiegermutter) net, des wollt der Opa (Schwiegervater) net“ (I 3, 52-56).

Negative Erfahrungen mit der Pflege und Betreuung von Angehörigen lassen sich auch an der körperlichen sowie psychischen Belastung von Einzelnen und Familiensystemen, die die Pflege- und Betreuungsarbeit nach sich zieht, festmachen. Sie stellen ursächliche Bedingungen dar, warum die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner die Pflege und Betreuung ihren Kindern „nicht antun“ wollen. „Weil es für die Angehörigen eine wahnsinns Belastung auch ist“ (I 7, Z 18). „Ich würds ka zweites Mal mehr tun (...), ich habs wirklich hautnah miterlebt, was das bedeutet. Es war a große Belastung, objektiv, a rund um die Uhr Belastung, sag ma so. I hab net kenna sogn, mai heit is Sonntag, i meacht beispielsweise nach L. fahrn, undenkbar, oanfach undenkbar und auch wie sie nochher verstorben is, noch circa noch de oanaholb Joahr, hob i gedocht, jetzt kann i mi entspannen, weil i nochher mit dem Umbau da hab angefangen, des hat bitte drei, vier, fünf Monate dauert. Ich war so weit schon drinnen, i bin um elfe erst schloafen goangen, um oans war ich aber wieder hell wach, weil i ihra hoab gehört schrein. Des hoasst jetzt erfahrungsmässig, womöglich, oan Joahr, wenns länger dauert, hätt bei mir irgend was sein können, vielleicht, ich weiß es nicht“(I 2, Z 50-66). „Die Pflege wor onstrenge, mit dem nix reden und mit den Aggressionen vom Schwiegervoter. Des wor anstrenge“ (I 3, Z 241-242). „Er hot ka Antwort gem, und es wor ofoch, jo ... net Psychoterror, scho a bisserl auf die Oart, i hobs holt org empfunden. Als bedrückend und org und ärger wie die gonze Orbeit, ofoch sei ... sei Oart“ (I 3, Z 257-259). „I wass net, ob i es nu a mol tat. I wass es net. I ko net jo sogn, i ko net na sogn“(I 3, Z 136-137). „Ma hot net immer die gleiche Geduld und ma is a net immer gleich gut aufgelegt für des (die Pflege und Betreuung der angeheirateten Großmutter). Die Großmutter war 93 Jahre, wie sie gestorben is, es waren schöne Momente auch, sie hat mich bei der Hand genommen und gesagt: danke, dass du schaust auf mich, jetzt bist du meine Mutter, denn du schaust auf mich und sie hat mir zum Muttertag eine Tafel Schokolade und 100 Schilling gegeben, das waren dann wieder die schönen Momente“ (I 6, Z 551-556).



## De-Traditionalisierung

Die Reflexion der eigenen familialen (Pflege)Geschichte lässt eine weitere Antwort zu, warum die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner bei potentielltem Pflege- und Betreuungsbedarf ihren Kindern, Töchtern wie Söhnen, die Pflege- und Betreuungsarbeit „*nicht antun*“ wollen. „*Ich will sagen, wie es mir als junge Frau gegangen ist: du darfst jetzt da nicht hinfahren, nach Vorarlberg, dort hätte ich eine Stelle gehabt nach der Schule, du musst daheim bleiben, weil wir sind alt und krank. (...) Des will i net von meinen Kindern*“ (I 5, Z 268-273). „*Und drum wor es für mi a normal, doss i es (die Pflege der Schwiegermutter und des Schwiegervaters) ofoch übernimm. Weil ma von dahoam nix onderes kennt hom*“ (I 3, 232-233). „*Also einige Schwestern von mir sind knapp wirklich gröberen seelischen und körperlichen Überlastungen entgangen*“ (I 1, Z 423-424). „*Große Aufklärungsarbeit ist nötig, damit die Leistung, die zu Hause von den Angehörigen erbracht wird, nicht als selbstverständlich gesehen wird*“ (I 7, Z 77-79). „*Man kann Kinder nicht verantwortlich mochen, wenn es a seinerzeit selbstverständlich wor, dass Kinder auf die Olden zum Schaun hobn ohne Rücksicht auf irgendwas* (I 2, Z 785-787).

Die Auseinandersetzung mit dem ideologischen Überbau der Angehörigenpflege sowie die Akzeptanz eines eigenen, selbständigen Lebensentwurfes der (Töchter)Kinder ist eng verwoben mit der Reflexion der eigenen familialen Geschichte im Kontext von Pflege- und Betreuungsbedarf von Angehörigen.

## 6.2.2 Bedingungsgefüge der Kategorie „kein traditionelles Heim“

Durchgängig lehnen die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner bei Pflege- und Betreuungsbedarf einen Umzug in ein traditionelles Altersheim ab. *„Mein Ziel ist sicherlich nicht in ein Altersheim“* (I 2, Z 293-294). *„In ein klassisches Pflegeheim sicher net!“* (I 5, Z 75).

Unterschiedliche Dimensionen der Ablehnung lassen sich aus den Daten heraus entwickeln. Die interviewten Frauen und Männer begründen diese ablehnende Haltung mit gemachten Erfahrungen in der Rolle als Besucherin, als Besucher, als ehrenamtliche Mitarbeiterin, als Bote und als Pflegemitarbeiterin in klassischen Pflegeheimen. Die dort gemachten Erfahrungen sind für sie nicht kompatibel mit den Wünschen und Vorstellungen, wie sie einmal leben wollen, sollten sie auf Pflege und Betreuung angewiesen sein.

Die Gesprächspartnerinnen und -partner erkennen in traditionellen Pflegeheimen Parallelen zu Studentenheimen und Gefängnissen. *„Wenn ich eine überbetreute, stupide als Nummer geltende Betreuung hätte und selber aber wenig kann, dann würde ich das als Gefängnis erleben. ... Ja also, wenn mehrere dieser Faktoren, man kann überhaupt nix mitreden, ma wird nicht persönlich beachtet, man gilt als Nummer, ja unfreundlich, ma is aber angewiesen, weil man schon so gebrechlich is, des würde ich als eine Art Gefängnis erleben, des is net so weit hergeholt“* (I 1, Z 754-769). *„I man in an Pflegeheim, so vüll Bewohner, so a Apparat, es geht nicht anders. Es muss von bis Frühstück, von bis Mittagessen, von bis Nachtruhe, von bis geht net anders“* (I 2, Z 771-773). *„Und wi i dir vorhin schon hob gsogt, so a zwanzigjähriger Student (...), der holtets im Heim nimmer aus (...). Und jetzt bist aber als Olter, das kummt dazu und do tuats ma weh, a noch und des kao i nimmer und dann wird, i wüll net sogn drübergfohrn. Es geht net anders“* (I 2, Z 1143-1149).

In ein klassisches Pflegeheim möchten die Befragten bei Pflege- und Betreuungsbedarf nicht übersiedeln. Sie sehen in klassischen Pflegeheimen Orte des

Zwangs, der Fremdbestimmung, des Ausgeschlossenseins, der Reglementierung, der fehlenden Privatheit, der Zentralisierung von alten Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, der De-Individualisierung und der Unüberschaubarkeit. In den Strukturen von „*fixen Heimen*“ (I 1, Z 480) möchten sie nicht leben. „*Der ganz große Unterschied ist, da möchte ich nicht in ein fürsorgliches, i möchte net befürsorgt werden in Dingen, die i nu selber machen kann, da hätt i ja geistige Probleme, i hab ja dann nix mehr zu tun, das hat ja zur Stabilisierung der eigenen Energie eine riesige Bedeutung*“ (I 1, Z 454-457).

### **6.2.3 Bedingungsgefüge der Hauptkategorie**

Im Folgenden wird das Bedingungsgefüge der Hauptkategorie „Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege daheim und Pflege im Heim“ dargestellt.

#### **Architektonische und inhaltliche Konzeption**

Die aus den Daten emergierte Hauptkategorie „Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege daheim und Pflege im Heim“ weist unterschiedliche Dimensionen hinsichtlich der Organisation von Pflege und Betreuung auf. Die Dimensionen der Organisationsformen reichen von der Selbstorganisation, durch die Bewohnerinnen und Bewohner und/oder ihre Bezugspersonen, über die Organisation durch ambulante Dienste, bis hin zur Organisation durch Altenheimbetreiberinnen, -betreiber.

„*Sieben, ocht, zehn Leit. Wir passen so grob zommen. Richten do des Haus ein oder ein größeres Haus, beispielsweise beim Bruda oben. Beim H. wärn die Zimmer do, die Heizung do. Do kennt ma zu zehnt oder zu ocht, kennt ma uns wirklich a Putzfrau leisten, a Köchin leisten, a Pflegerin leisten. Zehn Leit, und des wär finanziell sicher machbar und denkbar. Kann i ma gut vorstellen. Aber das wäre nicht ...auch nicht negativ zu verstehen, des wäre nicht der Druck, die Heimsache*“ (I 2, Z 744-759). „*Es gibt ja so wie es im Internet steht, ich such eine WG für Studenten, dann suchen sie da und ich hab das auch schon im*

*Fernsehen gesehen, dass sich ältere Leute zusammensuchen und die anschauen, passt der zu uns. Ich glaub fest, dass das in Zukunft von oben her organisiert werden wird“ (I 5, Z 156-160). „Ich denke an ein Mittelding, zwischen Altersheim, wie wir es kennen und der Pflege zu Hause. Das könnte eben so eine Wohngemeinschaft sein, in der es Mitarbeitende gibt, die ihren Lohn dafür kriegen, aber eben die Kinder, wenn es gewünscht wird, auch etwas tun. Vielleicht die Mutter einmal in der Woche beim Baden unterstützen, andere dafür verantwortlich sind, dass die BewohnerInnen rechtzeitig am Sonntag in die Kirche kommen. Am Dienstag kocht die Tochter von der Frau M. Am Mittwoch bringt das Dorfwirtshaus das Mittagessen, weil der Sohn von Frau K. nicht so gut kochen kann und beruflich sehr eingespannt ist“ (I 4, Z 67-76).*

In den Aushandlungsprozessen über die spezifischen bedürfnis- und bedarfsorientierten Betreuungs- und Pflegeleistungen und deren inhaltlicher Ausrichtung, möchten sie mit ihrer persönlichen Biographie wahrgenommen und angenommen werden. *„Und dass ich mich mit diesen Pflegesachen waschen darf, die ich selbst bestimm. (...) Und i wüll meine Hoar net eindreht hom, weil ich hab sie bis jetzt keinen einzigen Tag eindreht“ (I 5, Z 57-59). „So wenn i do kann sitzen und die Dammwüld zuschauen und irgendwer schneit ma des noch a bisserl zgleich oder pürriert ma des Fleisch“ (I 2, Z 1147-1148). Sie wünschen sich Räume, in denen sie „nicht versorgt werden (...), wo diese und jene Richtlinien eingehalten werden müssen, die Hygiene an oberster Stelle steht, alles eingeteilt ist, vom Aufstehen bis zum Schlafengehen, Angehörige, Freundinnen nicht mit einbezogen werden, sich nicht einbringen dürfen“ (I 4, Z 23-27), sondern ihnen ermöglicht wird, trotz Pflege- und Betreuungsbedarf am ganz normalen (Gemeinde)Leben teilzuhaben.*

Die Befragten möchten „zu Hause“ gepflegt und betreut werden. *„Wie zu Hause halt, ganz normal, eine Küche mit anderen teilen, ein Wohnzimmer mit Gleichgesinnten eben“ (I 4, Z 15-16). „Zu Hause“ hat hier mit der Pflege und Betreuung durch Angehörige und/oder ambulante Dienste, im Sinne der zurzeit in Österreich vorherrschenden Dichotomie von Pflege im Heim und Pflege daheim*

nichts gemeinsam. „Zu Hause“ steht vielmehr als Synonym für Geborgenheit, Überschaubarkeit und Normalität. *„I mecht an heimeligen Ort. Und deswegen stell i ma so a großes Haus vor oder a große Wohnung, wo jeder seinen kleinen Bereich hat, aber die Gemeinschaftsräume gleich sind und die Küche auch für alle ist. So wie in einer Wohngemeinschaft und dass, wenn man nimmer kann, wer zum Putzen kommt, dass wer mit dem Essen vorbeikommt oder vielleicht auch, dass wer kommt und mit allen kocht. Und wenn da mehrere Leute sind, dass man da am Abend auch oder dass eine Betreuerin oder ein Betreuer für die da ein Zimmer wäre, der da in der Nacht im Notfall für Bereitschaft da wäre (I 5, Z 14-21). „Es sollte so gelebt werden können wie ein normales Familienleben, dass man zusammen sein kann, sich aber auch zurückziehen kann“ (I 5, Z 243-244). „So Wohngemeinschaften, was ma total gut gfollt. Wohngemeinschaften, mit an Wohnraum und die Zimmer eben. Des gefällt mir, weil i kann mi in mei Zimme zruckziehen und wann i a Gesellschaft will, kann i in den Wohnraum außegehen“ (I 3, Z 340-345). „Und sterben möchte ich auch dort in dieser Wohngemeinschaft“ (I 5, Z 225).*

Geborgenheit, Überschaubarkeit und Normalität, somit zu Hause sein, sich zu Hause fühlen, sehen sie nur durch kleine, dezentrale, in die Gemeinde integrierte Pflege- und Betreuungssettings verwirklicht. *„Die Gemeinden müssten ein geeignetes Objekt zur Verfügung stellen, damit diejenigen aus unserem Ort, oder auch einem angrenzenden Nachbarort die Möglichkeit haben, auch bei Pflegebedarf in ihrer vertrauten Umgebung bleiben zu können, im Dorfleben integriert bleiben, wie jeden Sonntag auch in die Kirche gehen können, in die sie jahrzehntelang gegangen sind. Da kommt man auch mit dem Rollstuhl hin. (...) Nach der Messe trifft man andere Dorfbewohner, wird begrüßt und irgendwer plaudert mit einem. Und in der Kirche, in die man jahrzehntelang gegangen ist, da kennt man sich aus“ (I 4, Z 48-58). „(...) immer mehr Häuser stehen leer, Schulen, das wären herrliche Häuser, große Wohnungen (...) (I 5, 162-164).*

*„Da kann ich noch meine Wege gehen, die ich immer gegangen bin, ins Gasthaus, in die Kirche ...“ (I 7, 35-36). „Was ma i wünsch, mit am Rollstuhl am Wold aufi stölln und do in drei Stund holts ma wieder“ (I 2, Z 587-589).*

Die architektonische Konzeption der Räume soll an zu Hause und nicht an einen Krankenhausaufenthalt erinnern und Privatheit wie Gemeinschaft ermöglichen. „(...), dass du wenigstens ein paar Möbel mitnehmen kannst, (...) i wass net, ob es des bei uns unten a gibt, die Zimmerl, die i gsehen hob, die san eingerichtet, do konnst nix wüll mitnehmen außer a paar Fotos oder so, ober doss sogst, grad auf des Kastel heng i so, des wüll i mitnehmen. Ober es gibt scho solche Einrichtungen, wo du sölber es Zimmer könntest einrichten, des mecht i scho“ (I 6, 574-579). „(...) kleine Nester (...), Wohnnischen (...), die vermitteln das Gefühl da bin ich zu Hause, da fühl ich mich auch wohl und wenn ich im Zimmer auch noch einen kleinen Rückzug habe, optimal wäre sogar ein Einbettzimmer, das wäre optimal“ (I 7, Z 35-41). „Auf jeden Fall mein eigenes Zimmer, meine eigenen Möbel und Sachen u n d mit anderen zusammen sein“ (I 4, Z 8-9). „Heime, die steril, klinisch sauber wirken, die san net des Wahre“ (I 7, Z 33).

### **Selbstbestimmtes Leben**

Die Gesprächspartnerinnen und -partner möchten trotz Pflege- und Betreuungsbedarf ein selbstbestimmtes Leben führen. „(...) aber was ich nicht will gegen meine Vorstellungen, des wär a bisserl hort“ (I 2, Z 489). Die selbstbestimmte Gestaltung von Zeit ist ihnen ein großes Anliegen. Den fremdbestimmten zeitlichen Rhythmus, wie sie ihn in aus eigener Erfahrung in herkömmlichen Altenheimen erlebten, lehnen sie ab, er macht ihnen Angst. „Scho ton ko, was i wüll, (...) aufstehn wann i wüll, on Kaffee oberlossen, wann i wüll, an Tee, (...) die Zeitung lesen (...) und sitzenbleiben oan a holb Stund, wie i wüll“ (I 3, Z 467-471). „Und nicht so wie in an Heim, dass i mi nach dem Mittagessen hinlegen muss gehen“ (I 5, Z 68-69). „(...) i zieh do ein und i tu und i steh auf, wann i wü (...), weil sonst sind ma wieder im Heim“ (I 2, Z 590-593). „Was mich zum Beispiel ärgern würde, dass i in der Früh soll aufstehen und mi anziehen und dann erst frühstücken darf, dass ich oft vielleicht zwei, drei Stunden beim Frühstück sitz, dass ich a Zeitung les, dass ich mit Ruh den Tag beginne und net: Jetzt müssen sie was essen. Vielleicht mag ich erst um zehn essen und vielleicht mag ich erst einmal was trinken, amol a Zeitung lesen und vielleicht nur in die

*Sonn raussetzen, wenn es schön is“ (I 5, Z 50-55). „(...) dass die Alten so betreut und gepflegt werden, wie es ihnen entspricht. Nicht alle gleich, nach Regeln, Normen und Gesetzen, die irgendwer gemacht hat, ohne die es angeht, zu fragen“ (I 4, Z 41-44). „Wo diese und jene Richtlinien eingehalten werden müssen, die Hygiene an oberster Stelle steht, alles eingeteilt ist vom Aufstehen bis zum Schlafengehen“ (I 4, Z 24-26).*

Ein selbstbestimmtes Leben bei Pflege- und Betreuungsbedarf zu führen, bedeutet für die heute 50 bis 65ig jährigen Frauen und Männer auch die Beibehaltung von Gewohnheiten sowie eine selbstbestimmte Gestaltung von Beziehungen. *„Und du bist a Leben long mit deinem Monn beinond und donn mecht i mit ihm ins Pflegeheim, a wenn er Pflege braucht und auf mi nu net so gschaut werden muss, mecht i mit und i mecht, doss sie uns zomm lossen, i man, donn bist du a Leben long beinonder und donn is er durt und i durt, i man, des is jo a nix“ (I 6, 581-585). „(...) wo i weiterhin toa kann, was i will, aber wo mehr Überblick is, und wo der andre schon einmal einspringt, ein Kollege, der sich besser bücken kann, der andere kann das besser...“ (I 1, Z 480-482).*

Sie wünschen sich Solidarität zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern *„(...) dass man sich Hilfe gegenseitig gibt“ (I 5, Z 40),* somit Räume, in denen ein solidarisches Verhalten gelebt werden kann und darf. Ein *„Wohnsystem“*, in dem die Möglichkeit für die dort Wohnenden besteht, *„sich selber in bestimmten Sachen auszuhelfen. Der oane is da schwächer der andere da stärker“ (I 1, Z 454-456).*

Hotelleistungen im herkömmlichen Sinn stehen für die heutigen 50 – 65ig jährigen Frauen und Männer bei potentielltem Pflege- und Betreuungsbedarf nicht im Mittelpunkt ihrer Wünsche, vielmehr ist es ihnen wichtig, am täglichen Alltagsleben teilzuhaben und Dinge selbst zu tun. *„Ich werd nicht alles können, aber solange ich kann, werd ich das Heferl zrücktragen“ (I 2, 1031-1032). „Ein Mensch mit schon ziemlichen Beeinträchtigungen kann immer noch einen Teil selber*

*machen“ (I 1, Z 466-467). „Des würd für mi net passen, dass ma des serviert wird, wenn ich das möchte, geh ich ein paar Tage in ein Hotel, da wird alles serviert und ma wird bedient, des is für mi net der Zustand, den ich im praktischen Leben mecht, so lang i mi rührn kann“ (I 1, Z 573-576).*

Die individuelle Biographie ist zentral für die Ausgestaltung der Selbstbestimmung. *„Durch den Lebenswandel in den letzten 15 Jahren mit einer langzeit kranken Frau is ma Hausarbeit kein Problem“ (I 1, Z 580-581). „Wenn i da net mitreden hab kenna und ich war einfach nur Mitarbeiter, i hab müssen mitreden wie des da geht, wie i des besser machen darf, dann hats mi net gfreit“ (I 1, Z 545-546).*

### **Unterstützende für ein selbstbestimmtes Leben**

Pflege- und Betreuungspersonen sehen die Befragten als Unterstützerinnen und Unterstützer für die Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens trotz Pflege- und Betreuungsbedarf. Sie möchten von ihnen als Menschen wahrgenommen werden. *„Sie müssen vielleicht spüren, dass du manchmal auch in den Arm genommen werden willst“ (I 6, Z 233-234). „Es soll a Personal sein, was a Gefühl hot. Sie brauchen net ständig lochen und freindlich sein. I bin a Mensch, i merk des, wonn wer a Gefühl hot. Ofach Leit, die wos a Gspür ham“ (I 3, Z 362-264). „Dass sie spüren, was ma will und nicht einen bevormunden“ (I 5, Z 106).*

Von den Pflegenden und Betreuenden erwarten sich die heute 50 – 65ig jährigen Frauen und Männer bei potentielltem Pflege- und Betreuungsbedarf Unterstützung bei der Umsetzung ihrer Wünsche und Bedürfnisse. Eine paternalistische Pflege- und Betreuungsbeziehung, bei der sich das Handeln nach dem Wohl und nicht primär nach dem Willen des alten Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf richtet, lehnen sie durchgängig ab. *„Aber was ich nicht will gegen meine Vorstellungen, das wär a bisserl hort“ (I 2, Z 489).* Die Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner setzen *„auf den Dialog zwischen*



*den verschiedenen Ebenen“ (I 1, Z 920). „Und dann kann i Fragen stellen, kennt i des so haben oder könnt ma des net so machen oder so ... des is die Frage vom Dialog“ (I 1, Z 923-925). „(...) Dialog beinhaltet, dass beide Seiten mitreden, mitdenken, mit fühlen und zum Lernen bereit sind, sich eben nicht verschließen (I 1, Z 960-962).*

Die heute 50-65ig jährigen Frauen und Männer wünschen sich bei potentiellm Pflege- und Betreuungsbedarf keine „*Überversorgung*“ (I 1, 561), sondern eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Betreuung und Pflege, „*eine fachliche Versorgung, die sich auf des spezialisiert, was wirklich ergänzt werden muss*“ (I 1, Z 562-563).

## 7 Reflexion der Arbeit

Das Arbeiten an der vorliegenden Studie erstreckte sich über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren, eine lange Zeitspanne für eine Diplomarbeit!

Dieser lange Zeitraum kam aus unterschiedlichen Bedingungen und Gegebenheiten zustande, die im Folgenden thematisiert werden.

Viele Kilometer (2.700) wurden von mir zurückgelegt, um die Gesprächspartnerinnen und –partner im ländlichen Raum für die mit ihnen vereinbarten Interviews zu treffen. Die Anreise zum beziehungsweise die Heimreise vom Interview erfolgte auf Grund der weiten Entfernung der beiden Wohnorte nicht immer am selben Tag. Ich übernachtete vier Mal in einer Pension. Ein Interview erstreckte sich über zwei Tage.

Die durchschnittliche Gesprächsdauer betrug 2,5 Stunden, wobei mit dieser Angabe die Dauer der auf Tonband aufgezeichneten Gespräche gemeint ist. Nicht gemeint ist damit jedoch die Zeit des Ankommens in der jeweiligen Lebenswelt der Menschen, mit denen ich ein Interview vereinbart hatte, nicht die Zeit des gemeinsamen Jausens mit den Gesprächspartnerinnen und –partnern und manchmal auch mit den Menschen, mit denen sie in einem gemeinsamen Haushalten leben. Ich hatte ja in der Regel einen sehr weiten Weg hinter mir und eine Stärkung wäre für das folgende Interview unabdingbar, betonten die Gesprächspartnerinnen und –partner.

In vier Interviewsituationen wurde das Tonband zwischenzeitlich abgeschaltet, da Besuch kam, die Enkeltochter im Vorschulalter ihre Fragen beantwortet haben wollte oder die Gesprächspartnerinnen und –partner darum ersuchten.

Nach Beendigung der auf Tonband aufgezeichneten Gespräche, wurde mir bei drei Besuchen ein Rundgang durch den Hof oder ein Spaziergang durch das

Dorf angeboten. Dieses Angebot, somit Einblick in die Lebenswelt der Gesprächspartnerinnen und –partner zu erhalten, nahm ich immer offen und dankend an.

Die Entscheidung, die „Kommunikative Validierung“ (→ Kapitel 6.1 in dieser Arbeit) als Qualitätskriterium (→ Kapitel 5.7 in dieser Arbeit) anzuwenden, stellte eine inhaltliche wie zeitliche Herausforderung dar. Durch diese Entscheidung bedingt, setzt sich die Darstellung der Ergebnisse aus zwei Teilen zusammen. Im ersten Teil wird ein Einblick in die Vorstellungen und Erwartungen der Gesprächspartnerinnen und –partner gegeben, sollten sie im Alter auf Pflege und Betreuung angewiesen sein. Diese verschriftlichten „Geschichten“ wurden den Gesprächspartnerinnen und –partnern auf unterschiedlichen Wegen, mit der Bitte um Rückmeldung, ob sie sich darin mit ihren Vorstellungen und Erwartungen wiedergefunden haben, übermittelt. Diese Vorgehensweise erforderte viel Zeit, letztendlich lohnte es sich jedoch, der „Kommunikativen Validierung“ Zeit einzuräumen. Einerseits erfuhren die Gesprächspartnerinnen und -partner dadurch Wertschätzung sowie Anerkennung für ihre Bereitschaft mit mir ihre Gedanken zu teilen und andererseits erfährt die Arbeit dadurch Authentizität sowie Güte.

Eine weitere Herausforderung bestand darin, das Kodierverfahren der Grounded Theory anzuwenden. In einigen Fällen kehrte ich zu den „alten“, bereits ausgewerteten Daten zurück, um sie „*im Licht des zusätzlichen Wissens*“ (Strauss/Corbin 1996 S. 152) erneut zu kodieren und dadurch Erkenntnislücken zu schließen.

Mit der Wahl, die Vorgehensweisen der Gounded Theory einzusetzen, betrat ich vor allem bei der Datenanalyse methodologisches Neuland, dessen ich mir von Anbeginn an bewusst war, dennoch schlug ich mutig diesen Weg ein. Ich wollte mir neue Verfahrensweisen aneignen, sie ausprobieren, um sie schließlich anzuwenden.

Keineswegs ist diese Arbeit im statistischen Sinne repräsentativ, sie erhebt auch keinen Anspruch auf statistische Repräsentativität. Vielmehr zielt sie auf die „*Repräsentativität der Konzepte*“ (Strauss/Corbin 1996 S. 161).

Durch das gegenseitige Einlassen - der „Befragten“ und der „Befragenden“ - trat „*das Unbekannte im scheinbar Bekannten*“ (Flick/Kardoff von/Steinke 2009 S. 17) zutage.

## **8 Diskussion der Ergebnisse**

Die heute 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer wünschen sich für ihr Leben im Alter bei Pflege- und Betreuungsbedarf nicht „*mehr oder besser dasselbe*“ (Koch-Straube 2002 S. 147), worauf alle Bemühungen vorrangig hinauslaufen. Vielmehr wünschen sie sich „Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege im Heim und Pflege daheim“, somit Pflege- und Betreuungssettings jenseits der beiden Pole stationäre Pflege und Betreuung (Heim) und häusliche Pflege und Betreuung (daheim). In ein „klassisches Pflegeheim“ möchten die heute 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer im ländlichen Raum im Falle von Pflege- und Betreuungsbedarf nicht übersiedeln. Sie gehen mit der Aussage von Koch-Straube (2005 S. 220) konform, dass trotz vielfältiger Bemühungen „*nicht grundsätzlich der schwierige Alltag und die Trostlosigkeit in den Heimen*“ für die dort lebenden und arbeitenden Menschen verändert werden kann. Das System Pflegeheim von innen heraus zu verändern, darin sehen die Gesprächspartnerinnen und -partner keine wirkliche Chance, da Pflegeheime ihrer Meinung nach nicht anders funktionieren können, und zwar auf Grund der dort vorherrschenden Strukturen, die dem System Pflegeheim inhärent sind. Herkömmliche Pflegeheime, wie sie bisher baulich und inhaltlich konzipiert wurden, stellen für die Gesprächspartnerinnen und -partner keine Orte dar, an denen sie im Falle von Pflege- und Betreuungsbedarf leben wollten. In den Gesprächen werden Parallelen zu Studentenheimen und Gefängnissen aufgezeigt.

Koch-Straube (2003 S. 343) formuliert in ihrer Studie „Fremde Welt Pflegeheim“, dass *„für die meisten der BewohnerInnen (...) die Unterbringung im Heim nicht einem von positiven Bildern getragenen Wunsch“* entspricht, *„sondern vielmehr dem Mangel an brauchbaren oder vorstellbaren Alternativen“*.

Aus der Perspektive der Gesprächspartnerinnen und -partner gibt es zurzeit kaum brauchbare Alternativen zum Leben im Heim, keine Orte, an denen sie bei Pflege- und Betreuungsbedarf leben wollten. Die Pflege und Betreuung durch Angehörige, (Schwieger)Töchter und Söhne, stellt für die heute 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer im ländlichen Raum keine Alternative zum Leben im Heim dar.

Die Befragten entwickelten jedoch aus der Ablehnung, weder von ihren (Schwieger)Kindern gepflegt und betreut zu werden, noch in ein klassisches Pflegeheim übersiedeln zu wollen, vorstellbare Alternativen für ihr Leben im Alter bei Pflege- und Betreuungsbedarf.

Die Gesprächspartnerinnen und -partner möchten „daheim“ gepflegt und betreut werden, „daheim“ möchten sie sterben. „Daheim“ hat für sie aber nichts mit der häuslichen Pflege und Betreuung durch Angehörige gemein.

Mit „daheim“ meinen die Gesprächspartnerinnen und -partner einen räumlichen, architektonischen und emotionalen Ort, an dem sie sich zu Hause fühlen, der ihnen vertraut ist. Nicht gemeint ist damit, wie bei oberflächlicher Betrachtungsweise oft angenommen und beschrieben, die häusliche Pflege und Betreuung durch Angehörige. Die häusliche Pflege und Betreuung durch (Schwieger)Kinder können sie sich nicht vorstellen, sie lehnen dieses Pflege- und Betreuungsarrangement ab. Im Falle von Pflege- und Betreuungsbedarf im Alter möchten die Befragten an jenem Ort leben und sterben, wo sie hingehören<sup>27</sup>. Die 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer im ländlichen Raum wünschen sich trotz Pflege- und Betreuungsbedarf weiterhin im Dorf zu leben, weiterhin im Gemeinschaftsleben des Dorfes, der Gemeinde integriert zu sein. Sie möchten die ihnen vertrauten Wege gehen, in die Kirche, ins Wirtshaus, in den Wald, von vertrauten Gerüchen, Menschen und Tieren umgeben sein, eine sinnstiftende

---

<sup>27</sup> In Anlehnung an den Buchtitel „Leben und Sterben, wo ich hingehöre“ von Klaus Dörner (2007).

Beschäftigung haben, und nicht beschäftigt werden um der Beschäftigung willen. Sie haben den Anspruch, trotz Pflege- und Betreuungsbedarf ein selbstbestimmtes Leben zu führen, möchten ihre Gewohnheiten, ihren Lebensrhythmus, ihre althergebrachten Beziehungen zu Menschen, Tieren und Natur aufrecht erhalten und neue Beziehungen selbstbestimmt knüpfen können, mit ihrer individuellen Biographie ernst genommen werden, so wie sie sind und geworden sind<sup>28</sup>.

Ihre Wünsche und Bedürfnisse für ihr Leben im Alter bei Pflege- und Betreuungsbedarf sehen die heute 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer im ländlichen Raum nur in kleinen Wohneinheiten mitten im Dorf, mitten in der Gemeinde, verwirklicht. In diesen kleinen dezentralen Wohneinheiten mit bedarfs- und bedürfnisgerechter (ambulanter) Pflege- und Betreuung sehen sie die Möglichkeit, ihre Selbstbestimmung zu wahren. An diesen Orten, so die Gesprächspartnerinnen und -partner, können sie den amtlichen Hygienebestrebungen entgehen und sich beispielsweise zum Frühstück ein weiches Ei kochen (lassen) oder sich das Essen für den Sonntag vom Dorfwirtshaus zustellen lassen. Überfürsorgliche Sicherheitssysteme würden in diesen ambulant betreuten Wohngruppen oder Hausgemeinschaften nicht zur Anwendung kommen. Da *„wäre nicht der Druck, die Heimsache“* (I 1). Sollten sie sich einmal verlaufen und nicht mehr zurückfinden, gibt es Dorfbewohnerinnen und -bewohner, die sie kennen, mit ihnen reden, sie zu eine Tasse Tee einladen und in ihre Wohnung zurückbegleiten. In der vertraglichen Trennung von Wohnen und Pflege sehen die GesprächspartnerInnen und -partner die größtmögliche Selbstbestimmung über ihr Leben im Alter bei Pflege- und Betreuungsbedarf gewährleistet. Hier wäre es ihnen möglich, Pflegende und Betreuende mit paternalistischer Haltung, zum Dialog nicht bereit, nicht zu beschäftigen. Selbstbestimmte Entscheidungen bedingen Wahlmöglichkeiten und adäquate Information. In selbstorganisierten, dezentralen Wohngruppen oder Hausgemeinschaften wäre es dann auch möglich, einen Pflege- und Betreuungsmix von professionell Pflegenden und Betreuenden, ehrenamtlich Pflegenden und Betreuenden sowie von Ange-

---

<sup>28</sup> In Anlehnung an Monika Krohwinkel. „Fördernde Prozesspflege als System mit integrierten ABEDLs © Wissenschaftliche und empirische Grundlagen für personenorientierte Pflege in Praxis, Management und Qualitätsentwicklung“. Intensivseminar. September 2010.

hörigen und das Aushelfen zwischen den Bewohnerinnen und Bewohnern zu organisieren. Dadurch könnte gewährleistet werden, dass vieles von dem, wozu die Menschen mit Pflegebedarf noch selbst fähig wären und worüber sie selbst entscheiden könnten, nicht von professionell Pflegenden und Betreuenden entschieden und abgenommen wird. Durch das Einbeziehen der Angehörigen in die Pflege und Betreuung, ohne dass der gesamte Druck der Verantwortung auf ihnen lastet, könnten Schuldgefühle auf Seiten der Angehörigen minimiert werden oder würden erst gar nicht entstehen. Durch das Einbeziehen der Angehörigen würde auch deren oft geäußerten Wünschen nach Mitarbeit Rechnung getragen. In kleinen Wohneinheiten sehen die Gesprächspartnerinnen und –partner auch die Chance der Mitsprache beim Einzug einer neuen Bewohnerin, eines neuen Bewohners gegeben.

Die heute 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer im ländlichen Raum orientieren sich nicht (mehr) am Bild der/des guten, pflegeleichten, sich reibungslos einfügenden Bewohnerin/Bewohners.

## **9 Relevanz der Ergebnisse für die Praxis**

Ziel dieser Arbeit war es, Einsichten in die Wertigkeiten und Prinzipien von 50 bis 65-jährigen Frauen und Männern im ländlichen Raum als zukünftige Pflegeempfängerinnen und Pflegeempfänger zu erlangen, um davon Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten.

Aus der Perspektive der heute 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer im ländlichen Raum und ihrer Wünsche für ihr Leben im Alter, sollten sie auf Pflege und Betreuung angewiesen sein, ergeben sich wesentliche Erkenntnisse, die Grundlagen für das zukünftige Handeln in der Praxis bieten.

Empfehlungen, die aufgrund der Auswertungen für das Handeln in der Praxis gegeben werden können, richten sich nicht allein an die pflegerische Praxis und an die Organisationen als Leistungserbringerinnen von stationärer Pflege und Betreuung. Letztendlich richten sich die Empfehlungen an das Gesundheitssystem und an die politisch Verantwortlichen, auch an die Betroffenen, die Menschen mit (potentiellem) Pflege- und Betreuungsbedarf sowie deren Bezugspersonen.

Die heute 50 bis 65-jährigen Frauen und Männer im ländlichen Raum wünschen sich bei Pflege- und Betreuungsbedarf „Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege im Heim und Pflege daheim“.

Dies bedeutet, neue Wege in der Pflege- und Betreuung alter Menschen zu erkunden, über die Grenzen zu schauen, über die eigenen in uns, über die der herkömmlichen stationären und ambulanten Altenpflegeinstitutionen hinaus und über die nationalen Grenzen. Dies bedeutet aber auch, sich selbst und anderen zu erlauben, einen weiteren Blick als bisher einzunehmen. Es erfordert persönlichen wie politischen Mut und Kreativität und sicherlich auch, sich ein Stück von den bürokratischen Normen zu befreien. Die zurzeit vorherrschende Gesetzeslage muss, auf neue Wege in der Altenpflege und -betreuung bezogen (dezentrale Wohngruppen und Hausgemeinschaften), reflektiert und abgewandelt werden. Die Frage, ob Wohngruppen oder Hausgemeinschaften im Dorf unter die jeweiligen Gesetze für Pflegeheime fallen müssen, sollte mit allen Beteiligten erörtert werden.

Die Orientierung der Entscheidungsträgerinnen und -träger im Bereich der Altenpflege und -betreuung sollte sich vornehmlich an den Wünschen und Bedürfnissen der (potentiellen) Kundinnen und Kunden orientieren und nicht so sehr Sicherheits- und Hygienebestrebungen verpflichtet sein.

Es ist von großer Bedeutung, die zukünftige Pflege und Betreuung alter Menschen mit allen im Dorf, in der Gemeinde zeitgerecht zu besprechen, alle mit einzubeziehen, die Jungen wie die Alten und aktiv zu werden. Es muss immer eine/n Erste/n geben, die/der den Stein ins Rollen bringt.



Ein interessanter Ansatz, neben selbstorganisierten Wohngruppen durch die Bewohnerinnen, die Bewohner und/oder deren Angehörige, ist auch die Bildung von Dependancen durch eine Trägerin, einen Träger einer stationären Pflege- und Betreuungseinrichtung im Sinne von dezentralen, autonomen Hausgemeinschaften oder Wohngruppen in den Dörfern und Gemeinden.

Durch wohnortnahe, kleinräumige Wohngruppen profitieren nicht nur die Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf, sondern auch deren Angehörige, sie können den Kontakt zu ihren Familienmitgliedern aufrechterhalten und sie in den unterschiedlichsten Belangen unterstützen und begleiten, ohne dass der gesamte Druck der Pflege und Betreuung auf ihnen lastet. Aber auch für die anderen Dorfbewohnerinnen und -bewohner stellt die Wohngruppe oder die Hausgemeinschaft eine Bereicherung dar, denn alle gemeinsam leisten nicht nur einen Beitrag für ein gutes Leben der Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf im Dorf, sondern auch für ihr eigenes Leben im Alter.

Wohngruppen oder Hausgemeinschaften leben vom Engagement der Dorfbewohnerinnen und Dorfbewohner, der ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, der Angehörigen und der professionell Pflegenden und Betreuenden.

Wohngruppen oder Hausgemeinschaften sind „Alternativen – jenseits der Dichotomie von Pflege im Heim und Pflege daheim“ und stellen ein Zukunftsmodell für Gemeinden und Dörfer dar.

Die Volksschule des kleinen Dorfes Osterwitz in der Steiermark wurde, nach 399 Jahren geschlossen. Die sieben Schülerinnen und Schüler werden ihren Weg in anderen Bildungseinrichtungen fortsetzen, das Schulhaus steht leer. Der Bürgermeister ist bereits damit beschäftigt, für das Gebäude, das an das Gemeindeamt angeschlossen ist, eine geeignete Nachnutzung zu finden. Die ersten Gespräche hinsichtlich eines Hauses für SeniorInnen wurden bereits geführt. Die Gemeindeverantwortlichen wollen alles daran setzen, den Ort zu beleben (Aktiv Zeitung. Unabhängige Regionalzeitung. Juli 2010).



## 10 Literaturverzeichnis

### A

Abt-Zegelin, Angelika/Schnell, Martin (Hrsg.) (2005): Sprache und Pflege. Bern. Verlag Hans Huber.

Amann, Anton (2004): Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Wien. Böhlau Verlag.

Amann, Anton (2009): Altersforschung aus soziologischer Sicht. In: Klingeböck, Ursula/Niederkorn-Bruck, Meta/Scheutz, Martin (Hrsg.). Alter(n) hat Zukunft. Alterskonzepte. Wien. StudienVerlag. S. 30 – 50.

Arias, Ingrid/Horn, Sonja/Hubensdorfer, Michael (Hrsg.) (2005): „In der Versorgung“. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“. Wien. Verlagshaus der Ärzte GmbH.

### B

Badelt, Christoph/Holzmann-Jenkins, Andrea/Matul, Christian/Österle, August (1997): Analyse der Auswirkungen des Pflegevorsorgesystems. Wien. BMAGS.

Badelt, Christoph/Leichsenring, Kai (2000): Versorgung, Betreuung, Pflege. In: BMSG (Hrsg.). Ältere Menschen – neue Perspektiven. Seniorenbericht 2000. Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. Wien. BMSG. S. 408 – 453.

Bartels, Andreas/Jenrich, Holger (2004) (Hrsg.): Alt werden in Europa. Frankfurt/Main. Mabuse-Verlag.

Baumgartl, Birgit (1997): Altersbilder und Altenhilfe: zum Wandel der Leitbilder von Altenhilfe seit 1950. Opladen. Westdeutscher Verlag.

Bausinger Hermann (1998): Von der Alterslast, der Last des Alters, und wie sie sich tragen lässt. In: Borscheid, Peter (Hrsg.). Die Gesellschaft braucht die Alten. Opladen. Leske & Budrich. S. 26 – 41.

Becker, Siegfried (1990): „Junger Dienstknecht – alter Bettler“. Probleme des Alterns in Gesindeverhältnissen. In: Göckenjan Gerd (Hrsg.). Recht auf ein gesichertes Alter? Studien zur Geschichte der Alterssicherung in der Frühzeit der Sozialpolitik. Augsburg. Maro Verlag. S. 158 – 180.

Berger, Peter L./Luckmann, Thomas (1984): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Frankfurt am Main. Fischer Taschenbuch Verlag.

Blimlinger, Eva/Ertl, Angelika/Koch-Straube, Ursula/Wappelshammer, Elisabeth (1996): Lebensgeschichten. Biographiearbeit mit alten Menschen. Hannover. Vincentz Verlag.

Blinkert, Baldo (2005): Pflege und soziale Ungleichheit – Pflege und „soziale Milieus“. In: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.). Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München. Juventa Verlag. S. 141 – 156.

Blume, Otto (1962): Alte Menschen in der Großstadt. Göttingen. Verlag Otto Schwarz & Co.

BMASK (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz) (Hrsg.) (2006): Politik für Menschen: Aufgaben, Leistungen und Maßnahmen des Sozialministeriums. Wien. Eigenverlag.

BMSG (Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen) (Hrsg.) (2002): Ältere Menschen – neue Perspektiven. Seniorenbericht 2000. Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. Wien. Eigenverlag.

BMSK (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz) (Hrsg.) (2008a): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien. Eigenverlag.

BMSK (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz) (Hrsg.) (2008b): 15 Jahre Pflegevorsorge. Bilanz und Ausblick. Wien. Eigenverlag.

Böhler, Anette/Böhmer, Susanne/Guerra, Virginia/Klie, Thomas/Pfundstein, Thomas (2002): Versorgungssituation und Versorgungskonzepte. In: Klie, Tho-

mas (Hrsg.): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover. Vincentz Verlag. S. 71- 91.

Borscheid, Peter (1989): Geschichte des Alters. München. Deutscher Taschenbuch Verlag.

Borscheid, Peter (Hrsg.) (1998): Die Gesellschaft braucht die Alten. Opladen. Leske & Budrich.

Bosch, Corry F. M. (1998): Vertrautheit. Studie zur Lebenswelt dementierender alter Menschen. Wiesbaden. Ullstein Medical.

Botelho, Lynn A. (2005): Das 17. Jahrhundert. Erfüllter Lebensabend – Wege aus der Isolation. In: Thane, Pat (Hrsg.). Das Alter. Eine Kulturgeschichte. Darmstadt. Primus Verlag. S. 113 – 174.

Braun, Ute/Schmidt, Roland (Hrsg.) (1997): Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg. Transfer Verlag.

Breuer, Franz (2009): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften.

Butta-Bieck (2005): Das Schicksal der „Geistessiechen“ des Versorgungsheims Lainz im Nationalsozialismus. In: Arias, Ingrid/Horn, Sonja/Hubensdorfer, Michael (Hrsg.). „In der Versorgung“ Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“. Wien. Verlagshaus der Ärzte GmbH. S. 195 – 213.

## **C**

Corbin, Juliet/Hildenbrand, Bruno (2000): Qualitative Forschung. In: Rennen-Allhoff, Beate/Schaeffer, Doris (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München. Juventa Verlag. S. 159 – 187.

Corbin, Juliet (2002): Die Methoden der Grounded Theorie im Überblick. In: Schaeffer, Doris/Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.) Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern. Verlag Hans Huber. S. 59 -70.

## D

Dax, Thomas/Hovorka, Gerhard/Wiesinger, Georg (2003): Der Reformbedarf der Gemeinsamen Agrarpolitik (GAP) hinsichtlich der Entwicklung des ländlichen Raums. In: Ländlicher Raum. Online-Fachzeitschrift des BMFLFUW. Nr. 2/2003. Wien. <http://www.ländlicher-raum.at> (10.9.2008).

Dax, Thomas (2004): Ländliche Entwicklungspolitik – von einer neuen Bezeichnung der Agrarpolitik zur Integration des Raumbezugs. In: SIR-Mitteilungen und Berichte. Band 31/2004-05. S. 61-72.

Dax, Thomas/Favry, Eva/Fidschuster, Luis/Oedl-Wieser, Theresia/Pfefferkorn, Wolfgang (2008): Periphere ländliche Räume. Thesenpapier im Auftrag der ÖROK.

De Boer, Niek (1998): Gerontopsychiatrie einmal anders – Ältere Menschen als Experten in eigener Sache am Beispiel des Anton Pieck-Hofje (Niederlande). In: Leichsenring Kai (Hrsg.). Alternativen zum Heim. Die „Group Saumon“ und Innovative Projekte aus Europa. Schriftenreihe „Soziales Europa“. Wien. BMAGS. S. 46 – 18.

Decker, Kerstin/Guerra, Virginia (2002): Das Anton Pieck-Hofje in Haarlem, Niederlande. In: Thomas Klie (Hrsg.). Wohngruppen für Menschen mit Demenz. S. 151 – 158.

Dibelius, Olivia/Uzarewicz Charlotte (2006): Pflege von Menschen höherer Lebensalter. Stuttgart. Verlag Kohlhammer.

Dimmel, Nikolaus/Heitzmann, Karin/Schenk, Martin (Hrsg.) (2009): Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck. StudienVerlag.

Dinhof, Herbert (1982): Warum Pensionistenheime? In: Der Aufbau 4/1982. S. 133 - 134.

Dörner, Klaus (2007): Leben und Sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster. Paranus Verlag.

Dörner, Klaus/Haerlin, Christiane/Rau, Veronika/Schernus, Renate/Schwendy, Arnd (Hrsg.) (1989): Der Krieg gegen die Psychisch Kranken. Frankfurt. Mabuse Verlag.

Dülmen, Richard van (1990): Kultur und Alltag in der frühen Neuzeit. München. Verlag C. H. Beck.

## **E**

Eberl, Georg (1953): Als ich Jungknecht war. Wien. Verlag Kremayr & Scheriau.

Ehmer, Josef (1990): Sozialgeschichte des Alters. Frankfurt/Main. Suhrkamp.

Ehmer, Josef/Gutschner, Peter (Hrsg.) (2000). Das Alter im Spiel der Generationen. Wien. Böhlau Verlag.

Ellerkamp, Marlene (1990): Wege in die Institutionen. Armenhaus und Alterssicherung in Bremen. In: Göckenjan Gerd (Hrsg.): Recht auf ein gesichertes Alter? Studien zur Geschichte der Alterssicherung in der Frühzeit der Sozialpolitik. Augsburg. Maro Verlag. S. 63 – 104.

Endel, Gottfried (2007): Probleme aus der Sicht der Sozialversicherung. In: Pfeil, Walter (Hrsg.). Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. S. 9 – 38.

Entzian, Hildegard (1999): Die Pflege alter Menschen und die professionelle Pflege: Pflegewissenschaft und Lebensweltorientierung. In: Klie, Thomas/Schmidt, Roland (Hrsg.). Die neue Pflege alter Menschen. Bern. Verlag Hans Huber. S. 93 – 120.

Evans, Robert (1998): Gemeinsam Wohnen in gewöhnlichen Häusern – Wohngruppen-Projekt in Liverpool (Großbritannien). In: Leichsenring Kai (Hrsg.) Alternativen zum Heim. S. 41 – 44.

## F

Falk-Veits, Sabine (1998): Alltag im „Versorgungshaus“ in den ersten Jahren seines Bestehens. Zwischen Tradition und Fortschritt. In: Weidenholzer Thomas/Marx Erich (Hrsg.). Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S.283 - 306.

Feuerstein, Christiane (2008): Altern im Stadtquartier. Wien. Passagen Verlag.

Feuerstein, Christiane (2009): Architektur für ein langes Leben. In: Klingeböck, Ursula/Niederkorn-Bruck, Meta/Scheutz, Martin (Hrsg.). Alter(n) hat Zukunft. Alterskonzepte. Wien. StudienVerlag. S. 269 - 286.

Fischer, Gerhard (2002): Osterwitz „ein wunderthätig Orth im hohen gepürg“. Leben, Freude und Leid einer Gegend und ihrer Bewohner. Osterwitz. Gemeinde Osterwitz.

Fischer, Tatjana (2005): Alt sein im ländlichen Raum – eine raumwissenschaftliche Analyse. Department für Raum, Landschaft und Infrastruktur. Institut für Raumplanung und Ländliche Neuordnung. Universität für Bodenkultur. Wien. Unveröffentlichte Dissertation.

Fischer-Kowalski, Marina/Buček, Josef (Hrsg.) (1982): Lebensverhältnisse in Österreich. Klassen und Schichten im Sozialstaat. Frankfurt/Main. Campus Verlag.

Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (2009): Was ist qualitative Forschung? In:

Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2009): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. Rowolth. S. 13 – 29.

Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.) (2009): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. Rowolth.

Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien. Facultas Verlags- und Buchhandels AG.



Fuxjäger, Franz (1998): Das „Versorgungshaus“ in den zwanziger und dreißiger Jahren. Erinnerungen eines damals Zehnjährigen. In: Weidenholzer Thomas/Marx Erich (Hrsg.). Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S. 307 – 314.

## G

Garms-Homolová, Vjenka (2000): Pflege im Alter. In: Rennen-Allhoff, Beate/Schäeffler, Doris (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München. Verlag Juventa. S. 485-505.

Geck, Monika (2002): Hausgemeinschaften – Altenhilfe im dritten Jahrtausend. In: Diakonie. Fachbeiträge aus dem Diakoniewerk. Nr.5. Evangelisches Diakoniewerk Gallneukirchen.

Gennrich, Rolf (2000): Teilstationäre Pflege: Tagespflege. In: Rennen-Allhoff, Beate/Schäeffler, Doris (Hrsg.). Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München. Verlag Juventa. S. 639 - 688.

Gennrich, Rolf/Kämmer, Karla/Klöber, Christine (2004): Planungshilfe. Alltagsbegleitung und Präsenz in Hausgemeinschaften. Köln. KDA.

Gestrich, Andreas (2004): Status und Versorgung alter Menschen in der Neuzeit. In: Hermann-Otto Elisabeth (Hrsg.). Die Kultur des Alterns von der Antike bis zur Gegenwart. St. Ingbert. Röhrig Universitätsverlag. S. 63 – 78.

Girtler, Roland (1988): Aschenlauge. Bergbauernleben im Wandel. Linz. Landesverlag.

Guisset, Marie-Jo (1998): Die „Groupe Saumon“. In: Leichsenring Kai (Hrsg.). Alternativen zum Heim. Die „Groupe Saumon“ und Innovative Projekte aus Europa. Schriftenreihe „Soziales Europa“. Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales. S. 17 – 19.

Göckenjan, Gerd/Kondratowitz v., Hans-Joachim (Hrsg.) (1988): Alter und Alltag. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag.

Göckenjan, Gerd (1988): „Solange uns die Sonne leuchtet, ist Zeit des Wirkens“. Zum Wandel des Motivs: Leistung im Alter. In: Göckenjan, Gerd/Kondratowitz v., Hans-Joachim (Hrsg.). Alter und Alltag. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag. S. 67 – 99.

Göckenjan, Gerd (1990): Alter und Armut. Armenpflege für alte Leute im 19. Jahrhundert. In: Göckenjan, Gerd (Hrsg.). Recht auf ein gesichertes Alter? Studien zur Geschichte der Alterssicherung in der Frühzeit der Sozialpolitik. Augsburg. Maro Verlag. S. 105 – 141.

Göckenjan, Gerd (Hrsg.) (1990): Recht auf ein gesichertes Alter? Studien zur Geschichte der Alterssicherung in der Frühzeit der Sozialpolitik. Augsburg. Maro Verlag.

Göckenjan, Gerd (2000): Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. Frankfurt/Main. Suhrkamp.

Goffman, Erving (1973): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/Main. Suhrkamp.

Gutschner, Peter (1998): Von der kommunalen Armenpflege zur staatlichen Versicherung. In: Weidenholzer Thomas/Marx Erich (Hrsg.). Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S. 31 – 64.

## H

Haberkern, Klaus (2009): Pflege in Europa. Familie und Wohlfahrtsstaat. Wiesbaden. Verlag für Sozialwissenschaften.

Hahn, Susanne (1994): Altersforschung und Altenpflege im Nationalsozialismus. In: Meinel, Christoph/Voswinkel, Peter (Hrsg.). Medizin, Naturwissenschaft, Technik und Nationalsozialismus. Stuttgart. Verlag für Geschichte der Naturwissenschaften und der Technik. S. 221 – 229.

Hahn, Susanne (2001): Pflegebedürftige alte Menschen im Nationalsozialismus. In: Kopke, Christoph (Hrsg.). Medizin und Verbrechen. Ulm. Klemm & Oelschläger. S. 131 – 142.

Haller, Dieter (Hrsg.) (2000): Grounded Theory in der Pflegeforschung und anderen Anwendungsfeldern. Bern. Verlag Hans Huber.

Haslinger, Herbert (2009): Diakonie. Grundlagen für die soziale Arbeit der Kirche. Paderborn. Verlag Schöningh.

Hawlicek, Kurt (2000): 40 Jahre KWP. Wien. Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser.

Heinemann-Knoch, Marianne (1997): Stärkung der Position der Hilfe- und Pflegebedürftigen. Definitionsmacht der Betroffenen? In: Braun, Ute/Schmidt, Roland (Hrsg.). Entwicklung einer lebensweltlichen Pflegekultur. Regensburg. Transfer. Verlag. S. 135 – 145.

Heitzmann, Karin/Schenk, Martin (2009): Soziale Ungleichheit und Armut: Alter(n) und Pflegebedürftigkeit. In: Dimmel, Nikolaus/Heitzmann, Karin/Schenk, Martin (Hrsg.). Handbuch Armut in Österreich. Innsbruck. StudienVerlag. S. 138 – 144.

Hermann-Otto Elisabeth (Hrsg.) (2004): Die Kultur des Alterns von der Antike bis zur Gegenwart. St. Ingbert. Röhrig Universitätsverlag.

Hildenbrand, Bruno (2009): Anselm Strauss. In: Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. Rowolth. S. 32 – 42.

Hörl, Josef (2008): Informelle Pflege. In: BMSK (Hrsg.). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien. Eigenverlag. S. 351 – 372.

Honegger, Claudia (Hrsg.) (1978): Hexen der Neuzeit. Studien zur Sozialgeschichte eines kulturellen Deutungsmusters. Frankfurt am Main. Suhrkamp Verlag.

Hopf, Christel (2009): Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. Rowolth. S. 349 – 360.

## I

Igl, Gerhard/Schiemann, Doris/Gerste, Bettina/Klose, Joachim (Hrsg.) (2002): Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart. Schattauer.

Ilien, Albert/Jeggle, Utz (1978): Leben auf dem Dorf. Zur Sozialgeschichte des Dorfes und Sozialpsychologie seiner Bewohner. Opladen. Westdeutscher Verlag.

Irmak, Kenan H. (2002): Der Sieche. Alte Menschen und die stationäre Altenhilfe in Deutschland 1924 – 1961. Essen. Klartext Verlag.

## J

Jackson, Bettie S. (1996): Rechtliche und ethische Probleme. In: LoBiondo-Wood, Geri/Haber, Judith (Hrsg.). Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Berlin/Wiesbaden. Ullstein Mosby. S. 353 – 386.

Josat, Sabine/Schubert, Hans-Joachim/Schnell, Martin W./Köck, Christian (2006): Qualitätskriterien, die Altenpflegeheimbewohnern und Angehörigen wichtig sind. In: Pflege. Die wissenschaftliche Zeitschrift für Pflegeberufe. April 2006. Heft 2. 19. Jahrgang. Bern. Verlag Hans Huber. S. 79 – 87.

## K

Kaiser, Gudrun (2008): Vom Pflegeheim zur Hausgemeinschaft. Empfehlungen zur Planung von Pflegeeinrichtungen. Architektur + Gerontologie 5. KDA (Hrsg.). Köln. Eigenverlag.

Kaser, Karl/Stocker, Karl (1988): Bäuerliches Leben in der Oststeiermark seit 1848. Band II: Die verspätete Revolution. Wien. Köln. Graz. Böhlauverlag.

Kellenhauser, Edith/Schewior-Popp, Susanne/Sitzmann, Franz./Geißner, Ulrich/Gümmer, Martin/Ulrich, Lothar (Hrsg.) (2004): Thiemes Pflege: entdecken – erleben – verstehen – professionell handeln. Begründet von Liliane Juchli. Band 1. 9., völlig neu bearbeitete Aufl. Stuttgart. New York. Thieme Verlag.

Kesselring, Annemarie (2004): Angehörige zu Hause pflegen: Anatomie einer Arbeit. In: Schweizer Ärzteblatt. Nr. 10. S. 504-506.  
[www.saez.ch/pdf/2004/2004-10/2004-10-199.PDF](http://www.saez.ch/pdf/2004/2004-10/2004-10-199.PDF) (23.10.2009).

Kesselring, Annemarie (2002): Die Situation pflegender Angehöriger. In: Kozon, Vlastimil/Seidl, Elisabeth (Hrsg.). Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet. Wien. Facultas.

Klie, Thomas/Schmidt Roland (1999): Die neue Pflege alter Menschen. Bern. Verlag Hans Huber.

Klie, Thomas (Hrsg.) (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover. Vincentz Verlag.

Klie, Thomas (2002a): Netzwerk Wohngruppen für Menschen mit Demenz – Das Freiburger Modell. In: Klie, Thomas (Hrsg.). Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover. Vincentz Verlag. S. 273 – 285.

Klie, Thomas (2002b): Einführung. Von der Notwendigkeit neuer Wege der Begleitung von Menschen mit Demenz. In: Klie, Thomas (Hrsg.). Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover. Vincentz Verlag. S. 28 – 33.

Klingenböck, Ursula/Niederkorn-Bruck, Meta/Scheutz, Martin (Hrsg.). Alter(n) hat Zukunft. Alterskonzepte. Wien. StudienVerlag.

Knauf, Antje-Franziska (2002): Statt eines Vorwortes: Revolution Cantou? In: Klie, Thomas (Hrsg.). Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Hannover. Vincentz Verlag. S.7 – 27.

Koch-Straube, Ursula (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Bericht aus einer ethnologischen Studie. In: Pflege und Gesellschaft. 2. Jahrgang. Heft 1. Seite 7 – 10.

[www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0197kochstr.pdf](http://www.dg-pflegewissenschaft.de/pdf/PfleGe0197kochstr.pdf) (27.11.2009).

Koch-Straube, Ursula (2002): Qualität im Pflegeheim – eine bewohnernahe Perspektive. In: Igl, Gerhard/Schiemann, Doris/Gerste, Bettina/Klose, Joachim (Hrsg.). Qualität in der Pflege. Betreuung und Versorgung von pflegebedürftigen alten Menschen in der stationären und ambulanten Altenhilfe. Stuttgart. Schattauer. S. 147 – 158.

Koch-Straube, Ursula (2003): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. 2., korrigierte Auflage. Bern. Verlag Hans Huber.

Koch-Straube, Ursula (2005): Lebenswelt Pflegeheim. In: Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.). Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München. Juventa Verlag. S. 211 – 126.

Kogler, Kathrine E. (2005): „Daß auch der wahrhaft Arme als ein Mensch behandelt werde...“. In: Arias, Ingrid/Horn, Sonja/Hubensdorfer, Michael (Hrsg.). „In der Versorgung“ Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“. Wien. Verlagshaus der Ärzte GmbH. S. 41 – 62.

Kondratowitz v., Hans-Joachim (1988): Allen zur Last, niemandem zur Freude. Die institutionelle Prägung des Alterserlebens als historischer Prozeß. In: Göckenjan, Gerd/ Kondratowitz v., Hans-Joachim (Hrsg.). Alter und Alltag. Frankfurt/Main. Suhrkamp Verlag. S. 100 – 136.

Kondratowitz v., Hans-Joachim (1990a): Das Alter – eine Last. Die Geschichte einer Ausgrenzung, dargestellt an der institutionellen Versorgung des Alters 1880-1933. In: Archiv für Sozialgeschichte. Band 30. Bonn. S. 105 – 144.

Kondratowitz v., Hans-Joachim (1990b): Das Altersstift. Merkmale einer Einrichtung der Alterssicherung im 19. Jahrhundert. In: Göckenjan Gerd (Hrsg.): Recht auf ein gesichertes Alter? Studien zur Geschichte der Alterssicherung in der Frühzeit der Sozialpolitik. MaroVerlag. S.142 – 157.

Kondratowitz v., Hans-Joachim (2000): „Alter“ und „Krankheit“. Die Dynamik der Diskurse und der Wandel ihrer historischen Aushandlungsformen. In: Ehmer, Josef/Gutschner, Peter (Hrsg.). Das Alter im Spiel der Generationen. Wien. Böhlau Verlag. S. 109 – 155.

Kondratowitz v., Hans-Joachim (2005): Langfristiger Wandel der Leitbilder in der Pflege. In: Schroeter, Klaus R./ Rosenthal, Thomas (Hrsg.). Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München. Juventa Verlag. S. 125 – 140.

Konrad, Helmut (Hrsg.) (1982): Der alte Mensch in der Geschichte. Wien. Verlag für Gesellschaftskritik.

Kopke, Christoph (Hrsg.) (2001): Medizin und Verbrechen. Ulm. Klemm & Oelschläger.

Kozon, Vlastimil/Seidl, Elisabeth (Hrsg.) (2002): Pflegewissenschaft – der Gesundheit verpflichtet. Wien. Facultas.

Kramml, Peter (1998): Das Bruderhaus zu St. Sebastian. Vom spätmittelalterlichen Armenhaus und Hospital zum Versorgungs- und Altenheim des 19. Jahrhunderts. In: Weidenholzer Thomas/Marx Erich (Hrsg.): Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S. 111 – 160.

Krämmer, Karla (2000): Ablauforganisation. In: Krämmer, Karla/Schröder, Barbara (Hrsg.). Pflegemanagement in Alteneinrichtungen. Hannover. Schlütersche GmbH & Co KG. S. 158 – 165.

Krämmer, Karla/Schröder, Barbara (Hrsg.) (2000): Pflegemanagement in Alteneinrichtungen. Hannover. Schlütersche GmbH & Co KG.

Kytir, Josef/Schrittwieser, Karin (2003): Haushaltsführung, Kinderbetreuung, Pflege - Ergebnisse des Mikrozensus 2002. Wien. BMSGK.

## L

Ledebur, Sophie (2005): Arbeit als Gegenleistung für Armenunterstützung. Die Lainzer Pfleglingsarbeiter. In: Arias, Ingrid/Horn, Sonja/Hubensdorfer, Michael (Hrsg.). „In der Versorgung“. Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“. Wien. Verlagshaus der Ärzte GmbH. S. 155 – 176.

Legewie, Heiner/Schervier-Legewie, Barbara (2004): „Forschung ist harte Arbeit, es ist immer ein Stück Leiden damit verbunden. Deshalb muss es auf der anderen Seite Spaß machen“. Anselm Strauss im Interview mit Heiner Legewie und Barbara Schervier-Legewie [90 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: qualitative Social Research. 5(3). Art. 22. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0403222>. (2.2.2010).

Leichsenring, Kai (1998) (Hrsg.). Alternativen zum Heim. Die „Groupe Saumon“ und Innovative Projekte aus Europa. Schriftenreihe Soziales Europa. Wien. BMAGS.

Leichsenring, Kai (1998): Alternativen zum Heim. Einleitende Bemerkungen. In: Leichsenring, Kai (Hrsg.). Alternativen zum Heim. Die „Groupe Saumon“ und Innovative Projekte aus Europa. Schriftenreihe Soziales Europa. Wien. BMAGS. S. 11 – 14.

Leichsenring, Kai/Strümpel Charlotte (1998): Der Nutzen kleiner Wohneinheiten für ältere Menschen mit dementiellen Erkrankungen. Endbericht. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Liverpool. Paris. Wien.

LoBiondo-Wood, Geri/Haber, Judith (Hrsg.) (1996): Pflegeforschung. Methoden, kritische Einschätzung und Anwendung. Berlin/Wiesbaden. Ullstein Mosby.

## **M**

Machold, Ingrid/Tamme, Oliver (2005): Versorgung gefährdet? Soziale und wirtschaftliche Infrastrukturentwicklung im ländlichen Raum. Forschungsbericht Nr. 53 der Bundesanstalt für Bergbauernfragen. Wien. Eigenverlag.

Maroso, Esteban Merchas/Fuentes, Maria Angeles (1998): Gemeinschaftliches Wohnen älterer Menschen in Torrijos (Spanien). In: Leichsenring Kai (Hrsg.). Alternativen zum Heim. Die „Groupem Saumon“ und Innovative Projekte aus Europa. Schriftenreihe Soziales Europa. Wien. BMAGS. 77 – 81.

Metz, Karl H. (2008): Die Geschichte der sozialen Sicherheit. Stuttgart. Kohlhammer.

Mitterauer, Michael (1982): Problemfelder einer Sozialgeschichte des Alters. In: Konrad, Helmut (Hrsg.). Der alte Mensch in der Geschichte. Verlag für Gesellschaftskritik. S. 9 – 61.

Mitterauer, Michael (1991a): Der Mythos von der vorindustriellen Großfamilie. In: Mitterauer, Michael und Sieder Reinhard (Hrsg.). Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Strukturwandel der Familie. Beck'sche Verlagsbuchhandlung. S. 46 – 71.



Mitterauer, Michael (1991b): Familienwirtschaft und Altenversorgung. In: Mitterauer, Michael und Sieder Reinhard (Hrsg.). Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Strukturwandel der Familie. Beck'sche Verlagsbuchhandlung. S. 187 – 210.

Mitterauer, Michael (1991c): Die Familie als historische Sozialform. In: Mitterauer, Michael und Sieder Reinhard (Hrsg.). Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Strukturwandel der Familie. Beck'sche Verlagsbuchhandlung. S. 21 – 45.

Mitterauer, Michael/Sieder Reinhard (Hrsg.) (1991): Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Zum Strukturwandel der Familie. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.

Monkhouse, Christa (2002): Es ist besser, in einem Garten zu leben ... In: Österreichische Pflegezeitschrift. Nr. 10. S. 18 – 20.

Monkhouse, Christa/Wapplinger, Renate (2003): Übermorgen. Wenn wir alt sind. Zürich. Verlag Rüffer & Rub.

Morse, Janice M./Field, Peggy Anne (1998): Qualitative Pflegeforschung. Anwendung qualitativer Ansätze in der Pflege. Wiesbaden. Ullstein.

## **N**

Niklas, Martin (2009): „... die schönste Stadt der Welt“. Österreichische Jüdinnen und Juden in Theresienstadt. DÖW.

NPO-Institut (Institut für interdisziplinäre Nonprofit Forschung an der Wirtschaftsuniversität Wien (2004): Nonprofit Organisationen im sozialen Dienstleistungsbereich – Bedeutung, Rahmenbedingungen, Perspektiven.

[www.npo.or.at/downloads/texte/freiestudien/NPOs%20im%20sozialen%20Dienstleistungsbereich.pdf](http://www.npo.or.at/downloads/texte/freiestudien/NPOs%20im%20sozialen%20Dienstleistungsbereich.pdf) (31.12.2009).

## **O**

Oedl-Wieser, Theresia (2004): Emanzipation der Frauen auf dem Land. Eine explorative Studie über Ambivalenzen und Lebenszusammenhänge. Forschungsbericht Nr. 40 der Bundesanstalt für Bergbauernfragen. Wien. Eigenverlag.

ÖROK (Geschäftsstelle der Österreichischen Raumordnungskonferenz) (2002): Österreichisches Raumentwicklungskonzept 2001. Wien.

Österle, August/Hammer, Elisabeth (2004): Zur zukünftigen Betreuung und Pflege älterer Menschen. Rahmenbedingungen – Politikansätze – Entwicklungsperspektiven. Wien. Kardinal König Akademie.

## **P**

Paolino, Vincenzo/Peverelli Liliane (2007): Die Eden-Alternative – Methode und Ergebnisse aus 5-jähriger Erfahrung im Haus für Betagte Sandbühl in Schlieren bei Zürich. In: Reichert, Monika/Gösken, Eva/Ehlers, Anja (Hrsg.). Was bedeutet der demographische Wandel für die Gesellschaft? Berlin. Lit Verlag. S. 187 – 210.

PVA (Pensionsversicherungsanstalt) (2009): Freiwillige Versicherungen 14. [www.rollifreedom.at/downloads/PV%20Freiwillige%20Versicherung.pdf](http://www.rollifreedom.at/downloads/PV%20Freiwillige%20Versicherung.pdf) (30.12.2009)

Pfeil, Walter (Hrsg.) (2007): Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung.

Pfeil, Walter (2007): Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Versuch einer Einführung in eine komplexe Problematik. In: Pfeil, Walter (Hrsg.). Zukunft der Pflege und Betreuung in Österreich. Wien. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. S. 1 – 8.

Pilch, Christine (1982): Bauliche und funktionelle Entwicklung der Wiener Pensionistenwohnheime. In: Der Aufbau 4/1982. S. 135 1 – 39.

Plasser, Gerhard (1998a): Das Erhardspital im Nonntal. Zur höheren Ehre des Domkapitels. In: Weidenholzer Thomas/Marx Erich (Hrsg.). Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S. 161 – 191

Plasser, Gerhard (1998b): Zur Baugeschichte der „Vereinten Versorgungsanstalten“. In: Weidenholzer Thomas/Marx Erich (Hrsg.). Hundert Jahre „Versor-

gungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S. 257 – 282.

Pochobradsky; Elisabeth/Bergmann, Franz/Brix-Samoylenko, Harland/Erfkamp, Henning/Laub, Renate (2005): Situation Pflegender Angehöriger. Endbericht. Wien. BMSGK.

Poser, Märle/Schneider, Kordula (Hrsg.) (2005): Leiten, Lehren und Beraten. Bern. Verlag Hans Huber.

Prahl, Hans-Werner/Schroeter, Klaus R. (1996): Soziologie des Alterns. Eine Einführung. Paderborn. Verlag Ferdinand Schöningh.

Praschinger, Andrea (2005): Das Wiener Versorgungsheim – Von der Versorgung zur Pflege. Eine baugeschichtliche Betrachtung. In: Arias, Ingrid/Horn, Sonja/Hubensdorfer, Michael (Hrsg.). „In der Versorgung“ Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“. Wien. Verlagshaus der Ärzte GmbH. S.63 – 84.

Puisay, Pascal (1998): Gemeinschaftliches Wohnen in Saint Herblain (Frankreich). In: Leichsenring Kai (Hrsg.). Alternativen zum Heim. Die „Groupe Saumon“ und Innovative Projekte aus Europa. S. 25 – 27.

## R

Rappold, Elisabeth/Nagl-Cupal, Martin/Dolhaniuk, Ingrid/Seidl, Elisabeth (2008): Die formelle ambulante Pflege. In: BMSK (Hrsg.). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien. Eigenverlag. S. 373 – 388.

Reichert, Monika/Gösken, Eva/Ehlers, Anja (Hrsg.) (2007): Was bedeutet der demographische Wandel für die Gesellschaft? Berlin. Lit Verlag.

Rennen-Allhoff, Beate/Schaeffer, Doris (Hrsg.) (2000): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München. Juventa Verlag.

Rischaneck, Ursula (2008): Lebensformen und Wohnsituation der Hochbetagten in Österreich. In: BMSK (Hrsg.). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien. Eigenverlag. S. 75 – 92.

Rosenmayr, Leopold (1991): *Altenhilfe – Ein soziales Anliegen der Jahrhundertwende*. Wien. Wiener Journal Zeitschriftenverlag.

Rosenmayr, Leopold/Böhmer, Franz (Hrsg.) (2003): *Hoffnung Alter*. Wien. Facultas.

Rottenhofer, Ingrid/Wild, Monika (2004): *Österreich: Jenseits von Wien*. In: Bartels, Andreas/Jenrich, Holger (Hrsg.). *Alt werden in Europa*. Frankfurt/Main. Mabuse-Verlag. S. 93 – 99.

Runge, Martin/Rehfeld, Gisela (2001): *Geriatrische Rehabilitation im therapeutischen Team*. Stuttgart. Thieme Verlag.

## **S**

Sachweh, Swenja (2002): *„Noch ein Löffelchen?“ Effektive Kommunikation in der Altenpflege*. Bern. Verlag Hans Huber.

Schaeffer, Doris/Müller-Mundt, Gabriele (Hrsg.) (2002): *Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung*. Bern. Verlag Hans Huber.

Schaffenberger, Eva/Pochobradsky, Elisabeth (2004): *Ausbau der Dienste für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz. Endbericht*. Wien. BMSGK.

Schlegel-Voß, Lil-Christine (2005): *Alter in der „Volksgemeinschaft“*. Zur Lebenslage der älteren Generation im Nationalsozialismus. Berlin. Duncker & Humboldt.

Schneider, Ulrike (2008): *Die Rolle der Pflege in der Gesellschaft*. In: BMSK (Hrsg.) *15 Jahre Pflegevorsorge. Bilanz und Ausblick*. Wien. BMSK. S. 36 – 46.

Schneider, Ulrike/Österle, August (2003): *Gesundheitssicherung im Alter aus ökonomischer Perspektive*. In: Rosenmayr, Leopold/Böhmer, Franz (Hrsg.) *Hoffnung Alter*. Wien. Facultas. S. 225 – 245.

Schnepp, Wilfried (2002): Angehörige pflegen. Bern. Hans Huber.

Schöpfer, Gerald (Hrsg.). Seniorenreport Steiermark. Altwerden in der Steiermark: Lust oder Last. Graz. Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte. Karl-Franzens-Universität.

Schöpfer, Gerald/Guggenbichler-Brunner, Heidemarie/Multerer, Anna (1999): Altwerden in der Steiermark: Lust oder Last? Ein Oral-History-Projekt des Instituts für Wirtschafts- und Sozialgeschichte. In: Schöpfer, Gerald (Hrsg.). Seniorenreport Steiermark. Altwerden in der Steiermark: Lust oder Last. Graz. Schriftenreihe der Arbeitsgemeinschaft für Wirtschafts- und Sozialgeschichte. Karl-Franzens-Universität. S. 241 – 275.

Scholta Margit (2008): Die formelle institutionelle Pflege. In: BMSK (Hrsg.). Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien. Eigenverlag. S. 389 - 412.

Schormann, Gerhard (1981): Hexenprozesse in Deutschland. Göttingen. Vandenhoeck & Rupprecht.

Schroeter, Klaus R./Rosenthal, Thomas (Hrsg.) (2005): Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München. Juventa Verlag.

Seidl, Elisabeth (Hrsg.) (2007): Zu Gast im Pflegeheim. Wien. BMSK.

Sieder, Reinhard (1991a): Probleme des Alterns im Strukturwandel der Familie. In: Mitterauer, Michael/Sieder Reinhard (Hrsg.). Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Zum Strukturwandel der Familie. Beck'sche Verlagsbuchhandlung. S. 170 – 210.

Sieder, Reinhard (1991b): Ehe, Fortpflanzung und Sexualität. In: Mitterauer, Michael/ Sieder Reinhard (Hrsg.). Vom Patriarchat zur Partnerschaft. Zum Strukturwandel der Familie. Beck'sche Verlagsbuchhandlung. S. 149 – 169.

Sitzmann, Franz (2005): Reden, wie einem der Schnabel gewachsen ist? Plädoyer für eine Sprachkultur in Pflege, Medizin und Gesellschaft. In: Abt-Zegelin, Angelika/ Schnell, Martin W. (Hrsg.). Sprache und Pflege. Bern. Verlag Hans Huber. S. 93 – 101.

Sowinski, Christine/Maciejewski, Britta (2000): Stationäre Langzeitpflege. In: Rennen-Allhoff, Beate/Schaeffer, Doris (Hrsg.): Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München. Juventa Verlag. S. 689 – 704.

Stacher, Alois (1982): Das Alter gehört dazu. In: Der Aufbau 4/1982. S. 131 – 132.

Steinke, Ines (2009): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe/Kardoff, Ernst von/Steinke, Ines (Hrsg.). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg. Rowolth. S. 319 – 331.

Stekl, Hannes (1982): Vorformen geschlossener Altenhilfe in Österreich. Ihre Entwicklung von Josef II. bis zur Ersten Republik. In: Konrad, Helmut (Hrsg.) Der alte Mensch in der Geschichte. Wien. Verlag für Gesellschaftskritik. S. 122 – 147.

Steppe, Hilde (Hrsg.) (2001): Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt/Main. Mabuse-Verlag.

Steppe Hilde (2001): „Mit Tränen in den Augen, haben wir dann diese Spritzen aufgezogen“. In: Steppe, Hilde (Hrsg.) Krankenpflege im Nationalsozialismus. Frankfurt/Main. Mabuse-Verlag. S. 137 – 174.

Stratmann, Annette (1998): Eine kleine Wohneinheit für dementiell erkrankte ältere Menschen: Das „Haus am Bendstich“ in Meisenheim (Deutschland). In: Leichsenring Kai (Hrsg.). Alternativen zum Heim. S. 71 – 76.

Strauss, Anselm L. (1998): Grundlagen qualitativer Sozialforschung. München. Wilhelm Fink Verlag.

Strauss, Anselm/Corbin Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim. Beltz. Psychologische Verlags Union

Strübing, Jörg (2008): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirischen begründeten Theoriebildung. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften.

## T

Taeger, Angela (1990): Der Kampf um den Status des Alters im agrarischen Bereich und die vielen Bedeutungen des Altenteils. In: Göckenjan Gerd (Hrsg.). Recht auf ein gesichertes Alter? Studien zur Geschichte der Alterssicherung in der Frühzeit der Sozialpolitik. MaroVerlag. S. 35 – 62.

Tews, Hans Peter (1995): Altersbilder. Über Wandel und Beeinflussung von Vorstellungen und Einstellungen zum Alter. Köln. KDA

Thane, Pat (Hrsg.) (2005): Das Alter. Eine Kulturgeschichte. Darmstadt. Primus Verlag.

Thane, Pat (2005): Einführung – der alte Mensch im Wandel der Zeit. In: Thane, Pat (Hrsg.). Das Alter. Eine Kulturgeschichte. Darmstadt. Primus Verlag. S. 9 – 30.

Thomas, Keith (1978): Die Hexen und ihre soziale Umwelt. In: Honegger, Claudia (Hrsg.). Hexen der Neuzeit. Studien zur Sozialgeschichte eines kulturellen Deutungsmusters. Frankfurt/Main. Suhrkamp Verlag. S. 256 – 308.

Thomas, Wilhelm (2006): Die Eden Alternative. Für ein neues Miteinander der Generationen. Lahr. Verlag Ernst Kaufmann.

Trummer, Ursula/Novak-Zezula, Sonja/Schmied, Hermann/Stidl, Thomas/Nowak, Peter/Bischof, Barbara/Kendlbacher, Bea/Pelikan, M. Jürgen. (2004): Patient/inn/enorientierung in österreichischen Krankenanstalten. Zusammenfassender Projektbericht. Wien. BMGF.

Tupy, Nina (2009): Das Angebot der Tagespflege – eine große Hilfe für pflegende Angehörige. In: DaHeim. Das Magazin der ARGE der NÖ Pensionisten- und Pflegeheime. 11/09. S. 18 – 19.

## W

Walsh, Mike/Ford, Pauline (2002): Pflegerituale. Bern. Verlag Hans Huber.

Waß, Barbara (1985): Mein Vater, Holzknecht und Bergbauer. Wien. Köln. Graz. Böhlau.

Weber, Gerlinde (2005): Ländlicher Raum und Lebensqualität – lässt sich Vielfalt systematisieren? Referat anlässlich einer Veranstaltung zur Agrar-, Lebens- und Umweltwissenschaftlichen Forschung – Strategien für Österreich. 13. und 14 Juni 2005. St. Pölten.

Weidenholzer, Thomas (1998a): Das Kronhaus – ein vergessenes Salzburger Armenhaus. In: Weidenholzer, Thomas/Marx, Erich (Hrsg.). Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S. 191 – 196.

Weidenholzer, Thomas (1998b): Vom Pfründner-Spital zu den „Vereinigten Versorgungsanstalten“. Aspekte einer Geschichte des Alters in Salzburg im 19. Jahrhundert. In: Weidenholzer, Thomas/Marx, Erich (Hrsg.). Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S. 199 – 256.

Weidenholzer, Thomas (1998c): Vom „Versorgungshaus“ zur Seniorenbetreuung. In: Weidenholzer, Thomas/Marx, Erich (Hrsg.). Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9. S. 315 – 344.

Weidenholzer, Thomas/Marx, Erich (Hrsg.) (1998): Hundert Jahre „Versorgungshaus“ Nonntal. Zur Geschichte der Alters- und Armenversorgung der Stadt Salzburg. Schriftenreihe des Archivs der Stadt Salzburg. Nr. 9.

Winter, Hans-Peter/Gennrich, Rolf/Haß, Peter (2000): Hausgemeinschaften. Die 4. Generation des Altenpflegeheimbaus. BMG-Modellprojekte. Band 8. Köln. KDA.

## **Z**

Zarncke, Lilly (1957): Das Alter als Aufgabe. Alterspsychologie als Grundlage der Altenfürsorge. Freiburg im Breisgau. Lambertus Verlag.



Zegelin, Angelika (2005): „Festgenagelt sein“ Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern. Göttingen. Seattle. Verlag Hans Huber.

Zielke-Nadkarni, Andrea (2005): Grundelemente der Pflegewissenschaft. In: Poser Märle/Schneider, Kordula (Hrsg.). Leiten, Lehren und Beraten. Bern. Göttingen. Seattle. Verlag Hans Huber. S. 57 – 120.



# 11 Anhang

## Eidesstattliche Erklärung

Ich, Sibylle Hinterlehner-Becker, versichere,

dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

dass ich diese Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

---

Ort, Datum

Unterschrift



## Lebenslauf

### Persönliche Daten

---

Name: Sibylle Hinterlehner-Becker  
Anschrift: 8530 Osterwitz 45  
s.hinterlehner-becker@drei.at  
Geburtsdatum/-ort: 4.11.1962 in Wien  
Kinder: 1 Sohn, geboren 1982

### Schulbildung/Berufsausbildung/Studium/wissenschaftliche Arbeit/

#### Weiterbildung

---

1969 – 1977	Volksschule und IGS in Groß-Enzersdorf
1977 – 1980	Handelsschule in Gänserndorf
1985 - 1988	Schule für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege, SMZ Baumgartner Höhe (Diplom September 1988)
1995	Studienberechtigungsprüfung
2002 - 2010	Studium der Pflegewissenschaft
2004	Eden-Alternative „Associate-Training-Programs“ (Schweiz)
2006 - 2007	Universitätslehrgang Basales und Mittleres Pflegemanagement, DUK (gem. § 64 GuKG) (Abschluss Juni 2007)

- 3/2006 - 11/2006 Wissenschaftliche Mitarbeit im Studienprojekt „Zu Gast im Pflegeheim: Was erwarten sich pflegende Angehörige von Kurzzeitpflege als entlastende Maßnahme?“ ,Endbericht November 2006, Institut der Pflegewissenschaft der Universität Wien, Projektleitung Dr.<sup>in</sup> E. Seidl
- 2010 Individuelle Gleichhaltung mit der Sonderausbildung für Führungsaufgaben (gem. §65b GuKG)
- 2010 Intensivseminar. Multiplikatorin „Fördernde Prozesspflege“ (Prof.<sup>in</sup> M. Krohwinkel. Deutschland).

### **Bisherige berufliche Tätigkeit**

---

- 1980 – 1982 Kaufmännische Angestellte
- 1988 – 1990 Psychiatrische Pflege SMZ Baumgartner Höhe Wien
- 1990 – 1993 Kinderbetreuungsprojekt (AMS Projekt)
- 1994 – 1996 Hauskrankenpflege in Wien
- 1996 – 2002 Stationäre geriatrische Pflege in Wien
- 2002 – 2004 Hauskrankenpflege in Niederösterreich
- 2004 – 2006 Stationsleitung in Wien
- 2006 – 2008 Wohnbereichsleitung in Wien
- 2008 – 2010 Stationäre geriatrische Pflege in der Steiermark
- seit 2010 Pflegedienstleitung in Graz