

Sara Schönberg

Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen

MASTERARBEIT

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

Studium: Masterstudium Sozial- und Integrationspädagogik

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Gutachterin

Ao. Univ.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marion Sigot

Alpen-Adria-Universität Klagenfurt

Institut für Erziehungswissenschaft und Bildungsforschung

Klagenfurt, September 2022

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen	5
2.1. Bedarf an stationärer Langzeitpflege	6
2.2. Wohnen in einer Altenpflegeeinrichtung	8
2.3. Altenpflegeeinrichtungen als totale Institutionen	14
3. Selbstbestimmung in stationären Altenpflegeeinrichtungen	16
3.1. Definitorische Grundlagen und Begriffsbestimmungen	17
3.2. Gesetzliche Rahmenbedingungen	18
3.3. Förderliche Faktoren für die Herstellung von Selbstbestimmung	22
3.3.1. Bewohner*innenebene	22
3.3.2. Beziehungsebene	24
3.3.3. Organisationsebene	28
3.4. Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie	34
4. Empirische Untersuchung	37
4.1. Forschungsdesign und methodisches Vorgehen	37
4.2. Vorstellung der Forschungsergebnisse	45
4.2.1. Begriffsverständnis von Selbstbestimmung	45
4.2.2. Selbstbestimmung im Bereich Pflege	47
4.2.3. Selbstbestimmung im Bereich Essen	52
4.2.4. Selbstbestimmung im Bereich Tagesgestaltung	55
4.2.5. Selbstbestimmung im Bereich Wohnen	59
4.2.6. Selbstbestimmung im Bereich Beziehungen	64
4.2.7. Formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten	67
4.2.8. Grenzen und Hemmnisse von Selbstbestimmung	70
4.2.9. Selbstbestimmung während der COVID-19-Pandemie	73
4.2.10. Einschätzungen zur Selbstbestimmung	78
5. Fazit	79
6. Literaturverzeichnis	84
7. Abbildungsverzeichnis	90
8. Tabellenverzeichnis	90
9. Anhang	91

1. Einleitung

Selbstbestimmung „heißt vor allem, eine Entscheidung gemäß den eigenen Präferenzen und Interessen zu treffen und sie, wenn nötig, mit fremder Hilfe, praktisch umzusetzen.“ (Zander 2015: 132) Daraus folgt, dass Selbstbestimmung keine Selbstständigkeit voraussetzt und jeder Mensch grundsätzlich dazu in der Lage ist, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Dennoch hört und liest man immer wieder von Bewohner*innen stationärer Altenpflegeeinrichtungen, die keinerlei Einfluss auf ihre Tagesgestaltung haben, sich ohne Wahlmöglichkeit ihr Zimmer mit fremden Menschen teilen müssen oder nur zu bestimmten Zeitpunkten Mahlzeiten zu sich nehmen können. Wo das Ausmaß an Pflegebedürftigkeit steigt, wächst gleichzeitig auch die Verantwortung der Pflegeeinrichtungen trotz schwieriger Bedingungen nicht nur eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung zu leisten, sondern auch ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Dazu verpflichtet die UN-Behindertenrechtskonvention sowie die österreichweit gültige Patientencharta.

Erstmals wurde die Problematik der eingeschränkten Entscheidungsspielräume für Bewohner*innen von stationären Altenpflegeeinrichtungen in der deutschsprachigen Literatur in den 1970er Jahren behandelt (z.B. Schick 1978, Fischer 1976). Die dort gewonnenen Erkenntnisse spielten aber lange Zeit eine untergeordnete Rolle und Diskussionen rund um Selbstbestimmung waren selten und zielten, wenn überhaupt, nur auf existenzielle Entscheidungsmöglichkeiten – insbesondere am Lebensende – ab. Durch den zunehmenden demografischen Wandel geriet das Thema der Selbstbestimmung im Alter in den 2000er Jahren in den Fokus und Frage(n) nach einem 'erfolgreichen' Altern wurden aufgeworfen. Mit dem Einsetzen der COVID-19-Pandemie im Jahr 2020 und den damit verbundenen Freiheitsbeschränkungen in Altenpflegeeinrichtungen, kam die Thematik auch im breiten gesamtgesellschaftlichen Diskurs an. Auch wenn der Fokus der vorliegenden Arbeit nicht auf Selbstbestimmung im Pandemiegesehen liegt, soll an diese Diskussionen angeknüpft werden und versucht werden zu verstehen, was Selbstbestimmung in Alltagsentscheidungen von Heimbewohner*innen bedeutet.

Ziel der Arbeit soll folglich sein, einen Einblick in das Leben von Heimbewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen zu bekommen und dabei sowohl die Perspektive der Bewohner*innen selbst als auch jene der betreuenden Fachkräfte, auf Fragen in Zusammenhang mit Selbst- und Fremdbestimmung einzufangen. Dabei soll geklärt werden, was ein selbstbestimmtes Leben für die Heimbewohner*innen bedeutet und was die betreuenden Pflegekräfte auf der anderen Seite unter Selbstbestimmung der Bewohner*innen verstehen. Anhand von Literaturrecherche sowie qualitativen problemzentrierten Interviews mit Bewohnenden und Mitarbeitenden verschiedener Altenpflegeeinrichtungen soll folgende forschungsleitende Frage beantwortet werden: *Was bedeutet ein selbstbe-*

*stimmtes Leben in einer stationären Altenpflegeeinrichtung aus Sicht der Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen und aus Sicht der in der Institution tätigen Fachkräfte?*

Am Beginn dieser Arbeit sollen stationäre Altenpflegeeinrichtungen in Österreich beleuchtet werden, um die Strukturen und Voraussetzungen, unter denen Selbstbestimmung (nicht) realisiert wird, kennenzulernen. In einem ersten Schritt soll dafür der derzeitige sowie der zukünftige Bedarf an stationärer Betreuung geklärt werden sowie die stationäre Altenpflege definiert werden. Danach erfolgt eine Analyse der spezifischen Bedingungen für die Selbstbestimmungsförderung in Altenpflegeeinrichtungen.

Im dritten Kapitel der Arbeit wird der Fokus ganz auf die Selbstbestimmung gerichtet, indem diese definiert und von ähnlichen Begriffen abgegrenzt wird. Anschließend sollen die internationalen sowie nationalen rechtlichen Standards rund um Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen erarbeitet werden. Den Kern dieses Kapitels bildet jedoch die Analyse von förderlichen Faktoren für ein selbstbestimmtes Leben in Pflegeeinrichtungen auf Bewohner*innen-, Beziehungs- sowie Organisationsebene. Um auch die aktuellen Entwicklungen im Selbstbestimmungskontext abzubilden, wird abschließend noch kurz auf den Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Selbstbestimmungsrechte der Bewohner*innen eingegangen.

Im Fokus des vierten Kapitels steht die im Zuge der Masterarbeit durchgeführte empirische Untersuchung. Zunächst wird die forschungsleitende Frage vorgestellt, das Forschungsdesign beschrieben und der Forschungsprozess nachgezeichnet. Die Erhebungs- sowie Auswertungsmethode werden differenziert dargestellt, um in weiterer Folge die Ergebnisse präsentieren zu können. Diese werden unter Bezug auf weitere Untersuchungen interpretiert sowie diskutiert.

Abschließend soll ein Fazit gezogen werden und der Versuch unternommen werden, die zugrundeliegende Forschungsfrage mithilfe der gewonnenen Ergebnisse zu beantworten.

2. Stationäre Altenpflegeeinrichtungen

In diesem Kapitel soll eine Ist-Analyse zu stationären Altenpflegeeinrichtungen in Österreich erfolgen, um besser verstehen zu können, wie Selbstbestimmung in diesem speziellen Kontext (nicht) realisiert werden kann. Dazu soll zunächst der derzeitige Bedarf an stationärer Betreuung geklärt werden sowie Prognosen für die Zukunft aufgestellt werden. Anschließend soll die Langzeitpflege näher in den Blick genommen werden, indem sie im ersten Schritt definiert und beschrieben wird und danach von verschiedensten Blickwinkeln – Sicht der Bewohnenden, Mitarbeitenden sowie der Gesellschaft – betrachtet wird. Abschließend soll noch geklärt werden, ob stationäre Altenpflegeeinrichtung heute

in Österreich noch als „totale Institutionen“ (Goffman 1981: 11) angesehen werden können und was dies für die Selbstbestimmung der Bewohnenden bedeutet.

2.1. Bedarf an stationärer Langzeitpflege

Ob im öffentlichen Raum, im eigenen Spiegel, im Familien- und Bekanntenkreis oder stellvertretend in den Medien – das fremde und eigene Altern ist überall vertreten. Die Wahrscheinlichkeit, ein langes Leben zu führen, ist in Ländern des globalen Nordens so hoch wie noch nie. War Altern vor nicht allzu langer Zeit ein Privileg einer kleinen Minderheit, so ist es heute zum Massenphänomen geworden (vgl. Pohlmann/Leopold/Heinecker 2012: 21). Umso bizarrer ist es, dass jetzt, wo die Mehrheit der Bevölkerung die Chance hat, hochaltrig zu werden, der Prozess des Alterns und die Lebensphase des Alters so unattraktiv wie noch nie zuvor wirken. Ihre Krönung findet die zunehmend ablehnende Einstellung gegenüber dem Alter in der Anti-Aging-Bewegung, die durch die Schönheitsindustrie vorangetrieben wird und mittlerweile auch in der Medizin weit verbreitet ist (vgl. Rügger 2021: 11).

Doch das Bild auf das Alter ist kein einheitliches, denn das Altern wurde in der europäischen Kulturgeschichte seit jeher zweideutig diskutiert: Auf der einen Seite Altern als ein körperlich-geistiger Zerfallsprozess, insbesondere bei Frauen, und auf der anderen Seite Alter als Ausdruck von Weisheit und Gelassenheit sowie als Erfüllung des Lebens (vgl. Frick et al. 2018: 9). Unabhängig davon, welches Licht auf den Prozess des Alterns und Menschen im hohen Alter geworfen wird, Einfluss nehmen die Bilder zum Alter auf die gesamte Gesellschaft:

„Herabwürdigende, kritische, bedauernde, befürwortende oder glorifizierende Aussagen, soweit sie das Alter betreffen, wirken immer in die gesamte Gesellschaft hinein. Sie betreffen also nicht nur die Gruppe der Alten selbst. Historische Altersstereotype beeinflussen die Gesamtgesellschaft.“ (Rosenmayr 2007: 56).

Im Zusammenhang mit dem Alter gibt es aber noch ein Phänomen, welches die gesamte Gesellschaft betrifft: Sowohl durch die demografische Zusammensetzung der Gesellschaft als auch durch verschiedenste gesellschaftliche Veränderungen (vermehrte Berufstätigkeit von Frauen, Verschwinden von Großfamilien) steigt die Nachfrage nach professioneller Pflege (vgl. Fischbacher 2011: 8). Wurden für pflegebedürftige Menschen in der Vergangenheit meist noch die Ressourcen innerhalb des Familienverbandes genutzt, so wird die Inanspruchnahme von stationärer Pflege zunehmend steigen. Schätzungen zufolge werden im Jahr 2040 ungefähr ein Drittel aller älterer Menschen keine Kinder haben und ein noch größerer Anteil wird ohne Enkel sein (vgl. Meyer 2004: 73). Das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019) rechnet damit, dass sich die österreichische Gesamtbevölkerung von 2017 bis 2030 insgesamt um rund sechs Prozent vergrößern wird. Der Anteil an Personen im Alter von 75 Jahren oder älter soll sich im gleichen Zeitraum sogar um 25 Prozent erhöhen. Sieht man sich diese Zahl genauer an, fällt auf, dass es selbst in dieser be-

grenzten Altersgruppe zu erheblichen Unterschieden kommen soll: So soll die Zahl der 75- bis 79-Jährigen um rund drei Prozent steigen, während die Bevölkerungsgruppe der 85- bis 89-Jährigen um mehr als die Hälfte wachsen soll (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019: 26). Abbildung 1 veranschaulicht die soeben beschriebenen Trends grafisch:

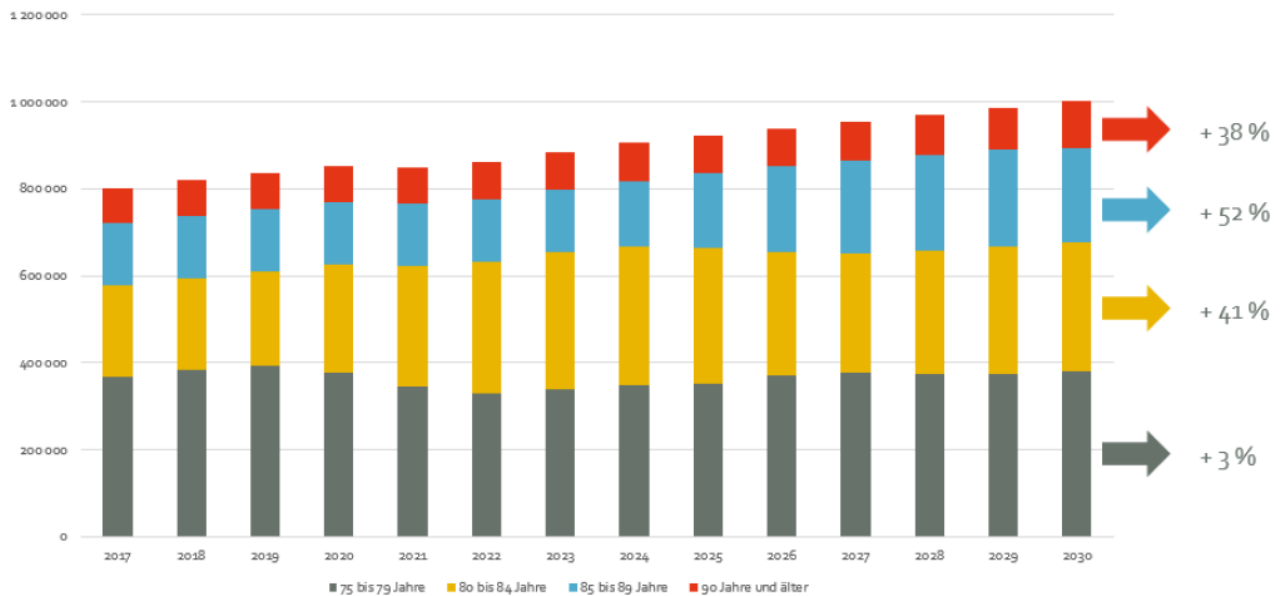


Abbildung 1: Demografische Entwicklung der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter (Quelle: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019: 27).

Wird der Blick auf das Bundesland Kärnten geworfen, so decken sich die österreichweit prognostizierten Trends mit dem Bevölkerungswandel, der sich in Kärnten in den letzten Jahren schon zeigte: Die Bevölkerungsgruppe, der über 65-Jährigen ist in Kärnten zwischen 1991 und 2022 um 34,4 % gewachsen. Durch dieses starke Wachstum älterer Menschen auf der einen Seite und dem parallelen Rückgang der 0-19-Jährigen auf der anderen Seite, hat es auch eine deutliche Veränderung der Bevölkerungsverteilung insgesamt gegeben: Lag der Anteil der 0-19-Jährigen an der Gesamtbevölkerung im Jahr 1991 noch bei 25,1 % so ist er 2011 bereits auf 19,8 % gesunken. Umgekehrt ist der Anteil der Bevölkerung ab 65 Jahren von 14,6 % auf 19,3 % angewachsen. Auf Bezirksebene zeigen sich in diesem Zusammenhang nur kleine Unterschiede: Der Anteil der Gruppe der 65-Jährigen und älter liegt in allen zehn Bezirken bei ca. 20 %. Den größten Anteil der Bevölkerung im potenziellen Pensionsalter hatte zum Stichtag 01.01.2012 Hermagor mit 22,3 % und den geringsten Völkermarkt mit 18 %. Mit Blick auf die Zukunft scheint sich der bisher beschriebene Trend weiter fortzusetzen. In Kärnten soll die Altersgruppe 65 Jahre und älter bis 2030 eine Wachstumsrate von 44 % erfahren (vgl. Aigner-Walder/Bliem 2012: 14-18).

Die Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur wirken sich natürlich auch auf den Pflegebereich aus. Als Betreuungsform hat in Österreich die stationäre Betreuung die längste Tradition, wobei diese entsprechend den demografischen Veränderungen in der Zeit von 2000 bis 2006 in ganz Österreich

nochmals eine Steigerung von 13 % erfahren hat (vgl. Ruddy/Fürstl-Grasser/Rubisch 2008: 16). Im Jahr 2017 befanden sich 82.485 Personen in einer Einrichtung der stationären Langzeitpflege. Diesen standen 149.442 Personen, die von mobilen Diensten betreut wurden, 7.928 Personen, die teilstationär betreut wurden, 9.640 in der Kurzzeitpflege und 3.395 in alternativen Wohn- und Betreuungsformen gegenüber. Sieht man sich die Altersverteilung in teilstationären und stationären Altenpflegeeinrichtungen an, so fällt auf, dass der Großteil (rund 50 %) 85 Jahre oder älter ist. Danach folgen die 75- bis 84-Jährigen (ca. 30 %), anschließend die 60- bis 74-Jährigen (ca. 15 %) und schließlich sind nur rund 5 % unter 60 Jahre alt (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019: 28).

Die Prognosen für das Jahr 2030 zeigen, dass entsprechend der demografischen Entwicklung alle Betreuungsformen einen Zuwachs erfahren werden. Im stationären Bereich inklusive der teilstationären Einrichtungen, Kurzzeitpflege und innovative Wohnformen wird mit einem Anstieg von 103.500 auf 136.300 gerechnet. Diese Veränderung dürfte nicht linear verlaufen, denn ab 2023 ist mit einem stärkeren Anstieg als in den Vorjahren zu rechnen (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz 2019: 29).

2.2. Wohnen in einer Altenpflegeeinrichtung

In der Altenhilfe wird grundsätzlich zwischen dem informellen Unterstützungssystem durch Familie und Freund*innen, dem formellen Unterstützungssystem durch mobile soziale Dienste und dem institutionellen Unterstützungssystem durch Altenheime, Altenwohnheime, Pflegeheime und Krankenanstalten für chronisch Kranke unterschieden (vgl. Miklautz 2006: 47ff.). Alle drei gehören zu der Langzeitpflege, die von der OECD wie folgt definiert wird:

„Long-term care (hereafter, LTC) differs from health care. While health care services aim at changing a health condition (from unwell to well), long-term care merely aims at making the current condition (unwell) more bearable. Individuals need LTC due to disability, chronic condition, trauma, or illness, which limit their ability to carry out basic self care or personal tasks that must be performed every day. Such activities are defined as activities of daily living, ADLs (eating, dressing, bathing, getting in and out of bed, toileting and continence) or instrumental activities of daily living, IADLs (preparing own meals, cleaning, laundry, taking medication, getting to places beyond walking distance, shopping, managing money affairs and using the telephone/Internet).“ (OECD Economics Department 2006: 18)

Auffallend bei dieser Definition ist, dass sie sich sehr auf die Defizite und die damit einhergehenden Unterstützungsbedarfe fokussiert. Die WHO geht in ihrer Definition einen anderen Weg und stellt die Lebensqualität des/der Einzelnen in den Mittelpunkt:

[Long-term care is] “the system of activities undertaken by informal caregivers (family, friends and/or neighbours) and/or professionals (health and social services) to ensure that a person who is not fully capable of self-care can maintain the highest possible quality of life, according to his or her individual preferences, with the greatest possible degree of independence, autonomy, participation, personal fulfilment and human dignity” (WHO o.J.: o.S., Einf.: S.S.)

Wesentliches Charakteristikum für die stationäre Langzeitpflege ist, dass die zu betreuenden Menschen außerhalb der eigenen vier Wände in einer Einrichtung betreut werden. Dabei lassen sich drei Typen von stationären Einrichtungen der Altenhilfe differenzieren: Erstens Altenwohnheime, bei denen die selbstständige Lebensführung der Bewohner*innen im Fokus steht. Diese Einrichtungen bestehen aus kleinen Wohneinheiten, deren Ausstattung und Einrichtung individuell nach den Bedürfnissen der einzelnen Bewohner*innen gestaltet wird. Versorgungs- und Betreuungsleistungen spielen in dieser Wohnform eine untergeordnete Rolle und kommen nur im Bedarfsfall zum Einsatz. Zweitens Altenheime, in denen Menschen betreut werden, bei denen keine eigenständige Haushaltsführung mehr möglich ist. Dementsprechend werden in dieser Wohnform sämtliche Versorgungs- und Betreuungsleistungen angeboten, wobei sich der Pflegebedarf bei den meisten Bewohner*innen noch in Grenzen hält. Drittens Pflegeheime, die auf eine umfassende Pflege, Versorgung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen ausgerichtet sind. Diese Einrichtungen kommen Krankenhäusern sehr nahe, da neben der Grundpflege auch Behandlungspflege angeboten wird. Es gilt jedoch zu beachten, dass sich diese idealtypische Unterscheidung der drei Wohnformen in der Praxis nur selten findet. Die Grenzen zwischen den verschiedenen Heimtypen sind fließend, da Versorgungs-, Betreuungs- und Pflegeleistungen je nach dem individuellen Standort in unterschiedlicher Ausprägung und in vielfältigen Kombinationen angeboten werden. Durch das steigende Angebot an mehrgliedrigen Alteneinrichtungen, also Altenheimen mit angeschlossener Pflegestation, wird zudem sichtbar, dass in der Praxis Mischformen weitaus häufiger sind als die beschriebenen Idealtypen (vgl. Matul 1995: 27f.).

Die soeben besprochenen fließenden Grenzen zwischen den verschiedenen Formen der stationären Altenpflege legen es nahe, die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit nicht auf eine bestimmte Betreuungsform einzugrenzen. Deshalb wird im Folgenden aus Vereinfachungsgründen auch pauschal von 'stationären Altenpflegeeinrichtungen' gesprochen, es sei denn Autor*innen beziehen sich in ihren Ausführungen explizit auf eine bestimmte Betreuungsform.

Wie stark stationäre Altenpflegeeinrichtungen in Österreich genutzt werden, zeigt eine Erhebung der Statistik Austria (2021): Die gesellschaftliche Vorstellung, dass der Großteil der älteren Generation in einer institutionalisierten Wohnform lebt, geht an der Wirklichkeit vorbei. So lag der Prozentsatz bei den 70- bis 74-Jährigen bei nur 1,46 %, bei den 75- bis 79-Jährigen bei 2,56 % und bei den 80- bis 84-Jährigen bei 5,18 %. Je älter die Personen waren, desto höher war die Wahrscheinlichkeit einer institutionalisierten Wohnform. Bei den 85- bis 89-Jährigen lag der Prozentsatz schon bei 11,49 % und bei

Personen über 90 Jahren, wohnte fast jede vierte Person (23,33 %) in einer Einrichtung (vgl. Statistik Austria 2021: o.S.).

Das Leben in einer stationären Altenpflegeeinrichtung wird laut Umfragen von den meisten Menschen, insbesondere aber auch von älteren Menschen, nicht als sinnvolle Alternative zum Wohnen im Privathaushalt angesehen (vgl. Oswald et al. 2014: 13). Auch Kremer-Preiß und Stolarz (2003) sprechen davon, dass die Akzeptanz für Pflegeheime als Wohnform im Alter in den letzten Jahrzehnten stetig gesunken ist und sich mittlerweile 80 % der Pflegebedürftigen ein Leben in dieser institutionalisierten Wohnform nicht mehr vorstellen können (vgl. Kremer-Preiß/Stolarz 2003: 8). Frick et al. (2018) kamen ebenfalls zu einem ähnlichen Ergebnis: Sowohl in ihrer qualitativen Fokusgruppenstudie mit 69 Personen als auch in ihrer quantitativ ausgerichteten Online-Umfrage mit 541 Personen kamen sie zu dem Schluss, dass stationäre Altenpflegeeinrichtungen äußerst negativ betrachtet und teilweise sogar als furchtbare Wohnform angesehen wurden. Für die Teilnehmenden ging diese institutionalisierte Wohnform mit einer geringen Lebensqualität einher (vgl. Frick et al. 2018: 78). Die Gründe für die starke Verbundenheit mit dem eigenen Zuhause und die damit einhergehende Ablehnung des institutionellen Wohnens sind eng mit der eigenen Lebensgeschichte verknüpft:

„Ein Haus oder eine Wohnung, in der vielleicht die Kinder groß geworden sind und sich eine große Spanne des eigenen Lebens abgespielt hat, ist eng mit der persönlichen Identität verwoben. Dort auszuziehen, kann zunächst einen schmerzlichen Verlust bedeuten – für viele Menschen ist es, als sollten sie ein Stück von sich selbst aufgeben“ (Keller 2006: 22)

Auch Voges und Zinke (2010) betonen, dass nicht nur der Wunsch nach einer unabhängigen und selbstständigen Lebensführung Grund für den langen Verbleib in der eigenen Wohnung sind, sondern ebenso die individuelle Wohnbiografie. Vor allem die Wohndauer und der Wohnstatus sind in diesem Zusammenhang wichtige Einflussgrößen. So führen eine lange Wohndauer oder der Status als Eigentümer*in dazu, dass eine größere Abneigung gegenüber einem Wohnortswechsel besteht (vgl. Voges/Zinke 2010: 302).

In manchen Fällen ist ein Umzug in eine Altenpflegeeinrichtung aber unausweichlich. Zumeist ist der Wohnortswechsel keine freiwillig getroffene Entscheidung und wird von verschiedensten Faktoren beeinflusst. Zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Umständen Menschen ins Heim ziehen, ist von individuellen Funktionseinbußen (z.B. verminderte Alltagskompetenz), strukturellen Versorgungslücken (z.B. fehlende soziale Dienste) und sozialpolitischen Vorgaben abhängig. Immer häufiger lässt sich in der Praxis die sozialpolitische Zielsetzung 'ambulant vor stationär' finden. Dies hat zur Folge, dass das Heimantrittsalter in den 1970er Jahren noch bei durchschnittlich 72 Jahren lag und bis zur Mitte der 2000er-Jahre schon auf 80,5 Jahren angestiegen ist. Weiters befinden sich mehr Männer in Altenpflegeeinrichtungen, insbesondere wenn sie nicht verheiratet sind. Auch die Größe des familialen Netzwerks sowie die soziale Lage können zu wichtigen Faktoren werden. Der wesentlichste Ein-

flussfaktor bleibt jedoch die Krankengeschichte und der mit verbundene Pflegebedarf des/der Einzelnen (vgl. Voges/Zinke 2010: 307). Für die Bewohner*innen markiert der Einzug in die Pflegeeinrichtung das Eintreten in eine neue Lebensphase im Sinne eines Lebens nach dem Leben. Entsprechend wird der Umzug in ein Altenheim so lange wie möglich hinausgezögert und erst durch eine plötzlich eintretende schwere oder verschlimmernde Pflegebedürftigkeit wird der Schritt in die neue Lebensphase gewagt. Wenig verwunderlich ist daher, dass die Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen durch einen hohen Pflegegrad, Multimorbidität, komplexe Pflegebedarfe sowie demenziellen Einschränkungen gekennzeichnet sind und die Verweildauer im Heimkontext relativ kurz ist (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 62f.).

Der Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung bedeutet für die Betroffenen nicht nur einen Wechsel des Wohnortes, sondern stellt eine Neugestaltung der gesamten Lebenssituation dar und geht mit Veränderungen auf sozialer, psychischer und gesundheitlicher Ebene einher (vgl. Brandenburg 1994: 77). Der soziale Status verändert sich, bisher bestehende soziale Kontakte brechen ab, Routinen gehen verloren und das Gefühl, kein Zuhause mehr zu haben breitet sich aus. In der Eingewöhnungsphase während der ersten Monate im Pflegeheim fühlen sich viele Bewohner*innen überfordert und kommen mit der neuen Situation nur schwer zurecht. Die anderen Bewohner*innen werden als Belastung und die Pflegekräfte als Ordnungs- und Disziplinhüter*innen, die wenig Zeit für die Unterstützung und Pflege der Bewohner*innen haben, betrachtet. Der neue Wohnort fühlt sich nicht wie ein Zuhause an und die Heimbewohner*innen vermissen ihre Privatsphäre. Diese vielfältig erlebten Veränderungen stellen eine große Herausforderung für die bisher gelebte Identität dar und belasten die Bewohner*innen je nach den individuellen Umständen mehr oder weniger stark (vgl. Riedl/Mantovan/Them 2013: 1-7). Physische und psychische Beschwerden, das Gefühl eine Last zu sein, die Kontrolle zu verlieren und hilflos zu sein, sind nach einem Umzug ins Heim nicht unüblich. Weiters besteht die Gefahr, dass Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen im täglichen Leben zu einer verlorenen Fähigkeit und Chance werden (vgl. Andresen/Puggaard 2008: 32). Meist wird der Umzug in die Pflegeeinrichtung erst nach einigen Monaten als sinnvoll erachtet, nachdem soziale Kontakte zu anderen Bewohner*innen geknüpft werden konnten (vgl. Riedl/Mantovan/Them 2013: 7). Dennoch wird das Leben im Heim ständig mit dem früheren Leben im eigenen zu Hause verglichen und die neue Normalität wird so gut es geht an das bisherige Leben angepasst. So wird zum Beispiel der Versuch unternommen, alte Gewohnheiten so weit wie möglich aufrechtzuerhalten und Möbel aus dem früheren Zuhause werden mitgenommen, um die eigene Identität nicht zu verlieren. Aber erst, wenn die neue Normalität akzeptiert wird, kann auch der neue Wohnort als Zuhause akzeptiert werden (vgl. Riedl/Mantovan/Them 2013: 6).

Doch obwohl die neue Wohnform von den meisten Bewohnenden nach einer gewissen Zeit akzeptiert wird und der Umzug auch als sinnvoll erachtet wird, werden stationäre Altenpflegeeinrichtun-

gen vor allem von Außenstehenden stark kritisiert. Wesentlicher Kritikpunkt am Beginn der 2000er-Jahre war, dass die Einrichtungen zu groß konzeptioniert waren und die Wirtschaftlichkeit des Betriebes über den Bedürfnissen der Bewohner*innen stand. Kritisch wurde schon damals betrachtet, dass Angebote zur Mitsprache und Selbstorganisation fehlten. Ging das eigenständige Wohnen mit einer ungenügenden Betreuung und Unterstützung einher, so war das Betreuungsangebot in Altenpflegeeinrichtungen auf der anderen Seite anscheinend untrennbar mit Unselbstständigkeit und Verlust der Individualität verknüpft. Beispielhaft dafür waren die Einschränkungen bezüglich der individuellen Gestaltung des eigenen Zimmers (vgl. Feuerstein/Havel 2000: 226).

Sieht man sich die Situation zwei Dekaden später an, so scheint sich wenig geändert zu haben: Ohlerth und Wittig (2019) halten fest, dass den Pflegeheimbewohner*innen mit wenig Achtung und Wertschätzung begegnet wird und dafür Angst, Einsamkeit sowie die Vernachlässigung von Grundbedürfnissen den Pflegeheimalltag beherrschen. Hinzukommen dann noch seelische und körperliche Verwahrlosung, Misshandlungen sowie Missachtungen, also zusammenfassend Zuständen, die nicht in eine freiheitlich demokratisch ausgerichtete Gesellschaft passen (vgl. Ohlerth/Wittig 2019: 9). Auf der anderen Seite werden die Richtigkeit und Verallgemeinerbarkeit solcher Erfahrungsberichte auch oft angezweifelt und als „Feuilletondiskussionen“ (Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 41) abgestempelt. Eine großangelegte Studie der Europäischen Kommission (2007) mit 28.660 Teilnehmenden aus 29 verschiedenen Ländern zeigt, dass 47 % der Befragten glauben, dass schlechte Behandlung, Missbrauch und Vernachlässigung verbreitet bzw. stark verbreitet in der stationären Langzeitpflege sind. Auch 34 % der Österreicher*innen gaben an, dass diese Phänomene weit verbreitet sind. Konkret zeigen die Ergebnisse für Österreich, dass vor allem das Risiko für schlechte Lebensbedingungen (65 %), mangelnde Befriedigung körperlicher Bedürfnisse (62 %), nicht passende Pflege (61 %) sowie Eigentumsmissbrauch (61 %) hoch eingeschätzt wird. Etwas geringer, dennoch erschreckend hoch, wird das Risiko für sexuelle Belästigung (20 %) und körperlichen Missbrauch (42 %) eingeschätzt (vgl. European Commission 2007: 107-111). Aronson und Mahler (2016) sehen durch die Etablierung der nationalen Aufsichtsbehörde – der Medizinischen Dienste des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Deutschland eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität von Diensten in Altenpflegeeinrichtungen. Dennoch kontrastieren auch sie, dass Freiheitsbeschränkungen, Gewalttaten, Vernachlässigungen und Defizite in der Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung sowie bei der gesundheitlichen Versorgung nach wie vor passieren (vgl. Aronson/Mahler 2016: 8). In Österreich herrschen in Bezug auf die Qualität und die Qualitätsmessung in der stationären Langzeitpflege hingegen unklare Strukturen. So resümiert Fischbacher (2011):

„Somit kann abgeleitet werden, dass die derzeitige föderalistische Gesetzeslage in der Langzeitpflege den Schutz der schwächeren Partei (also der HeimbewohnerInnen) nicht ausreichend gewährleistet, da deren Rechte, Interessen und Bedürfnisse hinsichtlich Pflege- (und Lebens-) Qualität weder umfassend noch bundeseinheitlich definiert noch durch bundesweit

einheitliche vergleichende und transparente Kontrollen garantiert werden.“ (Fischbacher 2011: 76)

Gemäß Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen haben die Länder Regelungen zur Überprüfung von Alten- und Pflegeheimen zu erlassen mit dem Ziel, den rechtlichen Schutz der Heimbewohner*innen zu gewährleisten. In den Landesgesetzen ist jedoch häufig nicht definiert wie genau dieser rechtliche Schutz der Bewohner*innen gewährleistet werden soll. Außerdem bedienen sich die Gesetze Begriffen wie 'angemessen' oder 'zielorientiert', die nur schwer operationalisierbar und kontrollierbar sind. Folglich sind sowohl die Inhalte als auch die Schwerpunkte von Kontrollen zu einem großen Teil dem Selbstverständnis der jeweiligen überprüfenden Behörde überlassen und variieren daher je nach Bundesland stark (vgl. Niederhametner 2016: 24).

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass immer wieder Stimmen laut werden, die ein alarmierendes Bild über den Pflegeheimalltag zeichnen. Aufgrund des anekdotischen Charakters solcher Berichte ist es jedoch schwierig zu beurteilen, wie weit verbreitet solche Praktiken tatsächlich sind. Die internationale Autor*innenschaft, die sich mit dem Thema aus verschiedensten Blickwinkeln beschäftigt, deutet allerdings darauf hin, dass es sich bei dem Einhalten von hohen Pflegerechtsstandards um ein globales Problem handelt (vgl. Lothian/Philip 2001: 668). Einige kritische Stimmen reichen sogar so weit, dass sie auf eine generelle Abschaffung von stationären Pflegeeinrichtungen plädieren (u. a. Dörner 2014).

Doch Einrichtungen der stationären Altenpflege scheinen nicht nur bei der Pflege der Bewohner*innen, sondern auch bei den Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte strukturelle Probleme aufzuweisen: Die Anforderungen des Berufsalltags in der Altenpflege nehmen stetig zu. Dies zeigt sich unter anderem in der zunehmenden Arbeitsverdichtung, dem größer werdenden Zeitdruck, den Personalkürzungen sowie den steigenden Erwartungen an eine qualitativ hochwertige Pflege durch pflegebedürftige Menschen und ihre Angehörigen. Darüber hinaus gibt es immer mehr Vorgaben in der Pflegepraxis, die von Pflegekräften als Reglementierungen und Kontrolle wahrgenommen werden. Schließlich zeichnen Medien oft ein sehr erschreckendes und trostloses Bild des Lebens und Altwerdens in Altenpflegeeinrichtungen, welches viele Pflegekräfte resignieren lässt (vgl. Huber et al. 2005: 13). Sollte eigentlich die schwere Aufgabe eine Vielzahl von Patient*innen mit komplexen Erkrankungen zu versorgen, die Kernanforderung an Pflegekräften bilden, steht in der Realität die Erfüllung von Normen im Vordergrund. Das institutionelle Pflegemodell ist aufgabenorientiert und auf Effizienz ausgerichtet. Es geht darum, die notwendige Pflege innerhalb eines gewissen Budgets zu erbringen, welches oft unter dem liegt, was eine ideale Pflege erfordert. Um die budgetären Ziele zu erreichen, werden Altenpflegeeinrichtungen personell unterbesetzt und kostengünstige sowie wenig ausgebildete Mitarbeitende eingesetzt. Für den Arbeitsalltag der Pflegekräfte zieht dies eine hohe Arbeitsbe-

lastung, Müdigkeit und fehlende Ausrüstung, bei der eine individuelle Arbeitsweise verloren geht, mit sich (vgl. Sherwin/Winsby 2010: 188f.). Die Statistik für Österreich zeigt allerdings, dass nur ein geringer Anteil der Bediensteten in stationären Altenpflegeeinrichtungen gar keine Ausbildung für ihre Tätigkeiten besitzen. Das Personal setzt sich zu 50 % aus diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, zu 43 % aus Pflegehilfpersonal (z.B. Pflegehelfer*innen oder Altenfachbetreuer*innen) und zu 7 % aus Hilfspersonal (z.B. Altenhelfer*innen, Heimhelfer*innen oder Betreuungspersonen ohne spezielle Ausbildung) zusammen (vgl. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz 2007: 17). Eine schlechte Bezahlung sowie prekäre Arbeitsbedingungen sind für den Pflegebereich dennoch prägend. So arbeiten viele Mitarbeitende in Teilzeit, übernehmen kurzfristig zusätzliche Schichten und leisten Überstunden. Auch der Anteil an Teilzeitkräften ist im Vergleich zu anderen Berufen deutlich höher. Dies wirkt sich zunächst auf das direkte Einkommen der Mitarbeitenden aus, in weiterer Folge aber auch auf ihre Pension. Der dadurch entstehende Frust sowie auch der Zeitmangel haben negative Auswirkungen auf die Bewohner*innen der Einrichtungen und führen im schlimmsten Fall zu Vernachlässigungen, Misshandlungen sowie verschiedensten Formen der Ruhigstellung (vgl. Aronson/Mahler 2016: 24f.). Daher sind Heime als Arbeitgeber gefordert, für eine möglichst hohe Zufriedenheit ihrer Mitarbeitenden einzutreten. Eine faire Entlohnung oder die institutionelle Gewährleistung von Sicherheit und Unterstützung bei Problemlagen, beispielsweise durch Fallbesprechungen, Ethikberatungen, Supervisionen oder auch Möglichkeiten zum informellen Austausch wären in diesem Zusammenhang sinnvoll. Weiters wären auch familiengerechte Arbeitszeiten bzw. Kinderbetreuungsmöglichkeiten, kulturspezifische Essensangebote und betriebliche Gesundheitsförderung für eine angenehme Arbeitsatmosphäre förderlich. Ein günstiges Arbeitsklima würde sich dann positiv auf die Fluktuationsrate der Mitarbeitenden und letzten Endes auch auf die Würde und Selbstbestimmung der Bewohner*innen auswirken (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 70f.).

2.3. Altenpflegeeinrichtungen als totale Institutionen

Der dauerhafte Aufenthalt in einer stationären Pflegeeinrichtung ist für Bewohner*innen meist streng geregelt. Die in der Institution tätigen Menschen stellen organisatorische Regeln und Vorgaben zu pflegerischen Tätigkeiten auf und überprüfen ihre Einhaltung. Dadurch besteht für Pflegeinstitutionen allerdings die Gefahr zu einer totalen Institution nach dem Verständnis Erving Goffmans zu werden (vgl. Schumann 2020: 40). Goffman selbst beschreibt 1981 fünf Gruppen von totalen Institutionen, wovon die erste Gruppe auf die Fürsorge von Menschen ausgerichtet ist. Als Beispiel führt er hier Waisenhäuser, Einrichtungen für blinde Menschen, Armenhäuser und ganz explizit auch Altersheime an (vgl. Goffman 1981: 16). Totale Institutionen definiert er wie folgt:

„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 1981: 11)

Charakteristisch für totale Institutionen sind vor allem vier Merkmale: Erstens, dass alle Angelegenheiten des eigenen Lebens sich am selben Ort unter ein und derselben Autorität abspielen. Während es in der modernen Gesellschaft normalerweise üblich ist, dass der/die Einzelne an unterschiedlichen Orten spielt, schläft bzw. arbeitet und dabei mit verschiedenen Partner*innen und Autoritäten in Berührung kommt, vollzieht sich dies in totalen Institutionen alles an einem einzigen Ort. Zweitens, dass alle Mitglieder der Institutionen grundsätzlich den gleichen Tätigkeiten gemeinsam nachgehen und dabei gleichwertig behandelt werden. Alle Phasen des Alltags werden somit mit einer großen Gruppe von weiteren Mitgliedern zusammen durchlebt. Drittens, dass all diese Phasen genau geplant sind und die eine Phase zu einem zuvor bestimmten Zeitpunkt in die nächste Phase übergeht. Die Phasen, die Tätigkeiten, die in ihnen verrichtet werden, sowie ihre Reihenfolgen werden dabei von oben herab durch ein System formaler Regeln und durch eine Gruppe von Funktionär*innen vorge-schrieben. Viertens, dass die diversen erzwungenen Tätigkeiten in einem einzigen rationalen Plan zusammengeführt werden, der vorgeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Einrichtung zu erfüllen (vgl. Goffman 1981: 17)

Goffmans Beschreibung von totalen Institutionen ist schon mehrere Jahrzehnte alt und seit damals hat sich in der Welt der Institutionen viel getan. Seine Beschreibung von damals kann heute folglich nicht mehr als realistische Abbildung von modernen Altenpflegeeinrichtungen betrachtet werden (vgl. Rügger 2021: 26). Die von Goffman beschriebenen totalen Institutionen waren von einem Zwangscharakter geprägt und die Insass*innen wurden unfreiwillig dort untergebracht. Die Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen leben dort aber auf Basis einer frei getroffenen Entscheidung. Dennoch gilt es aber auch zu beachten, dass die meisten Bewohner*innen sich für eine stationäre Altenpflegeeinrichtung aufgrund von mangelnden Alternativen entscheiden. Die Freiwilligkeit des Aufenthalts im Heim steht also auf einem äußerst brüchigen Fundament und kann durchaus auch hinterfragt werden. Zudem sind die von Goffman beschriebenen Charakteristika von totalen Institutionen nicht allzu weit entfernt vom Heimalltag. Denn auch in Altenpflegeeinrichtungen sind soziale Beziehungen zu Menschen außerhalb der Einrichtung nur eingeschränkt möglich, der gesamte Alltag erstreckt sich aus geografischer Sicht auf einen sehr begrenzten Raum, der stets mit anderen Bewohner*innen gemeinsam genutzt wird und schließlich ist der Tag genauestens geplant und durch ein System von Regeln strukturiert (vgl. Koch-Straube 1997: 343f.). Dennoch kommen auch Estermann und Kneubühler (2008) zu dem Schluss, dass für eine Mehrzahl der Altenpflegeeinrichtungen die Beschreibung totale Institution in der goffmanschen Rigidität nicht aufrecht erhalten zu ist und der Begriff der „Pseudo-Totalen-Institution“ (Heinzelmann 2003: 233 zit. n. Estermann/Kneubühler 2008:

194) passender ist. Obwohl restriktive Bestimmungen und die damit verbundenen engen Kontrollen am Verschwinden sind, bleibt die Privatsphäre nach wie vor gefährdet, der Körper ist weiterhin größtenteils öffentlich und der zeitliche Rahmen ist auch heute noch so stark strukturiert, dass der Entscheidungsspielraum der Bewohner*innen äußerst begrenzt ist (vgl. Estermann/Kneubühler 2008: 194).

Unabhängig von den mehr oder weniger starken Unterschieden moderner Pflegeheime zu den klassischen totalen Institutionen ist eine Auseinandersetzung mit dem Konzept Goffmans lohnend, um für die Gefahren, die Heime als zweckrationalen Organisationen immer innewohnen, sensibilisiert zu werden. In diesem Zusammenhang ist insbesondere die Gefahr, dass Individuen den institutionellen Abläufen untergeordnet und angepasst werden, zu nennen (vgl. Rügger 2021: 26). Denn mit der steigenden Definitions- und Entscheidungsmacht der Mitarbeitenden steigt gleichzeitig die Ohnmacht der Bewohner*innen, die gefühlte Hilfslosigkeit sowie die Überzeugung, keine Kontrolle über die eigenen Angelegenheiten zu haben. Im Prozess der geforderten und akzeptierten Anpassung entwickeln die Bewohner*innen ein Selbstbild, welches zunehmend die Eigenständigkeit und Durchsetzungskraft verliert. Sich selbst als schwach, schutzbedürftig und abhängig wahrzunehmen, wird zum einen selbstverständlich und zum anderen unwiderruflich (vgl. Koch-Straube 1997: 300f.). Auf diese Problematik weist nicht zuletzt das Konzept der totalen Institution hin. Wollen Heime selbstbestimmungsfördernde Einrichtungen werden, so ist eine Auseinandersetzung mit strukturimmanenten Mechanismen und Dynamiken, die professionell soziale Einrichtungen unweigerlich entwickeln, unausweichlich, um in weiterer Folge dann zielgerichtet die fragwürdigen Auswirkungen in Angriff zu nehmen (vgl. Rügger 2021: 27).

3. Selbstbestimmung in stationären Altenpflegeeinrichtungen

Bei der Suche nach der Frage, was unter Selbstbestimmung zu verstehen ist, stößt man auf verschiedenste Antworten. In diesem Kapitel soll der Begriff 'Selbstbestimmung' daher klar definiert und von ähnlichen Begriffen abgegrenzt werden. Im nächsten Schritt soll die rechtliche Grundlage zu Selbstbestimmung in stationären Altenpflegeeinrichtungen geklärt werden, indem der Blick sowohl auf internationale Menschenrechtsstandards als auch auf die Gesetzeslage in Österreich geworfen wird. Nach dieser zunehmenden Konkretisierung zentraler Begriffe sowie gesetzlicher Grundlagen, wird konkret auf Basis der bestehenden Forschungsliteratur herausgearbeitet, welche fördernden Faktoren sich auf ein selbstbestimmtes Leben in Altenpflegeeinrichtungen identifizieren lassen. Abschließend soll noch kurz darauf eingegangen werden, welche Veränderungen die COVID-19-Pandemie auf die Selbstbestimmungsrechte in Altenpflegeeinrichtungen hatte.

3.1. Definitorische Grundlagen und Begriffsbestimmungen

Das Pflegelexikon definiert Selbstbestimmung als die Fähigkeit sowie das Recht, Entscheidungen eigenverantwortlich zu fällen und potenzielle Konsequenzen zu tragen (vgl. Dröber/Drude 2004: 975). Ähnlich wird der Begriff auch in der internationalen Literatur verhandelt: „Self-determination can be defined as a process in which a person has both control and ethical/legal rights, and has the ability and knowledge to make decisions of his/her own free choice.“ (Hammar et al. 2016: 1) Konkreter wird Pawlik (2012) für den Selbstbestimmung erst dann vorhanden ist, wenn Herrschende*r und Beherrschende*r zusammenfallen. Ein selbstbestimmtes Leben bedeutet, dass die Handlungsinhalte nicht von anderen vorgegeben werden und dass Werte und Ziele eigenständig festgelegt werden (vgl. Pawlik 2012: 131).

Ein weiterer Begriff, der oft mit Selbstbestimmung gleichgesetzt wird, ist jener der Autonomie, der vor allem im internationalen Kontext häufiger im Gebrauch ist (vgl. Schumann 2020: 25). Die WHO definiert Autonomie als die Fähigkeit, die im alltäglichen Leben notwendigen Entscheidungen selbst zu treffen, sie aber auch kontrollieren zu können und schließlich mit ihnen in Abhängigkeit von den individuellen Bedürfnissen umzugehen (vgl. WHO 2002: 13). Schlögl-Flierl und Schneider (2021) führen aus, dass Selbstbestimmung in ihrer Bedeutung in Bezug zu Autonomie nicht immer klar ist. Einerseits findet sich in der Literatur die synonyme Verwendung der beiden Begriffe, was hinsichtlich der griechischen Übersetzung von Autonomie – sich selbst Gesetz gebend – naheliegend ist. Andererseits finden sich aber auch Darstellungen, in denen das Verhältnis zwischen Autonomie und Selbstbestimmung klar definiert ist (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 78f.). Beauchamp und Childress (2013) definieren Autonomie beispielsweise als die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und auch Sandman (2007) versteht Selbstbestimmung neben der Freiheit, der Unabhängigkeit und der Erfüllung der eigenen Wünsche als einen Teilaspekt der Autonomie. Grundlage für die vorliegende Arbeit ist die Unterscheidung der zwei Termini nach Schlögl-Flierl und Schneider (2021):

„Autonomie gilt als ‚Eigenschafts-Zuschreibung‘ im Sinne des autonomen Subjekts in modernen Gesellschaften und somit als eine Ausdrucksform im Welt- und Selbstverhältnis eines Individuums, der die Qualität eines allgemeinen, dem menschlichen Wesen eigenen Merkmals zukommt. Selbstbestimmung wiederum meint dann die praktische Ausübung von Autonomie i.S. des Treffens von Entscheidungen und der Gestaltung von Handeln und Situationen (als solche steht sie im Zentrum der soziologischen Betrachtungen).“ (Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 79)

Nachdem dieses Spannungsverhältnis geklärt wurde, gilt es noch eine genaue Differenzierung zwischen der Selbstbestimmung und der Selbstständigkeit vorzunehmen: Selbstbestimmung zielt darauf ab, etwas selbst entscheiden zu können, während Selbstständigkeit danach verlangt, etwas selbst zu tun (vgl. Kammerer et al. 2012: 624). Daraus folgt, dass auch ein unselbstständiger Mensch ein

selbstbestimmtes Leben führen kann (vgl. Huber et al. 2005: 33). Selbstständigkeit beschreibt also die Fähigkeit des Einzelnen, weitgehend ohne die Unterstützung von anderen Personen ein unabhängiges Leben zu führen (vgl. Kruse 2005: 277). Wenn eine pflegebedürftige Person aber kein Interesse an der Förderung ihrer/seiner Selbstständigkeit hat und gern die Hilfe und Unterstützung anderer annimmt, so kann die Selbstbestimmung einer Person im Widerspruch zur Selbstständigkeitsförderung stehen (vgl. Klie/Krahmer 2009: 84).

Selbstbestimmung, Autonomie und Selbstständigkeit verweisen in ihrer Gesamtheit auf die Würde eines älteren Menschen. Dabei handelt es sich um unveräußerliche Rechte, die ein älterer Mensch besitzt. Dies bedeutet auch, dass im Fall von Einschränkungen ein Anspruch auf Wiederherstellung besteht (vgl. Schumann 2020: 26).

3.2. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Im Rahmen der Kampagne 'HelpAge International' äußerte sich der Erzbischof Desmond Tutu treffend zur rechtlichen Situation älterer Menschen: „As we get older, our rights do not change. As we get older, we are no less human and should not become invisible.“ (Tutu 2015, zit. n. Howgate 2015: o.S.) Jede und jeder Einzelne ist – auch in verletzlichen Lebenslagen, beispielsweise aufgrund eines Pflegebedarfs – ein Mensch mit eigenen Rechten und nicht nur ein Fürsorgeobjekt. Rechtlicher Ausgangspunkt ist bei jedem Menschen, unabhängig von seiner/ihrer Hilfsbedürftigkeit, die allen Menschen innewohnende Würde. Verschiedenste Menschenrechtsverträge beschäftigen sich explizit oder zumindest implizit mit der stationären Altenpflege. Zu den wichtigsten zählen der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (UN-Zivilpakt, ICCPR), der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt, ICESCR) und das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, BRK). So ist im UN-Zivilpakt unter anderem das Recht auf Leben (Art. 6) oder das Recht auf Privatheit (Art. 17) verankert. Der UN-Sozialpakt versichert in Artikel 12 das erreichbare Höchstmaß an psychischer und physischer Gesundheit und in Artikel 11 wird ein angemessener Lebensstandard inklusive einer passenden Ernährung, Bekleidung und Unterbringung gefordert. Für Menschen in stationären Altenpflegeeinrichtungen sind diese Rechte von besonderer Relevanz, da sie aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen auf die Unterstützung von anderen angewiesen sind (vgl. Aronson/Mahler 2016: 11). Da pflegebedürftige Menschen auch als Menschen mit Behinderungen betrachtet werden können, ist auch die UN-Behindertenrechtskonvention für Menschen in stationären Altenpflegeeinrichtungen ausschlaggebend (vgl. Schumann 2020: 30). In dieser wird bereits in der Präambel die Wichtigkeit der individuellen Autonomie und Selbstbestimmung inklusive der Freiheit, Entscheidungen selbst zu treffen, betont. In Artikel 19 wird dann ausführlich auf ein selbstbestimmtes Leben und die Inklusion in

die Gemeinschaft eingegangen. Die unterzeichnenden Vertragsstaaten werden darin verpflichtet, dass Menschen mit Behinderungen mit den gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft leben sollen und daher auch volle Inklusion in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft erfahren sollen. Zur Erreichung dieser vollen Inklusion müssen die Vertragsstaaten gewährleisten, dass die Betroffenen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort selbst zu bestimmen und auch selbst darüber entscheiden können, wo und mit wem sie zusammenleben möchten. Es soll zudem keine Verpflichtung geben, in einer bestimmten Wohnform leben zu müssen. In Artikel 26 ist weiters das Setzen von wirksamen Maßnahmen, um ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung sowie körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten zu erreichen und zu bewahren, verankert (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2016: 5-22).

Ogleich die eben genannten Bestimmungen in den bestehenden Menschenrechtsverträgen auch für pflegebedürftige Menschen in stationären Altenpflegeeinrichtungen anwendbar sind, stehen ältere Menschen bisher in keinem internationalen Menschenrechtsvertrag im Zentrum. Die Forderung nach einer Konvention, die speziell die Menschenrechte älterer Menschen in den Fokus rückt, wird daher seit einigen Jahren immer lauter (vgl. Aronson/Mahler 2016: 12). Kritisch zu betrachten ist in diesem Zusammenhang auch, dass es keine internationalen Menschenrechtsstandards gibt, die älteren Menschen ausdrücklich das Recht auf Langzeitpflege zugestehen (vgl. European Network of National Human Rights Institutions 2017: 8).

Weiters existierten in Österreich bis Anfang der 1990er Jahre in keinem Bundesland ausführliche rechtliche Vorgaben für den Betrieb von stationären Altenpflegeeinrichtungen. Erst im Zuge der Pflegevorsorgereform 1993 befasste man sich mit dem Regelungsdefizit. In dieser Reform verpflichteten sich sowohl der Bund als auch die Länder, die Versorgung von pflegebedürftigen Menschen nach einheitlichen Grundsätzen und Zielen zu gestalten. Basierend darauf wurden in den Ländern Heimgesetze und Heimverordnungen verabschiedet, welche die quantitativen und qualitativen Mindeststandards, Regelungen zur Eröffnung sowie zur Bewilligung, den Betrieb und die Kontrolle dieser Einrichtungen reglementierten. Das Ziel, einheitliche Pflegestandards für ganz Österreich zu erschaffen, konnte jedoch nicht erreicht werden. Durch die eigenständige Gestaltung der Mindeststandards für das jeweilige Bundesland ohne ausreichende gegenseitige Kommunikation, variieren die Regelungen innerhalb Österreichs sehr stark (vgl. Niederhametner 2016: 20f.).

Grundlegende Patient*innenrechte werden in Österreich in der Patientencharta, einer Vereinbarung, die gemäß Art. 15a B-VG zwischen Bund und Ländern abgeschlossen wurde, zusammengefasst. Die Vertragspartner*innen haben sich darin verpflichtet, in der Gesetzgebung wie auch in der anschließenden Vollziehung, gewisse Patient*innenrechte zu gewährleisten. Die Patientencharta ist in vier zentrale Eckpfeiler untergliedert: Patient*innenwürde, Selbstbestimmung, Information und Unter-

stützung der Patient*innen. Zunächst einmal wird in der Charta allen Patient*innen das Recht auf Pflege und Behandlung eingestanden. Das heißt, dass die Angebote des Gesundheitswesens allen Menschen – unabhängig von ihrem Alter, ihrem Geschlecht, ihrer Herkunft, ihrem finanziellen Hintergrund, ihrem religiösen Bekenntnis und Art ihrer Erkrankung – zugänglich sein müssen. Einen großen Stellenwert in der Charta hat weiters die Achtung der Würde und Integrität der Patient*innen. So ist beispielsweise in Artikel 9 verankert, dass die Intim- und Privatsphäre der Patient*innen geachtet werden muss und in Artikel 10, dass die Abläufe in der Pflegeeinrichtung so weit wie möglich an den alltäglichen Lebensrhythmus der Betroffenen anzupassen sind. Abschnitt 4 der Charta befasst sich explizit mit dem Recht auf Selbstbestimmung sowie auf Information und umfasst Artikel 16 bis 20. Artikel 16 beschäftigt sich mit der Aufklärung von Patient*innen, beispielsweise über potenzielle Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten sowie deren Risiken, Folgen und Kosten. Artikel 17 betont die Wichtigkeit der Zustimmung für jede Art der Behandlung durch die Patient*innen. Auf ihre Einwilligung kann nur dann verzichtet werden, wenn sie dazu nicht in der Lage sind (dann ist ein*e Vertreter*in zuständig) oder bei Gefahr im Verzug. Darüber hinaus haben Patient*innen durch Artikel 18 auch das Recht, im Vorhinein zu bestimmen, welche Behandlungsmöglichkeiten (nicht) unterlassen werden sollen, sollten sie zu einem späteren Zeitpunkt handlungsunfähig werden. Artikel 19 erkennt an, dass Patient*innen Einsicht in die über sie geführte medizinische Dokumentation nehmen dürfen und Artikel 20 besagt, dass die Verwendung personenbezogener Daten für medizinische Forschungs- oder Unterrichtszwecke die ausdrückliche Zustimmung der betreffenden Person bedarf. Umgesetzt werden die in der Patientencharta erarbeiteten Rechte in eigenen Bundes- und Landesgesetzen. Dabei handelt es sich um unmittelbare Rechte, die den Patient*innen direkt eingeräumt werden. Zu den Rechtsgrundlagen für Patient*innenrechte zählen beispielsweise: Das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) sowie das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) (vgl. Bachinger 2018: o.S.).

Das Heimaufenthaltsgesetz ist am 1. Juli 2005 erstmals in Kraft getreten, wobei Novellen 2006, 2010 und 2018 erfolgten. Das Gesetz bestimmt Zulässigkeitsvoraussetzungen für freiheitsbeschränkende Maßnahmen an Menschen mit psychischer Erkrankung oder intellektueller Behinderung in Altenpflegeeinrichtungen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Einrichtungen zur Pflege und Erziehung von Minderjährigen sowie Krankenanstalten. Zudem regelt es, unter welchen Voraussetzungen Freiheitsbeschränkungen angeordnet und durchgeführt werden dürfen. Zu beachten gilt in diesem Zusammenhang, dass Freiheitsbeschränkungen immer das letzte mögliche Mittel darstellen müssen. Ziel des Gesetzes ist der Schutz der Freiheitsrechte von Menschen, die in Institutionen betreut werden (vgl. Schlaffer 2020: 6). Eine Freiheitsbeschränkung liegt laut dem Heimaufenthaltsgesetz dann vor, wenn eine Ortsveränderung einer betreuten oder gepflegten Person gegen bzw. ohne ihren Willen verunmöglicht wird. Insbesondere mechanische, elektronische oder medikamentöse Maßnahmen

sowie deren Androhung sind nicht zulässig. Eine solche freiheitsbeschränkende Maßnahme ist nur dann zulässig, wenn dadurch eine ernsthafte Gefahr für Leben oder Gesundheit verhindert werden kann. Der Umfang der Maßnahme ist so zu wählen, dass die Gefahr zwar passend abgewendet wird, die Freiheit der betreffenden Person aber so wenig wie möglich eingeschränkt wird. Es darf also keine andere, schonendere Maßnahme möglich sein, denn ansonsten wäre diese zu wählen. Selbst wenn die finanziellen und personellen Ressourcen für eine schonendere Maßnahme unzureichend sind, so ist eine Freiheitsbeschränkung dennoch nicht zulässig (vgl. Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz 2019: 8-13).

Neben dem Heimaufenthaltsgesetz wurde Anfang 2004 noch ein zweites Gesetz zur Qualitätssicherung von Einrichtungen der stationären Altenhilfe verabschiedet: Das Heimvertragsgesetz. Beide Gesetze zielen auf eine Steigerung und Verbesserung der Lebensqualität in Österreichs Heimen ab (vgl. Schlaffer 2015: 3). Das Heimvertragsgesetz soll Menschen, die aufgrund ihres Alters, ihrer Pflegebedürftigkeit oder ihrer Behinderung Unterstützung benötigen, besonderen Schutz bieten. Von den Regelungen dieses Gesetzes kann der Heimvertrag nur dann abweichen, wenn es zum Vorteil der Bewohner*innen ist. Die Bestimmungen haben auf Verträge zwischen Heimträgern und Bewohner*innen eines Senior*innen-, Pflege- bzw. Behindertenheims, einer betreuten Wohngemeinschaft oder einer sonstigen Einrichtung, die mindestens drei Personen beherbergt, ihre Gültigkeit. Dabei ist das Gesetz gleichermaßen für private, öffentliche und gemeinnützige Institutionen gültig. Anwendbar ist das Gesetz allerdings nur dann, wenn im Heimvertrag neben der Unterkunft, auch die Betreuung sowie die Pflege verankert sind. Wichtig im Kontext der Selbstbestimmung ist das Heimvertragsgesetz vor allem deshalb, weil darin festgeschrieben ist, dass die Persönlichkeitsrechte im Heimvertrag angeführt werden müssen. Als Beispiele nennt der Gesetzgeber dabei unter anderem das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, auf angemessene Begegnung, auf Selbstbestimmung sowie Achtung der Intim- und Privatsphäre. Auch die politische und religiöse Selbstbestimmung sowie das Recht auf Verkehr mit der Außenwelt und auf Besuch von Angehörigen werden in diesem Zusammenhang genannt (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2021: 3-7).

Resümierend lässt sich also festhalten, dass die Selbstbestimmung von Bewohner*innen stationärer Altenpflegeeinrichtungen in diversen Konventionen, Gesetzen und Chartas verankert ist. Dennoch zeigen Studien, dass institutionell betreute Bewohner*innen eine 2,5-fach höhere Chance haben, sich in ihrem Alltagsleben wenig selbstbestimmt zu fühlen als alte Menschen, die noch zu Hause leben (vgl. Hammar et al. 2016: 6).

3.3. Förderliche Faktoren für die Herstellung von Selbstbestimmung

Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln Selbstbestimmung aus definitorischer und juristischer Sicht betrachtet wurde, sollen im Folgenden fördernde Faktoren der Selbstbestimmungsförderung herausgearbeitet werden. Dabei wird eine Unterteilung in die Bewohner*innenebene, die Beziehungsebene (zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden; zwischen Bewohnenden und Angehörigen; zwischen den Bewohnenden untereinander) sowie die Organisationsebene vorgenommen.

3.3.1. Bewohner*innenebene

In ihrem integrativen Review betrachteten Moilanen et al. (2021) 46 Studien, die sich mit der wahrgenommenen Autonomie in Altenpflegeeinrichtungen beschäftigten. Im Zuge ihrer Metaanalyse kamen sie zu dem Schluss, dass unter anderem die Bewohnenden selbst mit ihren individuellen Fähigkeiten und Persönlichkeitsstrukturen einen erheblichen Einfluss auf ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten haben. Es zeigt sich, dass sich die Bewohnenden vor allem dann selbstbestimmt fühlen, wenn sie ihre eigene Meinung äußern können und für ihre Rechte einstehen können. Das Gefühl, die eigene Meinung bekunden zu können und für die eigenen Rechte eintreten zu können, hängt stark von dem Grad der Selbstständigkeit der Bewohnenden ab. Selbstständig fühlen sich die Bewohnenden insbesondere dann, wenn sie handlungsfähig sind und über ausreichend körperliche, kognitive und psychische Fähigkeiten verfügen. Solche Fähigkeiten können folglich als förderlich für die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Heimbewohner*innen betrachtet werden. Bewohnende, die das Gefühl haben, ihren Alltag nicht selbstständig bewältigen zu können, fühlen sich gleichzeitig auch weniger selbstbestimmt. Ein erhöhter Pflegebedarf bedeutet für viele Bewohner*innen also eine Bedrohung ihrer Selbstbestimmung, da sie dadurch verstärkt von den Pflegekräften abhängig sind. Dennoch kamen einige wenige Studien zu dem Ergebnis, dass sich manche Bewohnende durchaus bewusst sind, dass ihre körperlichen Einschränkungen sie nicht am freien Denken hindern können. Diese Bewohner*innen waren der Meinung, dass sie so lange selbstbestimmt leben können, solange sie über ausreichend intellektuelle Fähigkeiten zur Entscheidungsfindung verfügen (vgl. Moilanen et al. 2021: 414-424).

Weiters zeigt sich, dass ein hohes Bildungsniveau sowie ein hohes finanzielles Einkommen förderlich dafür sind, sich selbst als Heimbewohner*in selbstbestimmt wahrzunehmen. Ein guter finanzieller Hintergrund eröffnet den Menschen mehr Möglichkeiten (nicht zuletzt über verschiedene Formen der Pflege) und gibt ihnen mehr Kontrolle über ihr eigenes Leben. Wenig Einfluss scheinen hingegen das Alter und das Geschlecht auf die wahrgenommenen Selbstbestimmungsmöglichkeiten zu haben (vgl. Moilanen et al. 2021: 424). Demgegenüber fanden sich im Forschungsprojekt 'Neighbourhood'

(2008-2009), wo es darum ging „zu erforschen, wie und ob es älteren Menschen mit Hilfebedarf gelingt, ihren Alltag selbstbestimmt zu organisieren“ (Wenger-Haargassner 2012: 107) durchaus Geschlechterunterschiede. Während die männlichen Teilnehmer des Forschungsprojekts in ihren Bewältigungsmustern eher distanziert waren, zeigten sich die Frauen offen im Umgang mit dem Erleben von Pflegebedürftigkeit und der damit verbundenen Übersiedelung in eine Altenpflegeeinrichtung. Der Umzug in die Einrichtung war für die Männer typischerweise mit Gefühlen der Ohnmacht und des Kontrollverlustes verbunden. Den Frauen hingegen fiel es leichter die Situation zu akzeptieren und ihr Wohlbefinden zu wahren (vgl. Wenger-Haargassner 2012: 112ff.).

Neben der Geschlechtszugehörigkeit bildet auch der soziale Status eine wichtige Einflussgröße auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Bewohner*innen stationärer Altenpflegeeinrichtungen. In ihrer Studie kamen Heusinger und Klünder (2005) zu dem Ergebnis, dass sich drei unterschiedliche Bewältigungsstrategien beim Aufkommen der Pflegebedürftigkeit finden lassen: Erstens der aktiv-kämpferische Stil, zweitens der zuversichtlich-gelassene Stil und drittens der resignativ-angepasste Stil. Interessanterweise sind die Strategien nicht an eine bestimmte Pflegestufe gebunden, sondern treten unabhängig von den gesundheitlichen Einschränkungen auf. Eine viel stärkere Einflussgröße ist das Vorhandensein von materiellen, finanziellen, sozialen und kulturellen Ressourcen. Sie beeinflussen den Umgang mit den eigenen Wünschen, die Anpassungs- bzw. Konfliktbereitschaft und die Steuerungsbereitschaft. Insofern bestimmen sie, wie wahrscheinlich es ist, dass Selbstbestimmung von den Bewohner*innen aktiv eingefordert wird (vgl. Heusinger/Klünder 2005: 134-142).

Wichtig zu bedenken ist allerdings, dass die Förderung von Selbstbestimmung kein monoliner, auf wenige Faktoren beschränkter Prozess ist, sondern, dass es sich dabei stets um eine Wechselwirkung verschiedenster Komponenten handelt, deren Bedeutung auch je nach Bewohner*in und Situation variieren kann (vgl. Bleck et al. 2020: 182f.). Obwohl es von außen so scheint, dass sich alternde Menschen hinsichtlich ihrer Bedürfnisse ähneln, so sind sie in ihren Bedarfen und Wünschen doch auch heterogen. Selbstbestimmungsfördernde Maßnahmen von außen bedürfen insofern immer auch eine interne Prüfung (vgl. Pohlmann/Leopold/Heinecker 2012: 27). Manche Bewohner*innengruppen, vor allem jene, die sich zurückziehen oder jene mit massiven psychischen oder physischen Einschränkungen, können am besten mit Einzelbetreuung erreicht werden. Andere Bewohner*innen brauchen zusätzlich zur Einzelbetreuung auch Gruppenangebote, damit sie sich wohlfühlen. Ein zielführender Zugang in diesem Zusammenhang ist neben dem offenen Sprechen mit den Bewohnenden das Beobachten ihres Verhaltens in Verbindung mit einem bedachten Einsatz des Versuchs-Irrtums-Prinzips. Insbesondere jene Bewohner*innen, die aus körperlichen oder geistigen Gründen eingeschränkte Kommunikationsmöglichkeiten haben, können durch diese Vorgangsweise gut abgeholt werden (vgl. Bleck et al. 2020: 133).

3.3.2. Beziehungsebene

Für Schlögl-Flierl und Schneider (2021) bilden soziale Beziehungen und die damit verbundenen Interaktionen „das praktische Grundgerüst für die Herstellung von Selbstbestimmung und Würde.“ (Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 258) Die Beziehungen zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden, zwischen den Bewohnenden untereinander sowie jene nach außen – zu den Angehörigen, zu Freund*innen und zum umgebenden Sozialraum der Einrichtung – haben einen erheblichen Einfluss auf die Selbstbestimmung von Heimbewohner*innen. Für die Ausgestaltung der Beziehungen sind vor allem die Haltungen der jeweiligen Akteur*innen wesentlich. Die Haltungen der handelnden Akteur*innen beeinflussen zu einem großen Teil, ob und in welchem Ausmaß im Einrichtungsalltag Freiheiten für die individuelle Alltagsgestaltung der Bewohner*innen bestehen (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 256).

In der qualitativen Untersuchung von Hedman et al. (2019) mit 13 Pflegekräften in zehn schwedischen Altenpflegeeinrichtungen identifizierten die interviewten Pflegekräfte, das Pflegepersonal als den wichtigsten Faktor zur Förderung von Selbstbestimmung und Teilhabe älterer Menschen im Pflegeheimalltag. Durch den täglichen persönlichen und engen Kontakt zu den Bewohner*innen werden sie zu zentralen Figuren bei der Selbstbestimmungsförderung (vgl. Hedman et al. 2019: 288f.). Auch Bleck et. al (2021) machen den Umfang und die Qualität von Selbstbestimmungs- und Teilhabeförderung von den individuellen Kompetenzen und persönlichen Eigenschaften der jeweiligen Mitarbeiter*innen abhängig. Sie weisen jedoch darauf hin, dass die Individualität der Mitarbeitenden zwar genauso wie jene der Bewohnenden zu berücksichtigen ist, die Selbstbestimmung und die Teilhabe der Bewohnenden aber nicht primär von der einzelnen Person abhängig sein sollte. Die Mitarbeitenden sollten über geteilte Ziele, Wissensgrundlagen und Fähigkeiten zur Selbstbestimmungsförderung verfügen. Die Wissensbestände und Fähigkeiten der Mitarbeitenden können in die Fach-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenz unterteilt werden und über Schulungen sowie Fortbildungen vermittelt werden. Förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen ist im Bereich der Fachkompetenz das Wissen über Handlungsprinzipien (z.B. Normalitätsprinzip), Handlungsmethoden (z.B. Biografiearbeit) und häufig vorkommende Krankheitsbilder (z.B. Demenz). Auch die Kenntnis über Grundlagen der Kommunikation und Gesprächsführung (z.B. durch aktives Zuhören) sowie das Wissen über gesetzliche Bestimmungen (z.B. der Patientencharta) tragen zur Selbstbestimmungsförderung bei. Im Kontext der Methodenkompetenz ist zum Beispiel die Fähigkeit verschiedenste Methoden und Techniken (von der sozialen Netzwerkarbeit bis hin zu Beobachtungsmethoden) anwenden zu können zentral. In Bezug auf die Sozialkompetenz ist insbesondere die Fähigkeit, eine Beziehung zu den Bewohnenden aufzubauen (z.B. durch Empathiefähigkeit) förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohnenden. Schließlich ist auch die Subjektkompetenz für die Selbstbestimmungsförderung wesent-

lich. Sie bezieht sich auf die Fähigkeit der Selbstregulation im Wahrnehmen und Handeln (z.B. durch Reflexionsfähigkeit). Auch die Haltung und das Selbstverständnis der Mitarbeitenden beeinflussen stark, ob die Teilhabe und Selbstbestimmung der Bewohnenden gefördert werden. Als förderlich in diesem Zusammenhang beschreiben die Autor*innen die Orientierung an den Bewohnenden im professionellen Handeln, die Zugewandtheit gegenüber den Bewohnenden, das kooperative Handeln zwischen den Mitarbeitenden, die positive Einstellung gegenüber der eigenen Arbeit sowie die Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Mitarbeitenden (vgl. Bleck et al. 2021: 256ff.).

Förderlich für einen selbstbestimmten Alltag der Bewohner*innen ist es zudem, wenn die Beziehung zwischen Personal und Bewohnenden keine rein fachliche, sondern eine lebensweltliche ist. Die Fachkräfte sollten als Bezugspersonen dienen, an die man sich als Bewohner*in bei Problemen und Sorgen wenden kann. Grundlage dafür ist eine vertrauensvolle Beziehung. Bedingung für eine solche vertrauensvolle Beziehung ist das Aneignen von personenbezogenem Wissen über den/die Bewohner*in, um zu verstehen, was sie/ihn gegebenenfalls hindert, seinen/ihren Willen zu äußern und wie sich ein direkt oder indirekt geäußelter Wunsch umsetzen lässt. Weiters braucht es eine Balance aus Fürsorge und Selbstbestimmung in der Interaktionspraxis zwischen Bewohner*in und Mitarbeiter*in. Weder eine paternalistische Fürsorge noch eine Überforderung der Bewohnenden ist zielführend. Vielmehr braucht es eine produktive bzw. konstruktive Fürsorge und kommunikatives Erkunden der aktuellen Wünsche der Bewohnenden. Wichtig ist dabei auch ein realistisches Bild von Selbstbestimmung an die Bewohnenden zu vermitteln. Es braucht eine Offenlegung der Möglichkeiten und Grenzen von Selbstbestimmung, unabhängig davon, ob diese Grenzen gesundheitlicher oder organisationsbezogener Natur sind. Generell sollte auf die Wahrung von Grenzen, wie zum Beispiel Intimitätsgrenzen, Wert gelegt werden. In gewissen Bereichen ist das Überschreiten von Grenzen nicht vermeidbar, so zum Beispiel bei der Körperpflege. In solchen Fällen können professionelle Distanzierungs- und Normalisierungsstrategien, beispielsweise durch Berufsbekleidung oder begleitende bzw. ablenkende Kommunikation, Abhilfe leisten (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 258f.).

Damit die Wünsche der Bewohnenden in Altenpflegeeinrichtungen verwirklicht werden können, ist zunächst wichtig, dass diese ihre Wünsche äußern. Dies kann auf verschiedenste Arten und Weisen sowie in unterschiedlichen Kontexten im Heimalltag passieren und oft braucht es eine Weckung von Wünschen seitens der Mitarbeitenden, ohne dass damit die Prinzipien der Selbstbestimmung untergraben werden. Wünsche, die von den Bewohnenden kommuniziert wurden, müssen zunächst erfasst, dann unter den Mitarbeitenden kommuniziert sowie in die Planung miteinbezogen und schließlich verwirklicht werden. Es handelt sich also um eine prototypische Abfolge von drei Prozessphasen: Erstens die Wunschäußerung, dann die Wunscherfassung und abschließend die Wunschberücksichtigung sowie -verwirklichung. In der beruflichen Praxis sind die einzelnen Phasen jedoch nur schwer genau abgrenzbar und nicht immer als Aufeinanderfolge wiederzufinden. In gewissen Situationen

kann die Wunscherfassung – bei kleinen, alltagsnahen Wünschen – nicht stattfinden, weil der Wunsch direkt umgesetzt wird. Als förderlich für die Wunschäußerung lassen sich folgende Faktoren identifizieren: Eine vertrauensvolle Beziehung zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden, Schaffung von konkreten Anlässen zur Wunschäußerung durch Mitbestimmungsgremien wie zum Beispiel dem Bewohner*innenbeirat oder Wunschrunden sowie das Miteinbeziehen von Bewohner*innen, die sich nicht mehr äußern können, in Einzel- und Gruppenangeboten. Beim letztgenannten Punkt ist eine gute Beobachtungskompetenz sowie das Lesen und Interpretieren der Bewohner*innenreaktionen besonders wichtig. In weiterer Folge sollte es zu der Erfassung der Wünsche kommen. Dabei kann zwischen der formellen und der informellen Wunscherfassung unterschieden werden. Die formelle Wunscherfassung findet hauptsächlich durch individuelle Gespräche und der damit verbundenen Dokumentation statt. Förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen ist in diesem Kontext, wenn die Mitarbeiter*innen den Nutzen sowie Methoden und Verfahren zur Wunscherfassung kennen. Als ein zentraler methodischer Ansatzpunkt zur Erfassung von Wünschen kann die Biografieorientierung genannt werden. Bei Bewohner*innen, die ihre Wünsche nicht mehr äußern können, wird auch bei formellen Erhebungsformen der Kontakt zu den Angehörigen genutzt. Beispielsweise können bei Einzugsgesprächen zumindest vermutete Wünsche der Bewohner*innen erfasst und später bei der Umsetzung anhand der Reaktionen der Bewohner*innen überprüft werden. Wunscherfassungen informeller Art passieren in keinem kontrollierten Rahmen und ergeben sich meist bei Alltagsgesprächen oder Beobachtungen während der Pflege, Versorgung oder Betreuung. Förderlich für die Selbstbestimmungsförderung der Bewohner*innen ist, wenn die Wunscherfassung als ein Teil der wahrgenommenen Aufgaben der Mitarbeitenden verstanden wird. Weiters braucht es eine Überführung in eine Formalisierung, indem die informell erfassten Wünsche verschriftlicht und in bestehende Instrumente wie zum Beispiel Pflegeberichte eingespeist werden. Schließlich sind auch regelmäßige Abstimmungen zwischen den Mitarbeitenden förderlich (vgl. Bleck et al. 2020: 94-104). Für Aronson und Mahler (2016) ist ein kontinuierlicher Austausch zwischen allen Teammitgliedern eine wesentliche Vorbedingung für eine qualitativ hochwertige, auf Selbstbestimmung ausgerichtete Pflege. Die täglichen Gespräche vom Pflegepersonal werden in diesem Zusammenhang als wichtigstes Instrument für die Wunschverarbeitung der Bewohnenden genannt. Aber auch die informelle Kommunikation, beispielsweise bei Schichtwechseln oder bei der Kaffeepause, trägt zum Austausch von dokumentierten Beobachtungen bei. Werden die Möglichkeiten solcher informellen Gespräche beschnitten, ist eine mangelnde Motivation bei den Mitarbeitenden sowie eine schlechte Teamarbeit zu beobachten (vgl. Aronson/Mahler 2016: 23).

In ihrem Review von 46 Studien kamen Moilanen et al. (2021) zu dem Schluss, dass erst die Mitarbeitenden von Pflegeeinrichtungen Möglichkeiten schaffen, um sich als Bewohner*in selbstbestimmt zu fühlen. Die Bewohner*innen hatten das Gefühl, mehr Selbstbestimmung zu haben, wenn sie Unter-

stützung durch die Mitarbeitenden erfahren. Zudem gaben sie an, ihre Selbstbestimmung werde durch die Betreuungsatmosphäre bestimmt. Als förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohnenden auf der Beziehungsebene zwischen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen identifizierten Moilanen et al. (2021) ebenso den Ausbildungshintergrund der Fachkräfte. Gut ausgebildete Fachkräfte verstärken die wahrgenommene Selbstbestimmung der Bewohnenden. Darüber hinaus unterstützen Mitarbeitende, die in ihren Arbeitsmethoden flexibel sind und eine gleichberechtigte, positive und freundliche Einstellung gegenüber älteren Menschen haben, die Selbstbestimmung der von ihnen betreuten Pflegebedürftigen (vgl. Moilanen et al. 2021: 426f.).

Neben den Mitarbeitenden stellen auch die Angehörigen auf der Beziehungsebene eine wichtige Einflussgröße auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohnenden dar. So zeigte die Metaanalyse von Moilanen et al. (2021), dass die Bewohnenden glauben, dass ihre Verwandten ihre Selbstbestimmung beeinflussen. Je mehr Besuche sie von Verwandten und Freund*innen bekamen, desto eher fühlten sich die Befragten selbstbestimmt. Dennoch kamen die Autor*innen zu dem grundsätzlichen Ergebnis, dass die Bewohnenden es bevorzugten, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen und dass sie von ihren Angehörigen erwarteten, dass diese Entscheidungen dann auch respektiert werden. Manche Bewohnende zogen ihre Angehörigen in den Prozess der Entscheidungsfindung mit ein oder übergaben die Last der Entscheidungsfindung gänzlich an sie ab, insbesondere dann, wenn ihre eigene Fähigkeit, Entscheidungen selbst zu treffen, abnahm. Wurde das Treffen von Entscheidungen an die Angehörigen abgegeben, war dies mit der Erwartung verbunden, dass diese die Rechte der älteren Menschen schützen und fördern. Wenn die Angehörigen die Selbstbestimmung der Bewohnenden tatsächlich unterstützten, korrelierte dies positiv mit dem Wohlbefinden, der Vitalität sowie der Lebenszufriedenheit und verringerte das Risiko, an einer Depression zu erkranken (vgl. Moilanen et al. 2021: 425-428).

Auch Bleck et al. (2020) betonen die bedeutende Rolle von Angehörigen im Alltag von Altenpflegeeinrichtungen. Sie bilden eine wichtige Ressource für die Förderung von Teilhabe und Selbstbestimmung, denn sie verfügen zum einen über spezifische persönliche Kenntnisse und emotionale Zugänge zu den Bewohnenden und zum anderen unterstützen sie die Pflegekräfte, indem sie verschiedenste Aufgaben im Einrichtungsalltag übernehmen. Förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen können die Angehörigen vor allem dann werden, wenn diese ihre Interessen, Wünsche und Vorlieben nicht mehr selbst äußern können. Das Bewohner*innenwissen über welches die Angehörigen verfügen, ist für die Pflegekräfte ein wesentlicher Zugang zu den biografischen Hintergründen der Bewohner*innen. Weiters verbindet die Angehörigen meist eine intensivere emotionale Bindung zu den Bewohnenden als es für die Mitarbeitenden möglich ist. Solche tiefgründigen vertrauensvollen Beziehungen können insbesondere in schwierigen Situationen vermittelnd oder motivierend wirken. Schließlich sind die Angehörigen auch noch insofern förderlich für die Selbstbestim-

mung der Bewohner*innen als sie auch gewisse Wünsche außerhalb der Einrichtung erfüllen können. Sofern es die körperlichen und geistigen Voraussetzungen zulassen, sind in der Regel die Angehörigen die erste Ansprechperson bei Wünschen wie einem Friseur*innenbesuch, einer Einkaufstour oder einem bestimmten Ausflug (vgl. Bleck et al. 2020: 169f.).

Kontakte nach außen – sei es zu den Angehörigen oder sei es zu Vereinen oder der ehemaligen Nachbarschaft – sind zudem konstitutiv für das Aufrechterhalten und Fortführen des alten Selbst. Jene Bewohner*innen, die regelmäßig Besuch erhalten und umgekehrt auch andere besuchen bzw. Ausflüge in Restaurants oder Geschäfte unternehmen, bleiben nicht in der Rolle des/der Heimbewohner*in verhängen, sondern sind in verschiedenste soziale Bezüge eingebunden, die ihnen Lebenssinn geben und die Erfahrung von Selbstbestimmung auf diversen Ebenen ermöglichen. Weiters bieten Kontakte nach außen die Möglichkeit, den institutionellen Regeln und Tagesstrukturen einer „totalen Institution“ (Goffman 1981: 11) zumindest zeitweise zu entkommen. Dort wo der Kontakt in die Außenwelt nicht (mehr) gegeben ist, sind die Bewohner*innen fast ausschließlich auf die Zwangs- und Zufallsgemeinschaft der Pflegeeinrichtung angewiesen. Also auf Menschen, die eventuell andere Sozialisations-, Berufs- und Bildungshintergründe aufweisen und dadurch abweichende Interessen und Lebensziele haben. Dies erschwert das Aufkommen eines Gemeinschaftsgefühls und gegenseitiger Anerkennung (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 99f.).

Neben den Kontakten zwischen den Mitarbeitenden und Bewohnenden sowie jenen zwischen den Bewohnenden und ihren Angehörigen, kann auch die Beziehung zwischen den Bewohnenden untereinander selbstbestimmungsrelevant sein. Diese Kontakte differenzieren sich in zwei verschiedene Bereiche: Auf der einen Seite die künstlich hergestellten Gemeinschafts- und Gruppenangebote, die zwar Langeweile reduzieren und kognitive Fähigkeiten aufrechterhalten können, aber nur bedingt zum Erleben von sozialer Nähe, Anerkennung und Gemeinschaft beitragen. Auf der anderen Seite befinden sich die natürlich stattfindenden Interaktionen zwischen den Bewohnenden, aus denen Beziehungen entstehen und die den Wunsch nach Selbstbestimmung stärken (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 100).

3.3.3. Organisationsebene

Die Rahmenbedingungen sowie die organisatorischen Abläufe in einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung sind für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen von essenzieller Bedeutung. Aus den spezifischen Einrichtungsstrukturen können die meisten fördernden bzw. hemmenden Faktoren für die Selbstbestimmung der Bewohnenden identifiziert werden (vgl. Bleck et al. 2020: 258). „Herstellung von Selbstbestimmung und Würde ist auch und vor allem als organisationale, nachhaltige Ge-

staltungsaufgabe eines Organisationsentwicklungsprozesses zu begreifen“ (Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 262).

Förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen von Langzeitpflegeeinrichtungen ist zunächst, wenn das Leitbild der Organisation durch eine Bewohner*innenzentrierung und Bedürfnisorientierung gekennzeichnet ist. Das bedeutet, dass die Pflege und Betreuung nach den individuellen Bedürfnissen ausgerichtet sein müssen und das Leitbild ein positives Altersbild, Biografieorientierung, ein ganzheitliches Bezugspflegemodell sowie eine offene Begegnungs- und Beziehungskultur enthalten muss. Weiters sollte eine abgewogene Sorgelogik im Leitbild verankert sein und in der Einrichtung gelebt werden. In einer ausgewogenen Sorgelogik werden Selbstbestimmung und Fürsorge nicht als Gegensätze verstanden, sondern Selbstbestimmung als anzustrebendes Resultat einer fürsorglichen Haltung. Es geht also darum, Pflegekräfte darin zu ermutigen, sich als Ermöglicher*innen von Selbstbestimmung zu verstehen, die in einzelnen Fällen im Rahmen ihrer professionellen Kompetenzen auszubalancierende Grenzziehungen von Fürsorge und Selbstbestimmung vornehmen müssen (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 262f.).

Neben dem Leitbild der Einrichtung ist auch die in der Institution entwickelte Organisationskultur, die den Mitarbeitenden Orientierung gibt und die individuelle Arbeitskultur prägt, wesentlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen. Die Organisationskultur setzt sich aus den Einrichtungszielen sowie den organisationalen Werten und Prinzipien, die von den Mitarbeitenden bereichsübergreifend anerkannt werden, zusammen. Eine Niederschrift zentraler Punkte – wie zum Beispiel Selbstbestimmung – in den Konzepten der Einrichtung ist in diesem Zusammenhang sinnvoll, damit für die Mitarbeitenden eine Orientierungsgrundlage geschaffen wird, die stets präsent und nachvollziehbar ist. Förderlich sind darüber hinaus Fortbildungen zu bestimmten Thematiken, da die Mitarbeitenden so informiert, sensibilisiert und motiviert werden können. Es gilt allerdings zu bedenken, dass einzelne Fortbildungen für die langfristige Entwicklung einer selbstbestimmten Organisationskultur nicht ausreichen. Stattdessen braucht es ein laufendes Reflektieren der Bewohner*innensituation und Besprechungen gemeinsam mit den Leistungsverantwortlichen. Die Etablierung einer selbstbestimmten Organisationskultur ist somit ein andauernder Prozess, in welchem die Leitungskräfte immer wieder für die Thematik sensibilisieren und motivieren müssen, beispielsweise bei Mitarbeiter*innengesprächen oder Teamsitzungen (vgl. Bleck et al. 2020: 258f.).

Auch Brandenburg (2005) betont die Verantwortung der Leitungskräfte bei der Selbstbestimmungsförderung in Altenpflegeeinrichtungen. Für ihn ist es „vor allem Aufgabe der Leitungen in den Einrichtungen.“ (Brandenburg 2005: 127). Denn die Leitungskräfte stehen in der Pflicht, Konzeptionen und Strategien zu entwickeln, um die Selbstbestimmung und Lebensqualität von Bewohner*innen zu fördern. Diese Strategien müssen zum Beispiel über die bloße Wahlfreiheit beim Essen hinausgehen und vielmehr miteinbeziehen, ob der/die Bewohner*in entscheiden kann, mit wem, wann und was

er/sie essen möchte. Maßgeblich ist folglich die inhaltliche Gestaltung der Selbstbestimmung in der Einrichtung und nicht die Wahlfreiheit. Eine zentrale Aufgabe für die Führungsebene ist daher im Qualitätsmanagement Kontrollkriterien festzulegen, welche die durchgeführten Maßnahmen überprüfbar machen und bestehende Schwachstellen aus dem Weg räumen (vgl. Brandenburg 2005: 127).

Betrachtet man die strukturellen Rahmenbedingungen für eine bewohner*innenzentrierte Organisationskultur, so fällt auf, dass vor allem Zeitressourcen sowie Handlungs- und Gestaltungsspielräume entscheidend für die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen sind. Damit die Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen wirklich selbstbestimmt sind, braucht es eine Flexibilität in der Tagesstruktur. Standards, Routinen und feste Abläufe sind für eine Organisation unabdingbar, da sie Deutungsgewissheiten und Handlungssicherheit bieten. Gleichzeitig stellen sie aber auch eine der größten Gefahren für die Selbstbestimmung von Heimbewohner*innen dar. Der/die Bewohner*in sollte den eigenen Tagesablauf möglichst selbst nach den eigenen psychischen und physischen Möglichkeiten, Wünschen und Bedürfnissen gestalten können. Um eine gute Balance zwischen den Anforderungen der Bewohner*innen und jenen der Organisation zu finden, müssen den Mitarbeitenden gewisse Gestaltungsspielräume gewährt werden. Nur dann können sie gut situationsbezogen handeln und bei der Auswahl ihrer Handlungsoption zwischen den Interessen der Bewohner*innen und der Einrichtung abwägen, um dann die beste Entscheidung zu treffen (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 263f.). Auch Bleck et al. (2020) betonen, dass sich die Mitarbeitenden ausschließlich dann an den individuellen Wünschen der Bewohner*innen orientieren können, wenn sie innerhalb der gegebenen Arbeitsprozesse flexibel agieren können. Förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen ist also zum Beispiel, wenn Vorgesetzte Handlungsspielräume legitimieren und eine Verschiebung von Aufgaben auf andere Schichten oder Wochentage möglich ist (vgl. Bleck et al. 2020: 261).

Wichtig ist dabei auch, dass die Zuständigkeiten zwischen dem Personal geklärt sind. Eine unklare Verteilung von Verantwortlichkeiten – auch wenn es sich dabei nur um 'subjektiv' wahrgenommene Verantwortlichkeiten handelt, erschweren die Arbeit und verschlechtern die Pflegequalität. Gibt es eine grundsätzliche Klärung der Verantwortlichkeiten mit flexiblen informellen Abstimmungsmöglichkeiten, so ist dies das Grundgerüst für nachhaltige Strukturen, die situationsbezogene Anpassungen ermöglichen (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 264). Trotz Trennung der Verantwortlichkeiten ist auch die Kooperation der einzelnen Mitarbeitenden für die Versorgung, Betreuung und Begleitung der Bewohner*innen einer stationären Altenpflegeeinrichtung unabkömmlich. Dabei ist wesentlich, dass genau abgeklärt wird, wann Mitarbeitende zusammenarbeiten sollen und welche Aufgaben gemeinsam zu verrichten sind. Dies verbessert ein gegenseitiges Verständnis für die jeweiligen Auf-

gaben und ermöglicht ein geteiltes Verständnis von Zielen, Werten und Prinzipien (vgl. Bleck et al. 2020: 259f.).

Die Bewohner*innen selbst sehen bezogen auf die Organisationsstrukturen vor allem mangelnde Ressourcen als Bedrohung für ihre Selbstbestimmung. Unzureichende Personalausstattung und zeitliche Einschränkungen bedeuten für sie, dass sie weniger oft die Möglichkeit haben, mit Pflegekräften zu sprechen, was wiederum zu eingeschränkten Selbstbestimmungsmöglichkeiten führt. Weiters geht fehlendes Personal für sie mit der Pflicht, früh ins Bett gehen zu müssen, lange auf Hilfe warten zu müssen sowie Einschränkungen, die Einrichtung verlassen zu können, einher (vgl. Moilanen et al. 2021: 427). Damit Selbstbestimmung funktionieren kann, müssen die spezifischen Ressourcen der Einrichtung identifiziert, beschaffen und genutzt werden. Besondere und zusätzliche Ressourcen eröffnen den Bewohner*innen Zugänge zur Teilhabe, indem Prozesse der Teilhabeförderung innerhalb und außerhalb der Einrichtung ermöglicht werden. So werden die Teilhabemöglichkeiten der Bewohnenden etwa über die Vermittlung von Geldmitteln, externen Dienstleistungen sowie Beteiligung der Angehörigen und Betreuer*innen gefördert (vgl. Bleck et al. 2020: 261).

Grundsätzlich sind für die Selbstbestimmung in stationären Altenpflegeeinrichtungen vor allem die personellen, die finanziellen, die räumlichen, die mobilitätsbezogenen sowie die quartiersbezogenen Ressourcen relevant (vgl. Bleck et al. 2020: 262f.). Schlögl-Flierl und Schneider (2021) fügen dieser Liste noch Zeitressourcen hinzu und schreiben damit der Zeitverfügbarkeit eine hohe Bedeutung zu (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 264).

Pflegezeit bzw. eher Pausen und Ruhe von der Pflegezeit drücken Anerkennung und Respekt aus, da der/die Bewohner*in kein Arbeitsgegenstand ist, der zu jeder beliebigen Zeit bearbeitet werden kann. Rücksichtnahme auf individuelle Bedürfnisse und würdevolles Pflegen erfordern Zeit. Darüber hinaus kostet auch die Beziehungsarbeit mit und für die Bewohnenden einiges an Zeit (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 264). Es geht um „Zeit zuzuhören, hinzusehen, was dem*r Bewohner*in (,eigentlich') wichtig ist [...]; Zeit zur Konstruktion und Kontinuierung auf Vertrauen und Intimität beruhender Beziehung zum*r Bewohner*in; Bereitstellen von Zeit, über die der*die Bewohner*in verfügen kann“ (Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 264; Ausl.: S.S.) Solche und ähnliche Erfahrungen fördern bei den Bewohnenden das Gefühl selbstbestimmt zu sein. Auch die Kommunikationszeit ist sowohl auf der Seite der Bewohnenden als auch auf jener der Mitarbeitenden bedeutsam. Für die Mitarbeitenden braucht es Kommunikationszeit für den Austausch unter Kolleg*innen, um Wissen und Erfahrungen auszutauschen sowie um Distanz zu belastenden Situationen zu schaffen und diese zu reflektieren. Für die Bewohnenden auf der anderen Seite bedeutet Kommunikationszeit sich gegenüber den Mitarbeitenden, den Ehrenamtlichen oder Ärzt*innen Gehör zu verschaffen. Wichtiger Bestandteil einer förderlichen Kommunikationskultur ist eine offene Fehler- und Konfliktkultur. Mitarbeitenden sollte es möglich sein, ohne Angst vor Konsequenzen Probleme und Fehler anzuspre-

chen, damit diese gemeinsam besprochen, reflektiert und behoben werden können. Dazu braucht es ein kollektives Einüben eines Reflexionsprozesses, der Verständnis für Konflikte – sowohl Ursachen als auch Erscheinungsformen – fördert und den Austausch von Erfahrungswissen, ob und wie Konflikte am besten bearbeitet werden. Weiters ist ein transparentes Beschwerdemanagement, wo jede*r weiß, an wen man sich wenden kann, Teil einer funktionierenden Konflikt- und Fehlerkultur (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 264ff.).

Personelle und finanzielle Ressourcen sind vor allem hilfreich, um bereits bestehende Mittel und Strukturen in der Einrichtung für die Teilhabeförderung erweitern zu können. Förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen ist insbesondere, wenn es Betreuungskräfte gibt, die eigens für Einzelangebote mit den Bewohnenden eingestellt werden. In Bezug auf die finanziellen Ressourcen im Zusammenhang mit Selbstbestimmung ist es förderlich, wenn es eine eigene Personalstelle beim Träger gibt, die für die Akquise von Spenden und Projektmitteln zuständig ist und die darauf achtet, dass die zusätzlichen Ressourcen für die Bewohnenden, entsprechend ihren Bedürfnissen, genutzt werden (vgl. Bleck et al. 2020: 261f.).

Auch die bestehenden Raumressourcen und die damit einhergehende Materialausstattung sind für die Bewohnenden essenziell, da sie Aneignungsmöglichkeiten für sie darstellen und als Setting für verschiedenste Angebote innerhalb der Einrichtung dienen können. Förderlich ist es also, wenn es Aufenthaltsbereiche gibt, die selbstbestimmten Aufenthalt und selbstbestimmte Beschäftigung ermöglichen. Weiters sollten die Räume bewohner*innenorientiert gestaltet sein und am besten die Bewohnenden selbst in den Gestaltungsprozess miteinbeziehen. Eine Zweckentfremdung von Aufenthaltsräumen gilt es zudem zu vermeiden (vgl. Bleck et al. 2020: 262f.).

Damit die Bewohner*innen auch am gesellschaftlichen Leben außerhalb der Einrichtung teilhaben können, braucht es Unterstützungen und Hilfen, die als Mobilitätsressourcen zusammengefasst werden können. Förderlich ist dabei, wenn alle Kräfte vereint und koordiniert werden und Betreuungskräfte mit ehrenamtlichen Helfer*innen und Angehörigen zusammenarbeiten. Weiters sind auch ein behindertengerechtes und geräumiges Fahrzeug sowie eine Flexibilität bei den personellen Ressourcen für die Begleitung der Bewohnenden hilfreich (vgl. Bleck et al. 2020: 262f.).

Schließlich sind auch die Ressourcen im Quartier selbstbestimmungsrelevant, die in der Kooperation mit Akteur*innen und Nutzung der Quartierstrukturen liegen. Öffnung von Veranstaltungen im Haus für Quartiersbewohner*innen, eine im Quartier wahrnehmbare Öffentlichkeitsarbeit oder Beteiligung an politischen Gremien im Quartier wären in diesem Zusammenhang förderlich. In Zukunft könnten auch soziale Medien, technische Hilfen wie Assistenzsysteme eine Rolle in der Selbstbestimmungsförderung einnehmen (vgl. Bleck et al. 2020: 262f.).

Am wichtigsten im Kontext der Ressourcen ist jedoch, dass die Ressourcen, die zur Selbstbestimmungs- und Teilhabeförderung potenziell zur Verfügung stehen, für die jeweilige Organisation eruiert

werden und die Mitarbeitenden in weiterer Folge dafür sensibilisiert werden, diese zu nutzen. Wie viele und welche Ressourcen den Einrichtungen zur Verfügung stehen, ist nicht zuletzt von den politischen Rahmenbedingungen auf Ebene des Bundes, des Landes und der Gemeinde abhängig. Fehlende Ressourcen sollten daher in diesen politischen Feldern thematisiert werden (vgl. Bleck et al. 2020: 262).

Bei der Herstellung von Selbstbestimmung in Pflegeeinrichtungen übernehmen vor allem die Mitarbeitenden eine zentrale Rolle, daher muss in der Einrichtung eine Sorgeskultur implementiert werden, die Verantwortung für die Mitarbeitenden ausdrückt und ressourcenerhaltend wirkt. Dazu gehören zum Beispiel geregelte Dienstzeiten, planbare freie Tage, betriebliche Gesundheitsangebote oder Betriebsfeiern. Durch eine solch wertschätzende und flexible Ausrichtung der Pflegeeinrichtung kann es gelingen, dass die relevanten Akteur*innen – Mitarbeitende, Bewohnende und Angehörige – sich mit 'ihrer' Organisation identifizieren und dadurch die Selbstbestimmung steigt. Förderlich dafür sind Angebote zur Einbindung in die Organisation wie zum Beispiel die Gründung eines Bewohner*innenbeirates oder gegebenenfalls sogar eines Angehörigenbeirates. Aber auch niederschwelliger Angebote wie Angehörigenabende können in diesem Zusammenhang sinnvoll sein, damit die Beteiligung an der Organisationsentwicklung steigt. Dies führt dann wiederum dazu, dass die Bereitschaft und Fähigkeit zur Perspektivenübernahme seitens der Beteiligten steigen (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 266).

Wichtig für die Selbstbestimmung auf Organisationsebene ist auch, dass sich die Einrichtung nach allen Bewohner*innen mit ihren unterschiedlichen – und teilweise divergierenden – Bedürfnissen orientiert. Das bedeutet, dass die Heterogenität der Bewohner*innen in der Gestaltung des Wohnbereiches und der Angebote mitgedacht werden muss. Darüber hinaus gilt es mehrere Begegnungsmöglichkeiten zu schaffen, damit es den Bewohnenden leichter fällt ihre Bezugspersonen selbst zu wählen und dadurch gleichzeitig das Pflegepersonal zu entlasten sowie eine Verdichtung von Problemfeldern zu umgehen (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 267).

Entscheidend für eine bedarfs- und bedürfnisorientierte Arbeit sind Kooperationen mit weiteren professionellen sowie nicht-professionellen Akteur*innen außerhalb der Einrichtung. Eine diesbezügliche Offenheit der Einrichtung ist Voraussetzung für differenzierte und spezialisierte Versorgungs- und soziale Betreuungsformate. Sozialraumorientierung ist hierbei ein wichtiges Element, um Möglichkeiten der sozialen Begegnung in- und außerhalb der Pflegeinstitution möglichst dauerhaft zu schaffen. Beispiele hierfür wären Veranstaltungen gemeinsam mit dem örtlichen Kindergarten oder ein hauseigenes Café. Dies ist nicht zuletzt auch für den Nachbarschaftsfaktor relevant und hilfreich. Denn wenn die Altenpflegeeinrichtung seit jeher als Interaktionsraum im Quartier bekannt ist, fällt es leichter, den Umzug in die Einrichtung nicht als Verusterfahrung, sondern als Fortlaufen des Lebensweges bei gleichzeitigem Beibehalt von Bekanntem zu betrachten (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider

2021: 267). Die Ergebnisse der Forschung von Moilanen et al. (2021) zeigt, dass ältere Menschen das Gefühl haben, dass die Teilnahme an sozialen Aktivitäten positive Auswirkungen auf die wahrgenommene Selbstbestimmung und das Gefühl, Kontrolle über das eigene Leben zu haben, mit sich ziehen (vgl. Moilanen et al. 2021: 428).

Schließlich ist vor allem mit Blick in die Zukunft die Integration von Technik und Künstlicher Intelligenz für die Selbstbestimmungsförderung relevant. Technische Assistenzsysteme können Pflege- und Betreuungspersonal nicht ersetzen, können aber bei einer barrierefreien und anforderungslosen Gestaltung Bewohner*innen dabei unterstützen, gewisse Dinge selbstständig zu erledigen (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 269).

Führt man sich die Komplexität und die damit einhergehenden Herausforderungen und Bedingungen der alltäglichen Herstellung von Selbstbestimmung vor Augen – so wie sie hier skizziert wurden – dann wird die allgegenwärtige Klage aufgrund des dauerhaften Personalmangels nur umso dringlicher und eindrucklicher (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 269). „Dennoch lohnt sich ein Blick auf die Ressourcen, Chancen und Möglichkeiten, auch mit den gegebenen Rahmenbedingungen das Pflegeheim zu einem Zuhause für die Bewohner zu machen, in dem sie sich nach ihren Wünschen entfalten können und anerkannt werden.“ (Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 269).

3.4. Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen während der COVID-19-Pandemie

Die vorliegende Forschung begann Ende 2021 und zog sich bis Mitte 2022, wodurch der gesamte Forschungsprozess von der seit mehreren Jahren anhaltenden COVID-19-Pandemie beeinflusst wurde. Die ergriffenen Maßnahmen zur Eindämmung der Virusverbreitung ab März 2020 sind nicht zuletzt für Fragen rund um Selbstbestimmung äußerst relevant. Dennoch vollzog sich der Forschungsprozess in einem noch stattfindenden Pandemiegeschehen, weshalb das Ziehen von voreiligen Schlüssen und Erkenntnissen vermieden werden soll. Der Einfluss von COVID-19 auf das Leben und Arbeiten in stationären Altenpflegeeinrichtungen soll daher – wenn auch nur kurz und ohne Anspruch auf Vollständigkeit – behandelt werden, indem die derzeit noch begrenzt verfügbare soziologische, ethische und pflegewissenschaftliche Studienlage zusammengefasst wird.

Im Frühling 2020 verbreitete sich die durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste COVID-19-Erkrankung rasant über die gesamte Welt und entwickelte sich zu einer Pandemie, die bis heute gravierende Auswirkungen auf das Gesundheitswesen hat. Ab März 2020 wurden in Österreich bundesweite Schutzmaßnahmen eingeleitet, um die Verbreitung des Virus einzudämmen. Diese Maßnahmen betrafen in besonderer Weise Pflegeeinrichtungen, da davon ausgegangen wurde, dass vor allem ältere Menschen sowie jene Menschen mit einer Vorerkrankung ein erhöhtes Risiko für einen

schweren COVID-19-Verlauf haben (vgl. Flatscher-Thöni et al. 2022: 223). Mittlerweile hat sich gezeigt, dass die Fallsterblichkeitsrate bei Patient*innen über 60 Jahren bei etwa vier Prozent, bei Patient*innen über 70 Jahren bei acht Prozent und bei Patient*innen über 80 Jahren bei etwa 15 Prozent liegt. Demgegenüber liegt die Fallsterblichkeitsrate bei Patient*innen unter 45 Jahren zwischen 0,0026 % und 0,3 % (vgl. Hwang et al. 2020: 1217). Obwohl es also stimmt, dass die Häufigkeit eines lebensbedrohlichen Verlaufes bei älteren Menschen höher ist und auch die Wahrscheinlichkeit einer intensivmedizinischen Behandlung größer ist, darf auch nicht vergessen werden, dass Ältere keine homogene Gruppe bilden. Das Risiko eines schweren Verlaufes hängt vor allem mit dem individuellen Gesundheitszustand und der spezifischen Lebenssituation zusammen, das kalendarische Alter allein hat hingegen wenig Aussagekraft. Durch die starke Betonung der Schutzbedürftigkeit älterer Menschen werden negative Altersbilder verstärkt, was wiederum Diskriminierungen mit sich zieht (vgl. Deutsches Institut für Menschenrechte 2020: 10).

Einer der frühesten und zentralsten Schutzmaßnahmen in Österreich war räumliche Distanzierung. In diesem Zusammenhang wurden zum Schutz der Risikogruppe der älteren Menschen Besuchsbeschränkungen bis hin zu Kontakt- und Besuchsverboten in Pflegeeinrichtungen in allen Bundesländern eingeführt (vgl. Flatscher-Thöni et al. 2022: 223). Rückblickend ist jedoch festzuhalten, dass vor allem den Betretungsverboten in Pflegeeinrichtungen eine gesetzliche Grundlage fehlte, da die Regelung des privaten Wohnbereichs von der an den Verordnungsgeber adressierten Ermächtigung in § 1 Abs 1 Covid-19-MG ausgenommen ist. Das heißt, dass alle Besuchsvorschriften, die über Wochen und Monate hinweg in Form von Ausnahmen der Betretungsverbote erlassen wurden, als gesetzwidrig zu beurteilen sind (vgl. Hlawna 2021: 55f.). Für die betroffenen Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen bedeutete das strikte Besuchsverbot eine extreme psychische Belastung, zumal die Betroffenen weder in den dahinterstehenden Entscheidungsprozess einbezogen worden sind noch Widerspruch gegen die Vorschriften erheben konnten. Dadurch reagierten viele Bewohner*innen mit Unverständnis und Ablehnung auf die veranlassten Maßnahmen (vgl. Forster/Frewer 2021: 260). Social distancing kann für Bewohner*innen von Pflegeeinrichtungen ein Fehlen von emotionaler Nähe, kognitiv anregenden Freizeitaktivitäten und körperlicher Bewegung mit sich bringen (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie 2020: 1). Soziale Isolation, Kontaktabnahme, Langeweile sowie Einsamkeit können weitere Folgen sein und sind Risikofaktoren für eine erhöhte Mortalität. Besonders gefährdet sind in diesem Zusammenhang Menschen mit einer Demenzerkrankung, die fast die Hälfte der Bewohner*innen in stationären Einrichtungen bilden. Sie sind oft nicht mehr in der Lage, die Situation zu verstehen und ein sozialer und damit auch emotionaler Zugang erweist sich als einzig vorhandene Ressource für Kommunikation und ist daher wesentlich für die Lebensqualität (vgl. Halek/Reuther/Schmidt 2020: 52). Auch Peisah et al. (2020) betonen, dass der pauschale Ausschluss von Menschen vom gesellschaftlichen Leben sein Tribut gefordert hat:

“The restrictive prohibition of visitation enforced without any respect for autonomy or consent from older persons themselves or their loved ones has had a disastrous effect on the mental health and well-being of older people who, in segregated settings where loneliness abounds [...] depend on visits from family and friends for solace and support.” (Peisah et al. 2020: 1201; Ausl.: S. S.)

Auch in der Wahrnehmung der Angehörigen hat sich der Gesundheitszustand bei einigen Bewohner*innen aufgrund der Pandemie verschlechtert. So zeigt die Befragung von Schlögl-Flierl und Schneider (2021) an 8217 Angehörigen, dass 20 % der Besucher*innen den seelischen Zustand der Bewohner*innen beklagen und 46 % zumindest eine leichte Beeinträchtigung bemerken. Nur etwa jede*r Fünfte hat keine Veränderung des/der zugehörigen Heimbewohner*in feststellen können. Den körperlichen Zustand der Bewohner*innen sehen die Angehörigen durch die Pandemie weniger beeinträchtigt, dennoch gaben 14 % an, der körperliche Zustand habe sich 'sehr' und 33 % 'etwas' verschlechtert (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 198).

Die COVID-19-Pandemie hat also einen fundamentalen Zielkonflikt mit sich gebracht, denn auf der einen Seite stand der Schutz der Risikogruppen und damit in erster Linie die Gruppe der Hochaltrigen. Auf der anderen Seite wurden insbesondere jene Menschen, die in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen wohnen, „verstärkt dem »sozialen Tod« infolge von sozialen Ausgrenzungen ausgesetzt.“ (Schulz-Nieswandt 2020: 120; Hervorh. im Orig.) Durch die Ausgangs- und Besuchsbeschränkungen wurden Heimbewohner*innen buchstäblich eingeschlossen. Das Vermeiden des biologischen Todes wurde sozusagen teuer mit dem sozialen Tod erkaufte (vgl. Schulz-Nieswandt 2020: 120). Die Pandemie hat somit ein schwieriges Gleichgewicht zwischen bewährten Verfahren zur Infektionskontrolle in Wohneinrichtungen und den Rechten sowie Selbstbestimmung der Menschen, die darin wohnen, erforderlich gemacht (vgl. Peisah et al. 2020: 1201). Die Frage nach einer angemessenen Güterabwägung beschäftigt nicht nur die Politik und Gesellschaft, sondern vor allem auch all jene, die in die Gestaltung des Einrichtungalltags involviert sind. Intensiv wurde vor allem diskutiert, inwiefern es legitim ist, Außenkontakte und teilweise auch Innenkontakte in Pflegeeinrichtungen zu untersagen (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 231). Durch das Wegfallen von freiwilligen Helfer*innen sowie Angehörige vermehren sich die Aufgaben des Pflegepersonals auf mindestens eine Stunde zusätzliche Arbeitszeit pro Tag (vgl. Rothgang/Wolf-Ostermann 2020: 37).

Zusätzlich sind die Pflegekräfte durch die Pandemie auch vor neue ethische Konflikte gestellt worden: Denn, obwohl Selbstbestimmung ein wichtiges Prinzip in der Pflege ist, wurden die Pflegekräfte dazu verpflichtet, an der Umsetzung von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen mitzuwirken. Die daraus resultierende soziale Isolation der Bewohner*innen führte bei den Pflegekräften zu moralischen Unsicherheiten. Die kritische Reflexion rund um die Selbstbestimmung der Bewohner*innen wurde auch durch Konflikte rund um autonome Entscheidungen von Bewohner*innen im Kontext der COVID-19-Testungen und -Impfungen erweitert. In dieser Phase voller Unsicherheiten und Kon-

flikte verdichtete sich die Rolle der Pflegekräfte als moralische Akteur*innen, da sie in den spezifischen Situationen durch individuelle Verantwortungsübernahme – zum Beispiel das Ermöglichen von gemeinsamen Essräumen oder das Akzeptieren einer Testverweigerung – beeinflussen können, inwieweit die Selbstbestimmung der Bewohner*innen beschnitten wird (vgl. Flatscher-Thöni et al. 2022: 233).

4. Empirische Untersuchung

Nachdem nun die theoretischen Grundlagen zu Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen geklärt werden konnten, soll nun ein Überblick über die im Zuge der Masterarbeit durchgeführte empirische Untersuchung gegeben werden. Dabei wird das methodische Vorgehen beleuchtet und anschließend zentrale Ergebnisse vorgestellt und unter Bezug auf weitere Untersuchungen interpretiert sowie diskutiert.

4.1. Forschungsdesign und methodisches Vorgehen

Ziel der empirischen Untersuchung war es, einen Einblick in das Leben von Heimbewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen zu bekommen und dabei sowohl die Perspektive der Bewohner*innen selbst als auch jene der betreuenden Fachkräfte, auf Fragen in Zusammenhang mit Selbstbestimmung einzufangen. Der Fokus lag dabei darauf, zu verstehen, was ein selbstbestimmtes Leben in einer Altenpflegeeinrichtung bedeutet. Dies umfasste sowohl das Begriffsverständnis von Selbstbestimmung als auch, was Selbstbestimmung im konkreten Alltag, beispielsweise im Bereich Pflege, Essen, Tagesgestaltung, Wohnen oder Beziehungen, bedeuten kann. Auch Fragen rund um formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten sowie Grenzen und Hemmnisse von Selbstbestimmung in stationären Altenpflegeeinrichtungen wurden aufgeworfen. Nicht zuletzt wurden auch erste Einblicke in die mit der COVID-19-Pandemie einhergehenden Veränderungen auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohner*innen gewonnen.

Damit wurde der Versuch unternommen, folgende forschungsleitende Frage zu beantworten:

*Was bedeutet ein selbstbestimmtes Leben in einer stationären Altenpflegeeinrichtung aus Sicht der Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen und aus Sicht der in der Institution tätigen Fachkräfte?*

Um diese Forschungsfrage beantworten zu können, wurden von März bis April 2022 insgesamt acht Interviews mit Bewohnenden und Mitarbeitenden unterschiedlichster Einrichtungen in Kärnten durchgeführt. Bei der Wahl der konkreten Interviewpartner*innen waren vor allem die Bereitschaft

und die Zugänglichkeit von Relevanz. Es brauchte nicht nur die Bereitschaft zu einem intensiven Gespräch, sondern, insbesondere bei den Mitarbeitenden, auch die zeitlichen Ressourcen innerhalb der Arbeitszeit. Diverse Einrichtungen im Raum Kärnten wurden angerufen, bis sich schließlich drei Einrichtungen zu einer Durchführung der Forschung bereit erklärten. Die Auswahl der Befragten innerhalb der Befragungsgruppe erfolgte durch Gatekeeper*innen, meistens durch die Einrichtungs- bzw. Pflegedienstleitungen. Insgesamt wurden acht Interviews durchgeführt, vier mit Bewohner*innen und vier mit Mitarbeiter*innen. Die Interviewpartner*innen waren alle schon mindestens zwei Jahre in der jeweiligen Institution wohnhaft bzw. tätig, wobei zwei Bewohnende bereits seit zehn Jahren in der Einrichtung lebten. Bei der Auswahl der Mitarbeitenden wurde ein zusätzlicher Fokus darauf gerichtet, das Thema multiperspektivisch beleuchten zu können, weshalb beim Sampling auf verschiedene Positionen und Aufgaben in der Einrichtung Wert gelegt wurde. So setzten sich die Interviewpartner*innen auf der Seite der Mitarbeitenden aus zwei Pflegeassistentinnen, einer Heimhelferin und einer Pflegedienstleiterin zusammen. Die Interviews dauerten im Durchschnitt 42:46 Minuten, wobei das kürzeste Interview 20:35 Minuten und das längste 1 Stunde 25 Minuten dauerte. Die Interviewpartner*innen bilden folglich multiperspektivisch die unterschiedlichen Gruppen, die in der Einrichtung agieren, ab: Selbstbestimmung als einzuhaltender Standard in der Arbeit der Pflegekräfte, Selbstbestimmung als zu verankerndes Element im Pflegekonzept erstellt durch die Pflegedienstleitung und Selbstbestimmung als Wunsch und Recht der Bewohner*innen. Eine Übersicht der durchgeführten Interviews findet sich in Tabelle 1:

Interviewpartner*in (ID)	Einrichtung	Rolle in der Einrichtung	Dauer des Aufenthalts/ der Tätigkeit in der Einrichtung	Datum der Interviewdurchführung	Interviewdauer
Bewohnerin 1 (B1)	Heim 1 (städtisch)	Bewohnerin	6 Jahre	29.03.2022	49:13 Minuten
Bewohnerin 2 (B2)	Heim 1 (städtisch)	Bewohnerin	4 Jahre	29.03.2022	45:29 Minuten
Bewohner 3 (B3)	Heim 2 (ländlich)	Bewohner	10 Jahre	06.04.2022	30:08 Minuten
Bewohnerin 4 (B4)	Heim 2 (ländlich)	Bewohnerin	10 Jahre	06.04.2022	20:35 Minuten
Mitarbeiterin 1 (M1)	Heim 3 (städtisch)	Pflegeassistentin	4 Jahre	10.04.2022	52:24 Minuten
Mitarbeiterin 2 (M2)	Heim 3 (städtisch)	Pflegedienstleitung	8 Jahre	11.04.2022	31:59 Minuten
Mitarbeiterin 3 (M3)	Heim 3 (städtisch)	Pflegehelferin	7 Jahre	11.04.2022	30:25 Minuten
Mitarbeiterin 4 (M4)	Heim 2 (ländlich)	Pflegeassistentin	2 Jahre	21.04.2022	1 Stunde 25 Minuten

Tabelle 1: Überblick Interviews (Quelle: Eigene Darstellung)

Obwohl die problemzentrierten Interviews leitfadengestützt waren, wurde auf eine offene Interviewführung Wert gelegt, um ein breites Spektrum an Inhalten sowie eine Relevanzsetzung der Interviewpartner*innen zu gewährleisten. Anspruch der problemzentrierten Interviews ist es „Realitätsdeutungen [...] so authentisch wie möglich, d.h. ohne theoretische Vorgriffe und ohne Ausklammerung ambivalenter sozialer Orientierungen, zu explorieren“ (Witzel 1982: 10; Ausl. S.S.). Das problemzentrierte Interview ist somit eine Interviewform zum Sammeln und Rekonstruieren von Wissen zu gesellschaftlichen Problemlagen aus der Perspektive der Interviewpartner*innen. Forschende nutzen das problemzentrierte Interview, um das eigenen Problemverständnis zu vergrößern und

neuartige Aspekte zu entdecken (abduktiver Aspekt), indem sie das bereits vorhandene Wissen (deduktiver Aspekt) im Gespräch mit subjektiven Wahrnehmungen (induktiver Aspekt) in einen Austausch bringen, der Verständnis und Interpretation ermöglicht. Obwohl der/die Forschende das Problem im Vorhinein analysiert und dazu Forschungs-, Alltags- und Kontextwissen gesammelt hat, versteht er/sie sich im problemzentrierten Interview als lernende Expert*in, der/die Wissen kokonstruiert (vgl. Witzel/Reiter 2021: 2).

Beim problemzentrierten Interview handelt es sich also um eine halbstrukturierte und offene Befragung, bei welcher die Interviewpartner*innen möglichst frei zu Wort kommen, der Fokus aber immer auf einer bestimmten Problemstellung liegt, auf welche der/die Interviewende stets zurückführt. Drei zentrale Grundprinzipien bilden dabei die Basis des problemzentrierten Interviews: Problemzentrierung, Gegenstandsorientierung und Prozessorientierung. Die Problemzentrierung meint, dass der/die Forschende bereits vor dem Interview einen objektiv vorhandenen Problembereich identifiziert hat und die wesentlichen Aspekte des Problembereichs erarbeitet hat. Dieser Problembereich soll dann im Interview gemeinsam mit der befragten Person, für welche der Problembereich relevant ist, rekonstruiert werden. Die Gegenstandsorientierung verweist darauf, dass die konkrete Ausgestaltung des Verfahrens an den spezifischen Forschungsgegenstand angepasst werden muss und vorgefertigte Instrumente nicht unbedacht übernommen werden sollen (vgl. Kurz et al. 2009: 464-466). Schließlich umfasst die Prozessorientierung „die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfelds, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten, wobei Zusammenhang und Beschaffenheit der einzelnen Elemente sich erst langsam in ständigem reflexiven Bezug auf die dabei verwandten Methoden herauschälen“ (Witzel 1982: 71).

Beim problemzentrierten Interview stellt der Interviewleitfaden das Werkzeug zur Heranführung der Interviewpartner*innen an die Problemstellung dar (vgl. Kurz et al. 2009: 471). Hauptaufgabe des Leitfadens ist es, das Hintergrundwissen des/der Forscher*in thematisch zu organisieren, um auf kontrolliertem und vergleichbarem Weg an den Forschungsgegenstand zu kommen (vgl. Witzel 1982: 90). Für die vorliegende Arbeit wurden zwei Interviewleitfäden ausgearbeitet, einer für die Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen und einer für die dort tätigen Mitarbeiter*innen. Die Fragestellungen sowie der Umfang des Leitfadens wurden an die unterschiedlichen Befragungsgruppen angepasst, die Grundstruktur sowie die angesprochenen Thematiken waren aber ähnlich. Tabelle 2 zeigt die Grundstruktur der beiden Interviewleitfäden:

Aufbau Leitfaden Bewohner*innen	Aufbau Leitfaden Mitarbeiter*innen
Teil 1 - Zur Person: Gründe für Umzug; Dauer Aufenthalt	Teil 1 - Zur Person: Tätigkeitsdauer; Aufgaben
Teil 2 - Verständnis von Selbstbestimmung: Begriffsverständnis; Abgrenzung von ähnlichen Konzepten	Teil 2 - Verständnis von Selbstbestimmung: Begriffsverständnis; Abgrenzung von ähnlichen Konzepten
Teil 3 - Selbstbestimmung im Pflegealltag: Selbstbestimmung in den Bereichen Pflege, Essen, Tagesgestaltung, Wohnen & Beziehungen; Wunschäußerung	Teil 3 - Selbstbestimmung im Pflegealltag: Selbstbestimmung in den Bereichen Pflege, Essen, Tagesgestaltung, Wohnen & Beziehungen; Grenzen Selbstbestimmung
Teil 4 - Rahmenbedingungen Selbstbestimmung: Förderliche Faktoren; hinderliche Faktoren; Verbesserungsvorschläge	Teil 4 - Rahmenbedingungen Selbstbestimmung: Förderliche Faktoren; hinderliche Faktoren; Verbesserungsvorschläge; Ressourcen; Rolle Angehörige
Teil 5 - Formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten: Beschwerdemöglichkeiten; Heimbeirat	Teil 5 - Formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten: Beschwerdemöglichkeiten; Heimbeirat
Teil 6 - Veränderungen durch die COVID-19-Pandemie: Selbstbestimmungsrelevante Veränderungen; neue Potenziale	Teil 6 - Veränderungen durch die COVID-19-Pandemie: Selbstbestimmungsrelevante Veränderungen; neue Potenziale; Spannungsverhältnis Schutz/Freiheit

Tabelle 2: Aufbau Interviewleitfäden (Quelle: Eigene Darstellung)

Alle Interviews wurden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend verschriftlicht, wodurch insgesamt 106 Seiten an Datenmaterial entstanden. Die Übertragung der Audiodaten erfolgte mit einem einfachen Transkriptionssystem (Flick 2016), welches sich ausschließlich auf lautsprachliche Äußerungen bezog. Mit Blick auf die forschungsleitende Frage wurde weder eine linguistische noch eine auf die Konversation bezogene Analyse beabsichtigt, vielmehr wurde der sprachliche Austausch als Medium zur Untersuchung bestimmter Inhalte verstanden (vgl. Flick 2016: 380).

In einem nächsten Schritt erfolgte die Auswertung und Interpretation der gewonnenen Daten auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Ziel der Inhaltsanalyse ist es, Material zu analysieren, das durch irgendeine Form der Kommunikation entstanden ist. Spezifikum der qualitativen Inhaltsanalyse als sozialwissenschaftliche Methode ist, dass es sich um eine fixierte Kommunikation handeln muss, die systematisch, regelgeleitet sowie theoriegeleitet analysiert wird und dabei versucht Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen. Fixierte Kommunikation meint in diesem Zusammenhang, dass die Kommunikation in einer protokollierten Form, wie beispielsweise Transkripte, vorliegen muss. Systematisch ist die Analyse insofern als sie nach bestimmten Regeln erfolgt und theoriegeleitet insofern als allen Analyseschritten, so auch der Interpretation der Ergebnisse, theoretische Überlegungen vorausgehen (vgl. Mayring 2015: 13). Stamann/

Janssen/Schreier (2016) verstehen unter der qualitativen Inhaltsanalyse „eine Forschungsmethode zur Systematisierung von manifesten und latenten Kommunikationsinhalten. [...] Als grundlegendes Instrument für die angestrebte Systematisierung der Inhalte dienen Kategoriensysteme.“ (Stamann/Janssen/Schreier 2016: o.S.; Ausl.: S.S.) Auch Mayring (2015) selbst beschreibt Kategoriensysteme als zentrale Instrumente der Analyse, da sie die Analyse für andere nachvollziehbar machen und damit einen wesentlichen Beitrag zur Intersubjektivität leisten (vgl. Mayring 2015: 51).

Um auch den Analyseprozess der vorliegenden Arbeit transparent und nachvollziehbar zu machen, sollen nun die durchgeführten Schritte näher beleuchtet werden: Mayring (2015) empfiehlt als ersten Schritt die Analyse des Ausgangsmaterials, indem das Material festgelegt wird, die Entstehungssituation analysiert wird und schließlich formale Charakteristika des Materials betrachtet werden (vgl. Mayring 2015: 54f.). Als Material für die vorliegende Arbeit dienen die acht durchgeführten und anschließend transkribierten Interviews mit Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen von Altenpflegeeinrichtungen. Bezogen auf die Entstehungssituation kann festgehalten werden, dass die Teilnahme an allen Interviews freiwillig war und in den jeweiligen Altenpflegeeinrichtungen mit der Autorin der vorliegenden Arbeit stattfanden. Formale Charakteristika des Materials sind, dass sie mit Tonband aufgenommen und anschließend computerunterstützt transkribiert wurden. Es handelt sich um einfache, leicht geglättete Transkripte, bei denen der Inhalt im Vordergrund stand. Die Inhalte wurden zwar wortwörtlich transkribiert, Füllwörter wie „ähm“ wurden aber weggelassen und Dialektfärbungen wurden eingedeutscht.

Nachdem das Ausgangsmaterial festgelegt sowie beschrieben wurde, soll in einem nächsten Schritt die Richtung der Analyse bestimmt werden, um herauszufinden, was herausinterpretiert werden soll. In Abhängigkeit von der zugrundeliegenden Fragestellung wird entschieden, auf welche Weise das Material betrachtet wird. Soll der Text an sich analysiert werden oder geht es mehr um den emotionalen Zustand des/der Sprechenden (vgl. Mayring 2015: 58)? Das Ziel der vorliegenden Forschung ist zu verstehen, was Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen für die Bewohner*innen selbst, aber auch für die dort tätigen Fachkräfte bedeutet. Es geht also weniger um den Zustand der interviewten Personen und vielmehr um den Gegenstand selbst, nämlich ihr Verständnis von Selbstbestimmung im Altenpflegekontext.

Nachdem die Richtung der Analyse bestimmt wurde, geht es um eine theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung. Dies bedeutet, dass die Analyse des Textes einer präzisen, theoretisch begründeten, inhaltlichen Fragestellung folgen soll, die an bisherige Forschung anknüpft (vgl. Mayring 2015: 59f.). Die bisherige Literatur zu Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen legt nahe, dass Selbstbestimmung ein sehr komplexes Konzept ist, das aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und definiert werden kann. Vor allem im Kontext von Altenpflegeeinrichtungen scheint es schwer Selbstbestimmung zu definieren, da die Bewohner*innen sich hinsichtlich Orientierung, Erfahrungen

und Ressourcen stark unterscheiden, was erheblichen Einfluss auf ihr Verständnis und ihre Einschätzungen auf Selbstbestimmung zu haben scheint. Neben der psychischen und physischen Gesundheit sind insbesondere subjektiv wahrgenommene Selbst-Welt-Bezüge der Bewohner*innen entscheidend für den wahrgenommenen Grad an Selbstbestimmung (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021; Bleck et al. 2020; Huber et al. 2005). In diesem Zusammenhang ist nun von Interesse, was Bewohnende sowie Mitarbeitende unter Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen verstehen. Es gilt folgende forschungsleitende Frage zu beantworten: „Was bedeutet ein selbstbestimmtes Leben in einer stationären Altenpflegeeinrichtung aus Sicht der Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen und aus Sicht der in der Institution tätigen Fachkräfte?“ Damit verbunden ist auch die Frage, was unter Selbstbestimmung im konkreten Heimaltag zu verstehen ist: „Wie ist Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen in den Bereichen Pflege, Essen, Wohnen, Tagesgestaltung und Beziehungen zu verstehen?“ Die Auswahl dieser Bereiche erfolgte in Anlehnung an Huber et al. (2005), die Körperpflege, Ernährung, Wohnen und Freizeit als elementare Bereiche des Heimaltags beschreiben (vgl. Huber et al. 2005: 51). In Bezug auf die COVID-19-Pandemie zeigt die bisherige Literatur, dass die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse der einzelnen Bewohner*innen nachrangig gegenüber dem Lebensschutz aller Bewohner*innen waren (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021; Ehni/Wahl 2021). Jedoch darf nicht vergessen werden, dass das Pandemiegeschehen noch nicht beendet ist und das Ziehen von Schlüssen daher schwierig ist. Dennoch soll in der vorliegenden Arbeit der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die Selbstbestimmung der Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen zumindest kurz aufgegriffen werden. Die Analyse soll sich dabei um folgende Frage drehen: „Welchen Einfluss hatte die COVID-19-Pandemie auf die Selbstbestimmung von Bewohner*innen in Altenpflegeeinrichtungen?“

Als Nächstes gilt es die spezielle Analysetechnik festzulegen und ein Ablaufmodell der Analyse zu erstellen, denn im Gegensatz zu anderen Interpretationsverfahren, wird die Analyse bei der qualitativen Inhaltsanalyse in einzelne, zuvor festgelegte, Interpretationsschritte zerlegt. Damit wird sie für andere nachvollziehbarer, ist intersubjektiv prüfbar, wird übertragbar auf andere Gegenstände und wird für andere Personen nutzbar gemacht. Zunächst gilt es also eine Analysetechnik auszuwählen, wobei zwischen drei Techniken unterschieden werden kann: Die zusammenfassende, die explizierende und die strukturierende Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2015: 61-67). Bei der zusammenfassenden Inhaltsanalyse wird das Material paraphrasiert, wobei wenig relevante Paraphrasen gestrichen (erste Reduktion) und ähnliche Paraphrasen gebündelt werden (zweite Reduktion). Die explizierende Inhaltsanalyse geht einen anderen Weg und versucht mehrdeutige Textstellen durch den Einbezug von Kontextmaterial zu klären. Hierfür werden lexikalische sowie grammatikalische Definitionen für die jeweiligen Textstellen hergenommen. Die strukturierende Inhaltsanalyse sucht Typen oder formale

Strukturen im Material, indem formale, typisierende, inhaltliche oder skalierende Typisierungen vorgenommen werden (vgl. Flick 2016: 410-415).

Für die vorliegende Arbeit fiel die Wahl auf die zusammenfassende Inhaltsanalyse mit dem Ansatz der induktiven Kategorienbildung, da so gut die Essenz der Interviews herausgefiltert werden und das Treffen von Kernaussagen ermöglicht wird. Dabei erfolgt eine Orientierung an dem Ablaufmodell von Mayring (2015): Als erstes erfolgte eine Paraphrasierung, bei der die Textteile in eine knappe, ausschließlich auf den Inhalt fokussierte Form gebracht werden. Nicht inhaltstragende Ausschmückungen werden dabei gestrichen und die einzelnen Paraphrasen auf eine einheitliche Sprachebene gebracht (Z1). Danach wird das Abstraktionsniveau der ersten Reduktion bestimmt und alle Paraphrasen, die unter diesem Niveau liegen, müssen verallgemeinert werden. Paraphrasen, die hingegen über dem Abstraktionsniveau liegen, werden so belassen (Z2). So entstehen einige inhaltsgleiche Paraphrasen, die nun gestrichen werden können. Auch unwichtige sowie nichtssagende Paraphrasen können weggelassen werden (Z3). Im zweiten Reduktionsschritt werden dann mehrere, sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst und durch neue Aussagen wiedergegeben (Z4). Am Ende dieser Reduktionsphase muss überprüft werden, ob die als Kategoriensystem zusammengestellten neuen Aussagen das Ausgangsmaterial noch darstellen (vgl. Mayring 2015: 71f.).

Auffallend in diesem Zusammenhang ist, dass das Erstellen eines Kategoriensystems zentral für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist: Die Definition der Kategorien ist dabei ein sehr sensibler Prozess und wird von Mayring selbst als „Kunst“ (Mayring 2015: 85) bezeichnet. Grundsätzlich lässt sich bei der Kategorienbildung zwischen der deduktiven und der induktiven Vorgehensweise unterscheiden. Bei einer deduktiven Kategoriendefinition werden auf Basis von Voruntersuchungen, bisherigen Forschungen und neu gebildeten Theorien Kategorien in einem Operationalisierungsprozess auf das Material hin entwickelt. Die Kategorien werden also vor der Analyse des Datenmaterials aufgestellt sowie definiert, was vor allem mit der strukturierenden Inhaltsanalyse gut harmoniert. Bei der induktiven Kategorienbildung auf der anderen Seite leitet sich die Kategorie direkt aus dem Material in einem Verallgemeinerungsprozess ab, ohne sich dabei auf vorab formulierte Theoriekonzepte zu stützen. Für die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse eignet sich die induktive Vorgehensweise sehr gut, da das Ziel eine möglichst gegenstandsnahe Abbildung des Materials mit möglichst wenig Verzerrungen durch den/die Forschende/n ist (vgl. Mayring 2015: 85f.).

Nachdem der soeben beschriebene Prozess für die vorliegende Arbeit durchlaufen wurde, standen am Ende elf induktiv gebildete Kategorien fest, die noch weiter in Unterkategorien differenziert wurden. In Tabelle 3 findet sich ein Überblick über alle gebildeten Kategorien und die Häufigkeit ihrer Nennung:

Oberkategorie 1: Begriffsverständnis von Selbstbestimmung	UK 1: Wunschsäußerung (1) UK 2: Willenserfüllung (1) UK 3: Wahlfreiheit (9) UK 4: Kontrolle über den Pflegeprozess (1) UK 5: Selbstbestimmung als Luxus (1)
Oberkategorie 2: Selbstbestimmung im Bereich „Pflege“	UK 1: Aufgaben in der Pflege (3) UK 2: Körperhygiene (13) UK 3: Individualität in der Pflege (1) UK 4: Pflegezeiten (6) UK 5: Pflegekonzept (1)
Oberkategorie 3: Selbstbestimmung im Bereich „Essen“	UK 1: Vorlieben (6) UK 2: Essenszeiten (12) UK 3: Qualität des Essens (1) UK 4: Auswahl (3) UK 5: Problematisches Essverhalten (1) UK 6: Verabreichung von Medikamenten (1)
Oberkategorie 4: Selbstbestimmung im Bereich „Tagesgestaltung“	UK 1: Selbstständige Tagesgestaltung (13) UK 2: Feste und Feierlichkeiten (3) UK 3: Gruppenangebote (3) UK 4: Besuchszeiten (3)
Oberkategorie 5: Selbstbestimmung im Bereich „Wohnen“	UK 1: Zimmerkategorie (2) UK 2: Intim- und Privatsphäre (17) UK 3: Einrichtung (9) UK 4: Eigenes Zuhause (2) UK 5: Zukunftsträchtige Wohnkonzepte (1) UK 6: Umzug (8)
Oberkategorie 6: Selbstbestimmung im Bereich „Beziehungen“	UK 1: Bewohner*innenebene (4) UK 2: Mitarbeiter*innenebene (1) UK 3: Angehörigenebene (6)
Oberkategorie 7: Formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten	UK 1: Beschwerdemöglichkeiten (10) UK 2: Heimbeirat (8) UK 3: Heimaufenthaltsgesetz (4)
Oberkategorie 8: Hemmende Faktoren Selbstbestimmung	UK 1: Personelle Ressourcen (14) UK 2: Krankheit (2)
Oberkategorie 9: Grenzen Selbstbestimmung	UK 1: Gefährliches Verhalten (5) UK 2: Ressourcenmangel (1) UK 3: Verantwortungsübernahme/Haftung (3)
Oberkategorie 10: Selbstbestimmung während der COVID-19-Pandemie	UK 1: Besuchsregelungen (5) UK 2: Verlassen des Zimmers (12) UK 3: Personal (5) UK 4: Informiertheit (5) UK 5: Positive Effekte (4) UK 6: Folgewirkungen (7) UK 7: Impfung (1)
Oberkategorie 11: Einschätzungen zur eigenen Selbstbestimmtheit	UK 1: Akzeptieren der Situation (2) UK 2: Handlungsspielraum (6) UK 3: Willensäußerung (2)

Tabelle 3: Überblick gebildeter Kategorien (Quelle: Eigene Darstellung)

Nachdem die Analyse beendet ist, erfolgt die Zusammenstellung und Interpretation der Ergebnisse in Hinblick auf die gewählte Fragestellung sowie die Anwendung inhaltsanalytischer Gütekriterien (vgl. Mayring 2015: 62).

4.2. Vorstellung der Forschungsergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse auf Grundlage des im letzten Kapitel vorgestellten Forschungsdesigns soll in Abschnitten erfolgen: So soll zunächst das allgemeine Begriffsverständnis von Selbstbestimmung geklärt werden, um anschließend zu beleuchten, was Selbstbestimmung in den Alltagsbereichen Pflege, Essen, Tagesgestaltung, Wohnen und Beziehungen für die Interviewpartner*innen bedeutet. Danach soll noch auf formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten sowie Grenzen und Hemmnisse von Selbstbestimmung eingegangen werden, um ein umfassendes Bild von Selbstbestimmung zu bekommen. Schließlich werden die Veränderungen in Bezug auf Selbstbestimmungsmöglichkeiten durch die COVID-19-Pandemie noch kurz analysiert sowie abschließende Einschätzungen zu Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen durch die Befragten vorgestellt.

4.2.1. Begriffsverständnis von Selbstbestimmung

Gefragt nach ihrem Verständnis von Selbstbestimmung gaben alle acht interviewten Personen eine Antwort, manche Personen kamen im Interview sogar mehrfach darauf zurück. Auffallend dabei ist, dass der Großteil der Befragten keine allgemeine Begriffserklärung wählte, sondern Selbstbestimmung ausschließlich auf den Kontext 'Leben in einer Altenpflegeeinrichtung' bezog. Nur eine Mitarbeiterin versuchte eine allgemeingültige Definition des Begriffs zu geben: „Selbstbestimmung ist für mich also, ganz einfach gesagt, dass ich für mich selbst bestimme und was mit meinem Leben passiert.“ (M2: 47-48) Diese Definition deckt sich grundsätzlich auch damit wie der Begriff in der Forschung verwendet wird, denn auch Frick et al. (2018) verwenden den Begriff ähnlich: „Gemeint ist der Anspruch und die Möglichkeit, in persönlichen Angelegenheiten selbst über sein Leben bestimmen und eigenverantwortlich entscheiden zu können.“ (Frick et al. 2018: 14)

Den Kern von Selbstbestimmung bildet demnach also eine gewisse Form von Wahlfreiheit über das eigene Leben. In diesem Punkt sind sich die Interviewten relativ einig, denn insgesamt wurde 'Wahlfreiheit' neun Mal in den Mittelpunkt der Begriffserklärung gestellt. Interessant ist dabei allerdings, dass sowohl auf Seite der Bewohnenden als auch der Mitarbeitenden die Wahlfreiheit ein zentrales Element von Selbstbestimmung ist, diese aber in Altenpflegeeinrichtungen laut den Befragten nicht existiert. So meinte ein Bewohner zum Beispiel: „Selbstbestimmung war für mich draußen, ich sage jetzt draußen, bevor ich da war, sagen wir so, dass ich machen kann was ich will und wann

ich es will.“ (M3: 233-234) Selbstbestimmung wird hier in differenzierter Form betrachtet. Auf der einen Seite Selbstbestimmung vor dem Leben in der Einrichtung und auf der anderen Seite nach dem Eintreten in der Einrichtung, wo Selbstbestimmung nur noch in beschnittener Form zu existieren scheint. Diese Differenzierung findet sich auch bei den Mitarbeitenden, so definiert eine Mitarbeiterin Selbstbestimmung, als die Möglichkeit Entscheidungen selbst zu treffen, im Kontext von Altenpflegeeinrichtungen wechselt sie dann aber ihre Wortwahl und spricht von „Mitsprache“ (M2: 33) anstelle von Selbstbestimmung:

„Selbstbestimmung in dem Sinne ist einfach, dass die Bewohner Mitsprache haben, weil eine hundertprozentige Selbstbestimmung, in dem Sinne von ich kann wirklich selbst alles entscheiden, wie gesagt geht aufgrund der Rahmenbedingungen nicht und auch aufgrund der dementiellen Erkrankungen oft nicht.“ (M2: 33-36)

Eine Bewohnerin geht sogar so weit, dass sie sagt, dass ihre Selbstbestimmung, jetzt wo sie in der Altenpflegeeinrichtung lebt, nicht nur beschnitten ist, sondern gar nicht mehr vorhanden ist: „Das gibt es jetzt nicht mehr, das war früher, wie ich noch zu Hause war. Da habe ich müssen viel selber bestimmen.“ (B4: 183-184) Für die Bewohner*innen bedeutet der Umzug in die Pflegeeinrichtung folglich einen massiven Schnitt in ihren Selbstbestimmungsmöglichkeiten.

Neben der Wahlfreiheit, wurde auch die Möglichkeit, Wünsche zu äußern, als Selbstbestimmung definiert. So antwortet eine Bewohnerin auf die Frage, was Selbstbestimmung bedeutet wie folgt: „Dass ich mir erlauben kann, das zu sagen, was ich mir wünsche.“ (B1: 292) Auch Bleck et al. (2020) sehen die Wunschäußerung und -erfassung als die essenziellen Ausgangsprozesse zur Förderung der selbstbestimmten Teilhabe von Heimbewohner*innen. Dies setzt voraus, dass individuelle Wünsche, welche zuvor verbal oder nonverbal geäußert wurden, von den Mitarbeitenden tatsächlich berücksichtigt werden. Es gilt aber zu beachten, dass nicht alle Bewohner*innen zu gleichen Teilen in der Lage sind, ihre Wünsche zu äußern, da gesundheitliche Einschränkungen, Bescheidenheit oder das Wahrnehmen eines Abhängigkeitsverhältnisses hemmend wirken. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass verschiedene Formen der Einbeziehung und Wunschäußerung ermöglicht werden (vgl. Bleck et al. 2020: 249).

Betrachtet man das Begriffsverständnis von Selbstbestimmung bei den Mitarbeitenden, so sticht vor allem hervor, dass Selbstbestimmung mit Kontrolle über den Pflegeprozess gleichgesetzt wird. Die Schwerpunktsetzungen der Pflegekräfte sind dabei mannigfaltig: Spricht eine Mitarbeiterin davon, dass Selbstbestimmung für sie beim Bestimmen des Zeitpunktes des Aufstehens beginnt (vgl. M1: 33-37), nennt eine weitere das eigenständige Auswählen der Kleidung als Beispiel für Selbstbestimmung (vgl. M4: 132-135). Selbstbestimmung wird aber dennoch nicht als Selbstverständlichkeit im Pflegeprozess betrachtet:

„Ich sage immer Freiheit und Selbstbestimmung und der ganze Luxus, das sind für mich Luxusprobleme, man braucht mehr Personal, damit die Leute mit der Grundversorgung versorgt sind. Das ist einmal das Erste. Dann kann man über Freiheit und Selbstbestimmung reden, meiner Meinung nach.“ (M1: 358-361)

Es ist demnach festzuhalten, dass die Pflegekräfte auf begrifflicher Ebene eine gute Vorstellung haben, was unter Selbstbestimmung zu verstehen ist und dieses Wissen auch auf theoretischer Ebene auf den Pflegealltag transferieren können. Dies zeigt sich nicht zuletzt darin, dass die Mitarbeiter*innen verstehen, dass Selbstbestimmung nicht mit Selbstständigkeit gleichzusetzen ist: „Selbstständigkeit, [...] setzt voraus, dass ich kognitiv und körperlich in der Lage bin.“ (M2: 50; Ausl.: S.S.) Die interviewte Mitarbeiterin ist sich also bewusst, dass Selbstbestimmung nicht automatisch bedeutet, etwas selbst tun zu müssen und kann zwischen den beiden Konzepten unterscheiden. Ihr Verständnis von Selbstbestimmung ist also ein ausgereiftes, dennoch wird Selbstbestimmung in den Interviews immer wieder als etwas Utopisches betrachtet.

Es lässt sich folglich festhalten, dass sowohl die Bewohnenden als auch die Mitarbeitenden ein Verständnis von Selbstbestimmung haben. Dieses Verständnis ist auch zu einem großen Teil sehr ähnlich gestaltet und wird vor allem mit Wahlfreiheit über das eigene Leben sowie das freie Äußern von Wünschen in Verbindung gebracht. Insbesondere die Pflegekräfte betrachten Selbstbestimmung aber auch aus einer eher pragmatischen Perspektive und nennen gefragt nach ihrem Verständnis nach Selbstbestimmung konkrete Beispiele aus dem Pflegealltag. Um besser zu verstehen, was Selbstbestimmung im Heimalltag bedeuten kann, soll in den nachfolgenden Kapiteln der Selbstbestimmung in den Bereichen 'Pflege', 'Essen', 'Tagesgestaltung', 'Wohnen' und 'Beziehungen' auf den Grund gegangen werden.

4.2.2. Selbstbestimmung im Bereich Pflege

In den letzten Jahren hat innerhalb der Pflegewissenschaft ein Paradigmenwechsel stattgefunden und das zuvor vorherrschende defizitorientierte Altersbild hat sich in der professionellen Pflege zu einem Blick auf Augenhöhe mit alten Menschen als gleichberechtigten Subjekten entwickelt. Dadurch haben sich auch die Ansprüche der pflegebedürftigen Personen an die Pflege gewandelt. Stand zuvor noch die Grundversorgung im Vordergrund, erwarten sich die Gepflegten jetzt eine Unterstützung bei der Alltagsbewältigung (vgl. Huber et al. 2005: 71). Doch diese Erwartungen werden nicht immer erfüllt, wie eine Bewohnerin berichtet:

„Am Anfang habe ich immer müssen läuten, dass mir einer vom Bett raushilft, das war das Schlimmste und es ist nie einer gekommen. Haben sie das zu tun und da müssen sie noch dort hin was tun [...] und wenn ich das gehört habe, also bin ich richtig wild geworden.“ (B1: 117-121; Ausl.: S.S.).

In diesem Beispiel lässt sich gut erkennen, dass die Bewohnerin sich Unterstützung erwartet und wenn sie diese nicht zeitnah bekommt, mit Unverständnis und Wut reagiert. Dies zeugt von ihrer Selbstsicherheit in der Rolle als Bewohner*in.

Doch trotz dieses allgemeinen Trends zu mehr Selbstsicherheit der Bewohner*innen zeigt sich, dass die Standards in der Pflege stark zwischen den einzelnen Einrichtungen divergieren. Dies bildet sich am eindringlichsten bei den Pflegezeiten ab. Während es in der einen Einrichtung vollkommen selbstverständlich ist, dass die Bewohner*innen selbst entscheiden, wann und wie oft sie geduscht bzw. gebadet werden wollen, ist dies in einer anderen Einrichtung nicht vorstellbar. So berichtet eine Mitarbeiterin aus Heim 2 folgendes: „Also einmal wöchentlich hat der Mensch duschen auch dabei.“ (M4: 106-107), während in Haus 3 anscheinend andere Standards gelten: „Es gibt bei uns Bewohner, die wollen zwei Mal am Tag duschen. [...] Oder täglich duschen und dann wird das auch so, dann werden die Bewohner zwei Mal, also am Abend und in der Früh geduscht.“ (M3: 93-96; Ausl.: S.S.) Die Bewohner*innen scheinen ihren Spielraum diesbezüglich schon genauestens ausgetestet zu haben, denn je nach Einrichtung geben sie deckungsgleiche Antworten zur Flexibilität der Pflegezeiten mit den dort tätigen Pflegekräften. Betrachtet man zum Beispiel Heim 2, geben sowohl die Pflegekräfte als auch die Bewohner*innen übereinstimmende Antworten zur Körperhygiene:

„Nein, das kann ich nicht selber bestimmen. Die Duschzeiten sind vorgegeben.“ (B3: 126)

B4: „Und einmal in der Woche duschen und Haare waschen.“ [...]

I: „Und wenn Sie sagen würden, Sie würden aber heute schon gern Haare waschen? Wäre das möglich oder geht es nur einmal pro Woche?“

B4: „Das geht sich nicht aus.“ (B4: 83-88; Ausl.: S.S.)

„Und sonst beschränkt es sich eigentlich auf diesen einen Tag, ja.“ (M4: 368-369)

Interessant ist dabei, dass dieser Umstand nicht weiter hinterfragt wird und als normal hingenommen wird. Dies deutet darauf hin, dass sich die beteiligten Personen und insbesondere die Bewohner*innen nicht bewusst sind, dass in anderen Einrichtungen andere Standards herrschen. Auch auf Nachfragen der Interviewerin hin, äußerten die Bewohner*innen diesbezüglich keine Bedenken und argumentierten, dass es anders nicht möglich sei. Die Vorgehensweise in den anderen zwei untersuchten Einrichtungen zeigt aber, dass sehr wohl auch ein anderer Weg eingeschlagen werden könnte.

Eine weitere Frage, die im Kontext von Selbstbestimmung und Körperhygiene in den Interviews immer wieder aufgetaucht ist, war jene, ob Bewohner*innen gegen ihren Willen zur Körperhygiene gezwungen werden dürfen. Unabhängig von der Einrichtung waren sich die Interviewpartner*innen einig, dass die Körperpflege nicht aufgezwungen werden soll und in ihrer Einrichtung auch nicht gegen den Willen der Bewohner*innen durchgeführt wird. Die Strategien, wie in solchen Fällen gehandelt wird, waren allerdings teilweise unterschiedlich. Eine Pflegekraft nimmt in solchen Fällen einen

möglichst ehrlichen Weg, spricht die mangelnde Hygiene an und appelliert an die Vernunft der Bewohner*innen: „Ja, das solltest du auch möglichst würdevoll machen, also da sagst du dann: 'Ma Sie, jetzt wäre aber schon einmal Zeit, weil wissen Sie eh, es riecht ja schon und Sie sind ja eine Frau und Sie wollen ja gepflegt sein und so.'“ (M4: 393-395) Eine andere Mitarbeiterin setzt auf Einfühlsamkeit sowie die Vorlieben der Bewohner*innen: „Weil natürlich Biografiearbeit ist ganz wichtig, weil nachher weiß ich, aha er hat gern Orange und Zimt, na gut, dann werde ich ein Duschgel besorgen, das nach Zimt und Orangen riecht.“ (M1: 221-223) Eine weitere Pflegekraft versucht es einfach mehrfach, zeigt dies keinen Erfolg, würde sie eine*n Kolleg*in, der/die einen besseren Zugang zum/zur Bewohner*in hat, bitten, zu übernehmen: „Wenn er jetzt nicht gewaschen werden will, dann kommen wir halt später, dann probiere ich es halt noch einmal später [...] und vielleicht probiert es eine andere Pflegeperson, vielleicht bin ich ihm nicht sympathisch.“ (M3: 399-402; Ausl.: S.S.)

Schließlich war im Zusammenhang mit der Körperpflege noch auffallend, dass die Selbstständigkeit der Bewohner*innen aktiv von den Pflegekräften gefördert wird. Bleck et al. (2020) sprechen in diesem Zusammenhang von der „aktivierenden Pflege“ (Bleck et al. 2020: 123). Bewohner*innen werden dabei darin motiviert, die Tätigkeitsschritte, die sie noch selbst ausführen können, auch selbstständig zu verwirklichen (vgl. Bleck et al. 2020: 123). Auch bei den Interviews wurde immer wieder betont, dass Bewohner*innen, die körperlich dazu in der Lage sind, sich selbstständig zu pflegen, darin auch von den Pflegekräften bestärkt werden. Damit wird den Bewohner*innen nicht zuletzt ermöglicht, einen transparenten Einblick in ihre noch vorhandenen Kompetenzen und auch etwaige Problemfelder zu gewinnen: „Ich dusche selber, ich kann mich selber anziehen, aber Bett beziehen müssen sie mir helfen“ (B2: 158-159) Die Bewohnerin ist sich völlig im Klaren darüber, welche Aufgaben sie noch allein erledigen kann und welche nicht. Dies kann durchaus empowernde Wirkungen haben, da für die Bewohner*innen so sichtbar wird, wie viel sie noch selbstständig schaffen können. Für die Pflegekräfte hat die selbstständige Körperpflege den zusätzlich positiven Effekt, dass dadurch zeitliche Ressourcen, die an anderen Stellen dringend benötigt werden, gespart werden können: „Also im Gegenteil, wir waren froh, wenn jemand sagt: 'Weißt was? Ich werde mich allein waschen.' Und das war eh super. Dann hat man können für die anderen Zeit nehmen, die zu diesem Zeitpunkt mehr Zeit von uns verlangen“ (M1: 81-84) Wie wichtig solche zusätzlichen Ressourcen sind, zeigt ein Interviewausschnitt mit einer anderen Pflegekraft, in welchem sie von ihren umfassenden pflegerischen Tätigkeiten berichtet:

„Und in diesen 15 bis 20 Minuten sollst du aber alles verpacken. Du sollst eine anständige Pflege gewährleisten und zwar so, wie du dir jetzt vorstellst, wie du dich daheim wäschst, anziehst, Zähne putzen, das gesamte Paket. Du sollst daneben aber auch nach Möglichkeit mit den Menschen Konversation führen und die soll schon nicht sein und so wie er es braucht und wünscht. Dann musst du daneben Bett machen und Zimmer zusammenräumen, also, ja, und daneben noch musst du aber Hautbeobachtung auch noch durchführen. Ist alles noch in Ordnung? Ist alles intakt? Wie, was oder brauchen wir da jetzt etwas? Müssen wir etwas ein-

cremen oder müssen wir ihn aufschreiben für Visite? Braucht er irgendeine ärztliche Versorgung? Dann musst du noch schauen, dass er die Medikamente nimmt und das alles innerhalb sagen wir einmal grob 20 Minuten, ga?“ (M4: 94-104)

Auch Schlögl-Flierl und Schneider (2021) bezeichnen Zeit als eine zentrale Dimension und Bedingung von Selbstbestimmung. Aus ihrer symbolischen Codierung, praktischen Verfügbarkeit und Inanspruchnahme können einige potenzielle Konflikte entstehen. Gemeint sind hierbei verschiedene, im Heimalltag sich manifestierende Zeitstrukturen. Die geschenkte Zeit erweist sich dabei als konstitutiv für das Bilden von sozialen Beziehungen zwischen Bewohnenden und Mitarbeitenden, gerät aber in Konflikt mit der von der Einrichtung strukturierten Verzeitlichung der Pflegeprozesse. Zeit als knappe Ressource verhindert die interaktive Konstruktion würdevoller Beziehungen, die soziale Anerkennung bei den Bewohner*innen stiften. Befördert wird der Konflikt von ‚Zeit als Gabe‘ und ‚Zeit als knappe Ressource‘ durch die ungleiche Verfügungsmacht über die eigene Zeit des Personals und der Bewohner*innen. Die Bewohner*innen auf der einen Seite verfügen über ein Mehr an Zeit, die genutzt werden will und die Mitarbeiter*innen auf der anderen Seite sind der institutionellen Zeitstruktur unterworfen, wodurch Zeit für sie zu einem knappen Gut wird. Die Beschränktheit der zu gebenden Zeit kann für die Pflegekräfte auch Unsicherheiten in Bezug auf Verteilungsgerechtigkeit hervorrufen und die Frage aufwerfen, wer wie viel Zeit braucht und verdient hat. Es kann also festgehalten werden, dass Zeit eine Vielzahl an Interaktionen und Praxisarrangements im Heim im Hintergrund strukturiert (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 117f.).

Zeit scheint in gewissen Bereichen sogar über den Bedürfnissen der Bewohner*innen zu stehen. Zwar wird in allen untersuchten Einrichtungen versucht sich an den Schlafgewohnheiten der Bewohner*innen zu orientieren, aber zu einem gewissen Zeitpunkt müssen alle Bewohner*innen munter sein und das Frühstück serviert bekommen: „Aber du hast halt wieder, du bist zeitgebunden, du hast nur diese Zeit zur Verfügung und bis 8:30 Uhr ungefähr, sollte das Frühstück schon wieder abgeschlossen sein.“ (M4: 169-171) Hier wird deutlich erkennbar, wie eng der Zeitplan in der Einrichtung ist und wie wenig Spielraum die Mitarbeitenden selbst haben, aus diesen zeitlichen Strukturen auszubrechen. Zwar gibt es auch hier wieder Unterschiede zwischen den einzelnen Einrichtungen und in manchen ist der Spielraum größer als in anderen, jedoch ist die grundsätzliche Tendenz zu erkennen, dass der Alltag klar strukturiert ist und Abweichungen nicht unbedingt gerne gesehen sind. „Gewisse Rahmenbedingungen und Strukturen müssen natürlich gegeben sein“ (M2: 24-25), so drückt es die befragte Pflegedienstleitung aus. Diese Strukturen scheinen weiters wenig flexibel zu sein und werden teilweise ad absurdum geführt. So müssen in einem Heim die Bewohner*innen bereits am Nachmittag bettfertig gemacht werden und das unabhängig von der Jahreszeit und der damit verbundenen schwankenden Anzahl an hellen Stunden am Tag: „Es ist im Sommer, draußen scheint die Sonne. Wie bringst du diesen Leuten das bei? [...] Also wir fangen halt um 15 Uhr an. Dann musst du anfangen, den Leuten schon die Pyjamas anzuziehen.“ (M4: 182-184; Ausl.: S.S.) Doch dieser Um-

stand wird von den Bewohner*innen stark hinterfragt und auch die interviewte Pflegeassistentin äußerte sich kritisch: „Und das hat mit Selbstbestimmung auch wenig zu tun, weil wenn sie dann sagen zu dir: 'Ma, warum muss ich jetzt schon das Pyjama anziehen, weil draußen ist es ja noch hell?'“ (M4: 186-187) Dennoch scheint die Einrichtung an dieser Routine festzuhalten und die institutionellen Abläufe nicht an die äußeren Umstände anzupassen. Die Bedürfnisse der Bewohner*innen scheinen also – zumindest teilweise – nachrangig den Bedürfnissen der Einrichtung und einem reibungslosen Ablauf organisationaler Prozesse zu sein. Auch Bleck et al. (2020) sehen organisatorische Abläufe und Rahmenbedingungen als zentrale Elemente zur Verwirklichung von selbstbestimmter Teilhabe in Altenpflegeeinrichtungen. Um die Wünsche der Bewohner*innen umsetzen zu können, muss ein flexibles Agieren der Pflegekräfte innerhalb der gegebenen Organisationsstrukturen und Arbeitsprozesse möglich sein. Routinen, Abläufe und Vorgaben entscheiden darüber, wie viel Handlungsspielräume den Pflegekräften zur Verfügung stehen und damit wie viel situativ erforderliche Unterstützung den Bewohner*innen ermöglicht wird (vgl. Bleck et al. 2020: 258-261).

Bleck et al. (2020) sehen auf Organisationsebene neben dem Schaffen von Handlungsspielräumen auch die Verankerung von Selbstbestimmung im Pflegekonzept als wesentlich für die Selbstbestimmungsförderung an. Mit einer Verankerung von Selbstbestimmung im Konzept der Einrichtung wird für die Mitarbeitenden eine Orientierungsgrundlage geschaffen, die nach Möglichkeiten auch präsent und nachvollziehbar gestaltet sein soll (vgl. Bleck et al. 2020: 258f.). Bei den Interviews wurde nur einmal auf ein konkretes Pflegekonzept eingegangen: „Wir arbeiten nach dem Pflegekonzept von Maria Riedl, das heißt, dass Selbstbestimmung für uns ein ganz ein wichtiges Thema ist. Wir versuchen so gut es geht bewohner- und bedürfnisorientiert zu arbeiten.“ (M2: 22-24) Die Tatsache, dass in allen vier Interviews mit Pflegekräften nur einmal auf die dahinterstehenden theoretischen Konzepte eingegangen wurde und das von der Pflegedienstleitung, spricht dafür, dass auf Leitungsebene zwar ein konkretes Pflegekonzept mit Zielen und Leitlinien ausgearbeitet wird, dieses den Mitarbeitenden aber nicht transparent genug kommuniziert wird. Ähnlich zeigte sich zum Beispiel bei Aronson und Mahler (2016), dass Pflegekräfte des mittleren und unteren Ranges nur beschränkte Einblicke in Menschenrechtsstandards haben (vgl. Aronson/Mahler 2016: 18).

Resümierend kann festgehalten werden, dass sich das Bild von Bewohner*innen in den letzten Jahren zumindest innerhalb der Pflegewissenschaft gewandelt hat und versucht wird einen Zugang auf Augenhöhe zu finden, den sich die Bewohnenden auch zunehmend erwarten. Dennoch herrschen je nach Einrichtung divergierende Standards, die den Bewohner*innen unterschiedlich viel Handlungsspielraum eröffnen. Grundsätzlich wird aber in allen untersuchten Einrichtungen versucht, Zwang zu vermeiden und Selbstständigkeit zu fördern. Die Förderung der Selbstständigkeit hängt nicht zuletzt mit dem Sparen von Zeitressourcen zusammen, die für die Pflegekräfte ein rares Gut bilden. Die zeit-

lichen Abläufe in den Einrichtungen sind meist sehr starr und erlauben nur wenig flexibles Handeln und das, obwohl Flexibilität in der Pflege besonders wichtig ist, wie eine Pflegekraft betont:

„Das ist immer, das ist, das Problem ist, die Pflege ist kein Job, wo du einfach am Computer sitzt und du hast eine gewisse Zeit zum Fertigwerden oder so. Da handelt es sich um den Menschen, ja. [...] Wir arbeiten nicht mit Maschinen. Da sind wir eher abhängig von den Launen, von dem ganzen körperlichen und psychischen Zustand, von derjenige den wir pflegen werden [...] Da muss man halt auch sehr flexibel sein in dem Beruf.“ (M1: 178-188; Ausl.: S.S.)

4.2.3. Selbstbestimmung im Bereich Essen

Nahrung bildet eines der wichtigsten, gleichzeitig aber auch eines der umstrittensten Themen in Altenpflegeeinrichtungen, wobei zwei Aspekte von wesentlicher Bedeutung sind: Erstens die Qualität und Verfügbarkeit der Nahrung, die sich direkt auf die physische Gesundheit sowie Mobilität auswirken und zweitens die Organisation und Strukturiertheit der Mahlzeiten, die Auswirkungen auf das Sozialleben und die Unabhängigkeit der Bewohner*innen haben (vgl. Aronson/Mahler 2016: 34). Auch in den Interviews wird die zentrale Rolle des Essens bei den Bewohner*innen thematisiert: „Das ist das zentrale Thema. Das ist das, worauf sie sich auch freuen. [...] Und wenn da dann nicht die Bedürfnisse erfüllt werden, dann entsteht natürlich ein Missmut, ja.“ (M2: 220-223; Ausl.: S.S.)

Aufgrund der Tatsache, dass die Einnahme von Mahlzeiten zu so einem zentralen Moment wird, können schnell Konflikte in diesem Zusammenhang entstehen:

„Wie ich reingekommen bin, hat es Brötchen gegeben und die ist immer hingegangen und hat ihre Brötchen runtergesucht, was sie essen will und dann habe ich zu einer Schwester mal gesagt: 'Schau die klaubt alles raus, was sie will und den Rest nicht.' Die hat keinen Käse gegessen und der Rest bleibt dort und das ist dann für uns. Nachher ist die rübergegangen, hat sie gesagt: 'Frau Maier¹ tun Sie das sofort wieder da her.' Sagt sie: 'Nein das gehört mir.' Sagt sie: 'Das gehört nicht Ihnen, das ist für alle da.' Sagt sie: 'Ich nehme nur die, die was ich gern habe.' Sagt sie: 'Nein Sie nehmen das, was ich Ihnen jetzt da rauf tun werde.' Dann ist es ein bisschen besser geworden ja.“ (M1: 68-75)

Diese kurze Anekdote liefert tiefe Einblicke in den Umgang mit Essen im Heimalltag: Der Verzehr der Mahlzeiten stellt für viele Bewohner*innen einen Höhepunkt im Tagesablauf dar und wird mit Ungeduld herbeigesehnt. Dementsprechend hoch sind die Erwartungen in Bezug auf das Essen. Werden diese Erwartungen nicht oder nur teilweise erfüllt, sind Konflikte zwischen den Bewohner*innen nicht unüblich. Interessant ist in diesem Zusammenhang, wie die Organisation mit solchen Konflikten umgeht. Im besten Fall kann ein Kompromiss gefunden werden, bei dem niemand in seiner/ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt wird. In dem beschriebenen Fall konnte aber eine solche Lösung nicht gefunden werden und die Bedürfnisse einer Bewohnerin wurden über jene einer anderen Bewohnerin gestellt. Jedoch gilt es zu beachten, dass die Erzählung von einer der beteiligten Personen

¹ Der Name wurde zur Wahrung der Anonymität geändert.

stammt, dadurch wahrscheinlich subjektiv gefärbt ist und eine genaue Rekonstruktion der Ereignisse nicht möglich ist. Jedenfalls ist die Einrichtung in weiterer Folge mit dem Konflikt so umgegangen, dass auf Mahlzeiten in Buffetform mittlerweile gänzlich verzichtet wird und stattdessen für jede Person eine eigene Essensportion vorgesehen ist, bei der man zwischen zwei Menüs wählen kann. In der Literatur wird mit Blick auf die Selbstbestimmung der Bewohner*innen jedoch die Buffetform favorisiert. Denn durch die Auswahl beim Buffet ist ein spontanes Zusammenstellen von Mahlzeiten möglich und das Essen kann entsprechend den augenblicklichen Wünschen ausgesucht werden. Eine weitere Möglichkeit wäre das Anbieten eines rollenden Buffets. Bei dieser Variante fahren die Mitarbeitenden mit einem Servierwagen zu jeder Tischgruppe und die Bewohnenden können sich, auf ihrem Platz sitzend, ihr Essen aussuchen (vgl. Bleck et al. 2020: 122). Diese Form wird auch in einer der untersuchten Einrichtungen, zumindest beim Frühstück, praktiziert: „Also sie haben ein Frühstück, da haben sie alles dabei, Käse, Schinken, Marmelade, Butter. [...] Und da können sie auch, also da gehst du auch hin und fragst: 'Ma möchten Sie heute, möchten Sie eine Semmel, möchten Sie einen Kornspitz?'“ (M4: 156-160; Ausl.: S.S.)

Mahlzeiten werden in den meisten Altenpflegeeinrichtungen vier Mal am Tag zu bestimmten Zeitpunkten bzw. in gewissen Zeitfenstern serviert, wodurch sie zu wesentliche alltagsstrukturierenden Schlüsselprozessen für die Bewohnenden werden (vgl. Bleck et al. 2020: 121). Diese klare Zeitstruktur spiegelt sich im Interview mit einer Pflegekraft sehr deutlich wider: „Also es ist um 7:30 Uhr das Frühstück, um 11:30 Uhr das Mittagessen, um 13:30 Uhr Kaffee und Kuchen, so eben und um 16:30 Uhr bereits das Abendessen“ (M4: 285-286) Auch hier zeigte sich allerdings, ähnlich wie bei den Pflegezeiten, dass je nach Einrichtung mehr oder weniger Flexibilität bezüglich der Zeiten herrscht. Scheinen in der einen Einrichtung die Essenszeiten klar vorgegeben zu sein und Abweichungen äußerst unerwünscht zu sein: „Nein, nein, nein, nein, nein. Vielleicht, dass sie es einmal ausnahmsweise sagen: 'Okay tun wir es auf die Seite' oder was, aber zur Gewohnheit wird es sicher nicht“ (B3: 88-89), scheint dies in anderen Einrichtungen problemlos vorstellbar zu sein: „Wenn ich ihnen das sage, das kann auch später werden, dann stellen sie das weg und wärmen mir das, wenn ich wieder komme.“ (B2: 149-150) Im Gegensatz zu den Pflegezeiten hängt die Flexibilität bei den Essenszeiten aber auch von der räumlichen Ausstattung im jeweiligen Heim ab. Während in zwei der untersuchten Organisationen jedes Stockwerk über mindestens eine Küche verfügt, gab es in der dritten Einrichtung nur eine einzige Zentralküche im Haus. Der offene Zugang zu einer Küche erleichtert natürlich die Flexibilität: „Aber wenn sie lieber erst um zwei Mittagessen, dann geben wir es zur Seite und wir haben ja in jedem Wohnbereich eine kleine Küche und so, also das ist überhaupt nie ein Problem.“ (M2: 58-60)

Ernährung bedeutet im Heimkontext nicht nur die bloße Befriedigung des Hungergefühls, sondern ist auch wichtig für die Zufriedenheit der Bewohner*innen. Diese hängt vom Grad der Selbstbestim-

mung bei der Auswahl und Zubereitung der Speisen, der Offenheit beim Ort und Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme und die Auswahl der Gesellschaft beim Essen ab (vgl. Huber et al. 2005: 52). Die Qualität des Essens wurde vor allem von den Mitarbeitenden gelobt, die Bewohner*innen äußerten sich – bis auf eine Ausnahme – nicht dazu. Doch auch diese Bewohnerin äußerte sich positiv: „Und das Essen, ja ist gut.“ (M1: 154)

Teilweise wird das Essen auch als richtiges Ereignis betrachtet, dessen Eintritt mit Ungeduld erwartet wird. Damit zusammen hängen dann auch immer wieder Beschwerden zu wenig oder zu spät Essen bekommen zu haben (vgl. Koch-Straube 1997: 97). Eine interviewte Pflegekraft erzählte, dass sich ein Bewohner immer wieder über die kleinen Essensportionen beschwert hatte, als sie ihm daraufhin einmal eine doppelte Portion gab, reagierte dieser so: „Er hat mich alles geheißt, aber nur keinen Menschen. Was mir einfällt, so eine riesige Portion für ihn zu richten. Dabei habe ich eigentlich gut gemeint.“ (M1: 298-299) Mit diesem Beispiel kann gut veranschaulicht werden, dass Selbstbestimmung nicht immer bedeutet, jemanden etwas Gutes zu tun. In diesem Fall wollte die Pflegekraft dem Bewohner eine Freude machen, fragte ihn jedoch nicht explizit nach seinen Wünschen und handelte so, ohne es zu wissen, seinen Wünschen zuwider. Die Bedürfnisse der Bewohner*innen werden von vielen Faktoren beeinflusst und können sich daher auch kurzfristig ändern. Deswegen sollte auch in solchen Fällen der Weg über die Bewohner*innen selbst nicht gemieden werden, da im Endeffekt sie ihre eigenen aktuellen Bedürfnisse am besten kennen.

Aus den Interviews geht hervor, dass es auch Bewohner*innen gibt, die aufgrund eines mangelnden Lebenswillens gar nichts mehr essen wollen:

„Es gibt viele Menschen, wenn sie 80, 90 sind und sie wollen einfach nicht mehr leben, was natürlich das Recht von ihnen ist und da spielen natürlich auch die Angehörigen eine große Rolle, weil: 'Der Papa muss essen, die Mama muss essen!', natürlich wollen sie nicht mehr. Gewisse Leute wollen einfach nicht mehr essen oder trinken, die wollen einfach nicht mehr leben. Und wenn ich zu jemanden geh und sage: 'Du musst jetzt essen!' Da redet man auch nicht mehr von Selbstbestimmung. Da muss man natürlich als Pflegeassistentin selber wissen, was tut dem Menschen gut.“ (M1: 43-46)

In dieser Interviewsequenz wird die Komplexität des Pflegeberufes anschaulich verdeutlicht. Tagtäglich werden die Pflegekräfte mit den Wünschen der Bewohnenden sowie den Erwartungen der Angehörigen konfrontiert. Nicht nur, dass diese nicht immer übereinstimmen, sie stehen teilweise auch im Widerspruch zum Wohl der Bewohnenden. Für die Pflegekräfte bedeutet dies eine ständige Gratwanderung zwischen den Ansprüchen der Angehörigen, den Bedürfnissen der Bewohnenden und dem Wohlbefinden ihrer 'Patient*innen'.

Dennoch kommt es immer wieder zu Situationen, in denen auch die Pflegekräfte an ihre Grenzen stoßen und nicht mehr wissen, wie sie mit dem problematischen Essverhalten von manchen Bewohner*innen umgehen sollen. In solchen Fällen gibt es aber ein standardisiertes Prozedere mit klar de-

finierten Verantwortlichkeiten: „Nur wir können nicht jemanden verhungern und verdursten lassen, das können wir nicht machen [...] und dann entscheiden die, die Angehörigen mit dem Arzt und was da, weil das entscheiden wir gar nicht, also da haben wir auch gar keine Berechtigung dazu.“ (M3: 392-395; Ausl.: S.S.) Diese festgelegte Vorgehensweise scheint für die Pflegekraft eine Entlastung zu bedeuten, da sie im Fall von gesundheitsgefährlichem Essverhalten nicht allein die Verantwortung tragen muss. Insofern wäre es vielleicht eine Überlegung wert auch in anderen Bereichen klare Regelungen, Abläufe und Verantwortungsträger*innen zu bestimmen, um Unsicherheiten bei den Pflegekräften zu vermeiden.

Ein letzter Punkt, der im Zusammenhang von Nahrung und Selbstbestimmung noch relevant ist, ist das Verabreichen von Medikamenten. Diesbezüglich ist in den Interviews übereinstimmend von einem Wandel im Heimkontext gesprochen worden, durch den das Verabreichen von Medikamenten gegen den Willen der Bewohner*innen in den letzten Jahren konsequent unterbunden wurde: „Wir dürfen die Medikamente nicht ins Essen mischen [...] Das ist strengstens verboten, also das hat auch mit Selbstbestimmung zu tun. Der Mensch muss das selbst entscheiden dürfen, ob er sie nimmt oder nicht.“ (M4: 764-767; Ausl.: S.S.) Positiv zu bewerten ist, dass die Pflegekräfte gut über die rechtlichen Standards informiert sind und auch verstehen, welches Verhalten eine Menschenrechtsverletzung darstellen würde.

Abschließend lässt sich somit festhalten, dass sich Selbstbestimmung im Bereich Essen vor allem auf die eigenständige Wahl des Essens, des Ortes der Nahrungseinnahme und der Gesellschaft beim Essen bezieht. Die Einrichtungen können auf unterschiedliche Weisen zu einer Förderung der Selbstbestimmung beitragen, so gehen zum Beispiel verschiedene Formen der Essensgestaltung (Buffet, Menü oder Servierwagen) mit Vor- und Nachteilen für die Selbstbestimmung der Bewohnenden einher. Wichtig ist aber nicht zuletzt die Bewohner*innen stets in den Entscheidungsprozess miteinzubeziehen und keine Entscheidungen für sie zu treffen, die sie noch allein fällen könnten, auch wenn eine wohl gemeinte Intention dahintersteht.

4.2.4. Selbstbestimmung im Bereich Tagesgestaltung

In den vorangegangenen Kapiteln ist die Tagesgestaltung in Form der Pflege- und Essenszeiten schon kurz aufgegriffen worden, wobei sich zeigte, dass je nach Einrichtung erhebliche Unterschiede in der zeitlichen Flexibilität herrschen. Pfabigan (2010) geht davon aus, dass die Ausgestaltung der diversen Lebensbereiche in der stationären Langzeitpflege in erster Linie von der Funktionslogik und den Erfordernissen der Institution bestimmt werden. Die Möglichkeiten der Selbstbestimmung sind davon abhängig, wie die Tagesstruktur beschaffen ist und welche Wahl- und Handlungsoptionen den Bewohnenden innerhalb des gegebenen Rahmens zur Verfügung stehen (vgl. Pfabigan 2010: 200).

Aus den geführten Interviews geht hervor, dass die Tagesstruktur durch die Mahlzeiten, den Pflegehandlungen sowie den Dienstzeiten der Pflegekräfte bestimmt wird: „Der Tagesablauf ist an und für sich vorgegeben durch die fixen Zeiten, was weiß ich, Körperpflege, Frühstück, Mittagessen. In der Zwischenzeit schaue ich halt ein bisschen fern. Ich tue viel lesen, Rätselraten.“ (B3: 60-62) Obwohl die festgelegte Tagesstruktur in allen Interviews mit den Bewohnenden thematisiert wurde, scheint sich keiner der Bewohner*innen wirklich daran zu stören, denn niemand äußerte sich diesbezüglich kritisch. Vielmehr wurden die festgelegten Abläufe als normal betrachtet und auf kritisches Nachfragen der Interviewerin hin auch als notwendig für den Einrichtungserhalt und die Orientierung der Bewohner*innen argumentiert. Eine leichte Abweichung von dieser Argumentation zeigte sich nur bei einem Interview an einer Stelle, wo eigentlich gar nicht danach gefragt wurde. Dabei ging es an und für sich um die COVID-19-Pandemie und die Frage, wie sich diese auf die Selbstbestimmung der Bewohner*innen ausgewirkt hat, woraufhin der Bewohner antwortete: „Was willst du da herinnen überhaupt generell viel selbst entscheiden? Du hast den geregelten Tagesablauf, den vorgegebenen und den wirst du sicher nicht ändern, weder wollen noch können. Also was soll sich da großartig ändern?“ (B3: 370-372) Wurde die fixierte Tagesstruktur zuvor von dem Bewohner noch legitimiert, erinnert diese Interviewsequenz fast schon an Resignation. Zunächst verweist der Bewohner mit einer vollkommenen Bestimmtheit daraufhin hin, dass sich der Tagesablauf „sicher nicht ändern“ (B3: 371) wird. Dabei kommt zuallererst die Frage auf, wie kann dieser das mit solch einer Sicherheit sagen? Nicht nur, dass der Bewohner explizit das Wort „sicher“ (B3: 371) verwendet, er spricht auch nicht im Konjunktiv, sondern bleibt im Indikativ. Diese absolute Gewissheit in seiner Aussage, wirft die Frage auf, ob er es eventuell schon einmal probiert hat und gescheitert ist? Dafür würde sprechen, dass er im nächsten Satzteil hinzufügt, eine solche Veränderung der festen Struktur würde man „weder wollen noch können“ (B3: 371). Obwohl er also darauf hinweist, dass eine solche Veränderung gar nicht wünschenswert wäre, ergänzt er noch, dass sie auch nicht möglich ist. Offen bleibt sowohl warum dies nicht möglich ist als auch warum eine lockerere Tagesstruktur für den Bewohner nicht erstrebenswert scheint. Eine andere Bewohnerin erklärte jedoch, dass sie gewisse Fixpunkte in ihrem Tag braucht, um sich wohlfühlen: „aber ich brauche einen Tag, der so ein paar Punkte hat“ (B2: 134) In diesem Fall stellt die von außen vorgegebene Tagesstruktur keine Bedrohung der Selbstbestimmung dar, sondern eine Erfüllung eines Bedürfnisses.

Besonders jene Bewohner*innen, die noch selbstständig agieren können, sehen innerhalb der gegebenen Strukturen noch genügend Möglichkeiten zur Selbstbestimmung: „Wenn ich weggehen will, ziehe ich mich an, Schuhe, anständige, was zum Trinken, was zum Essen, Handy muss immer dabei sein.“ (B2: 229-230) Solche Spaziergänge und Kurzausflüge werden in der Literatur als gutes Mittel zur Wahrung der Mobilität und Unabhängigkeit beschrieben. Insbesondere die Möglichkeit, die Ein-

richtung ohne Pflegepersonal zu verlassen, wirkt bestärkend auf die Bewohner*innen (vgl. Riedl/Mantovan/Them 2013: 6).

Eine andere Bewohnerin betonte ihre Freiheit noch mehr, setzte aber gleichzeitig ihr Einzelzimmer als Bedingung dafür: „Ich kann da herinnen alles machen, was ich will, ich bin ja allein herinnen, ich kann ja da herinnen Kopfstehen und mit dem Arsch Fliegen fangen, kann mir auch keiner was anhaben, verstehst du? Da kann ich tun und lassen was ich will.“ (B1: 255-257) Für sie war der Wechsel ins Einzelzimmer mit einem erheblichen Freiheitszuwachs verbunden. Musste sie sich vorher noch mit ihrer Zimmergenossin arrangieren, stehen jetzt nur noch ihre Bedürfnisse im Mittelpunkt.

Im Gegensatz zu den befragten Bewohner*innen streichen die Pflegekräfte die offenen Gestaltungsmöglichkeiten noch stärker heraus:

„Aber so wie ich, mein Stock, ich habe einige Bewohner gehabt, die waren kognitiv klar, die haben einfach bei uns gewohnt, weil sie ein bisschen Unterstützung brauchen hin und her, die haben den ganzen Tag machen können was sie wollen. Im Zimmer bleiben, spazieren gehen, von der Tochter abgeholt, da ist wirklich total entspannt. Also die haben, wo ich gearbeitet habe, da haben die Leute echt viel selber bestimmen können.“ (M1: 110-114)

„Aber den Rest können sie völlig frei gestalten. Das ist zum Glück schon noch sehr eigenverantwortlich eigentlich, ja. Ob sie jetzt dann Fernsehschauen in den Zimmern oder raus in den Garten sitzen gehen oder einfach mit anderen Bewohnern zusammensitzen, reden, ja.“ (M4: 267-270)

Ins Auge stechend dabei ist nur, dass die Pflegekräfte, noch stärker als die Bewohnenden, die freie Tagesgestaltung mit den körperlichen und geistigen Fähigkeiten der Bewohnenden verknüpfen. Je weniger psychische und physische Einschränkungen eine Person hat, desto mehr Freiheiten scheint sie bezogen auf die Tagesgestaltung zu genießen. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam auch Pfabigan (2010), die erklärt, je mehr die Bewohnenden in ihren alltäglichen Verrichtungen auf die Unterstützung anderer angewiesen sind, umso mehr schränkt sich die Möglichkeit der Einflussnahme auf den Tagesablauf ein (vgl. Pfabigan 2010: 202).

Teil der Tagesstruktur sind in allen Einrichtungen auch gewisse Gruppenangebote, die mehrmals pro Woche stattfinden: „Also wir haben so halt am Tag so eine Stunde Animation für die Bewohner und da machen wir eben mit ihnen sportliche Aktivitäten oder Gedächtnisübungen“ (M4: 10-12) Bleck et al. (2020) sehen solche Angebote besonders positiv, da sie die Möglichkeit bieten den Alltag der Bewohner*innen zu gestalten und zu strukturieren, gleichzeitig aber kein Zwang herrscht teilzunehmen, wodurch die Bewohner*innen selbst bestimmen können, ob sie teilnehmen wollen oder nicht (vgl. Bleck et al. 2020: 113). Die Angebote, welche die Pflegekräfte selbst neben ihrer Haupttätigkeit – der Pflege – leisten können, sind dennoch begrenzt. Deshalb braucht es Personal, das eigens dafür eingestellt ist. Diese können dann auch ein vielfältiges Angebot offerieren:

„Bei uns gibt es montags [...] zum Beispiel Kegeltag, dann gehen sie draußen spazieren, das gibt es, also das macht immer die Kompetenztrainerin mit den Bewohnern. Dann gibt's immer zweimal in der Woche gibt es Eierspeise, dann backen sie Kuchen mit denen.“ (M3: 305-308; Ausl.: S.S.)

Aronson und Mahler (2016) sehen Alltagsassistent*innen als gute Möglichkeit einer niederschweligen Unterstützung in der Langzeitpflege, um die Selbstbestimmung von Bewohnenden zu fördern. Jedoch weisen sie auch darauf hin, dass Alltagsassistent*innen teilweise schnell und unsystematisch ausgebildet werden, worunter die Qualität ihrer Arbeit leidet. Die Stärkung der Selbstbestimmung von Bewohnenden stationäre Altenpflegeeinrichtungen muss daher untrennbar mit einer umfassenden Qualifizierung des gesamten Personals verbunden sein (vgl. Aronson/Mahler 2016: 20f.).

Noch mehr als die regelmäßigen Gruppenangebote scheinen den Bewohnenden aber die Feste und Feierlichkeiten zu besonderen Anlässen zu gefallen:

„Wenn wir unten ein Gartenfest haben, die bringen, die eine bringt zwei oder drei von ihrer Kapelle mit und dann tun wir singen und tanzen, was halt so zum Tanzen geht. Eine erwischt halt den Rollstuhl und fährt mit dir herum und so, es ist lustig. Es ist einfach lustig. Du hast wirklich super Momente, nur musst du mitmachen“ (M1: 266-269)

In vielfacher Weise ist das beschriebene Gartenfest eine Bereicherung für die Bewohnerin. Es stellt nicht nur eine Abwechslung in einem sonst ziemlich eintönigen Alltag dar, sondern bietet auch die Möglichkeit, mit den Mitarbeiter*innen auf eine andere Weise, außerhalb des professionellen Kontextes, in Kontakt zu treten. Obwohl die Pflegekräfte aufgrund ihrer Tätigkeit eine sehr intime und vertrauensvolle Beziehung zu den Bewohner*innen führen müssen, gehört Feiern und Tanzen normalerweise nicht dazu und ermöglicht so einen neuen Zugang zu den Bewohnenden. Zusätzlich macht die Bewohnerin dadurch die positive Erfahrung, trotz ihres Rollstuhles noch tanzen zu können und wird auf diese Weise ermächtigt.

Ein wichtiger Punkt in ihrem Alltag ist für viele Bewohnende der Besuch durch ihre Angehörigen. Da viele von diesen berufstätig sind, ist eine Flexibilität der Besuchszeiten konstitutiv. Dieser Tatsache scheinen sich die Altenpflegeeinrichtungen bewusst zu sein, denn sowohl die Bewohnenden als auch die Mitarbeitenden beschrieben eine diesbezügliche Flexibilität: „Nein, natürlich, wir haben offizielle Besucherzeiten, aber man muss menschlich auch sein.“ (M1: 162-163) Dennoch sind sich die Bewohner*innen auch bewusst, dass es gewisse Grenzen dafür gibt und zeigen Verständnis, dass ein Besuch außerhalb der regulären Zeiten nicht möglich ist, wenn dadurch andere Bewohner*innen gestört werden: „Wenn es um 10 Uhr Vormittag jemand kommt und der andere wird gerade gewaschen, dann kann mein Besuch nicht hineinkommen. Das ist logisch.“ (B3: 98-100)

Zusammenfassend machen die Ausführungen zur Tagesstrukturierung deutlich, dass die pflegebedürftigen Menschen in diesem Zusammenhang sehr breitwillige Kompromisse schließen. Sie sind sich zwar bewusst, dass sie durch den vorgegebenen Tagesablauf in ihrer Selbstbestimmung beschnitten

werden, zeigen aber großes Verständnis dafür und argumentieren, dass es anders für die Organisation nicht möglich wäre. Auch würden einige Bewohner*innen eine feste Struktur zur Orientierung brauchen. Erstrebenswerter wäre es vielleicht eine „organisationale Flexibilität der Tagesstrukturierung bei gleichzeitiger potenzieller Formalisierung der zeitlichen Tagesstrukturierung“ (Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 121) zu schaffen. Jene Bewohner*innen, die einen formalisierten Tagesablauf benötigen, sollen diesen auch bekommen, während die anderen ihren Alltag selbstbestimmt gestalten können.

4.2.5. Selbstbestimmung im Bereich Wohnen

Der Umzug in die Altenpflegeeinrichtung bedeutet eine dramatische Veränderung im Leben der pflegebedürftigen Menschen und läutet einen neuen, zumeist auch den letzten, Lebensabschnitt ein. Dementsprechend groß ist der Schockzustand unmittelbar nach dem Umzug: „Ich bin einmal die ersten zwei, drei Tage überhaupt nicht einmal vor die Tür hinausgegangen.“ (B3: 36-37) Auch Huber et al. (2005) streichen die Tragweite des Umzuges hervor, denn damit ändert sich nicht nur das Wohnumfeld, auch viele private Gegenstände müssen zurückgelassen werden und nicht zuletzt muss man sich auf eine neue Form der Privatheit einstellen (vgl. Huber et al. 2005: 53).

Bisherige Untersuchungen zeigen, dass in den meisten Fällen der Gesundheitszustand ausschlaggebend für einen Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist. Bei 53 % der Fälle kann die Pflege zu Hause nicht mehr sichergestellt werden, weil beispielsweise die Räumlichkeiten nicht barrierefrei sind oder kein passendes Pflegepersonal gefunden werden kann. Weiters kommt der Großteil der Bewohner*innen (74 %) direkt von ihrer privaten Unterkunft ins Heim, lediglich 12 % aus dem Krankenhaus und 14 % aus einem anderen Kontext heraus (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 142).

Auch bei den befragten Bewohner*innen war eine rapide Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Grund für den Umzug in die Pflegeeinrichtung. Unterschiedlich war jedoch, von wem die Initiative für den Wohnortswechsel kam. Teilweise hielten es die Pflegebedürftigen selbst für notwendig, teilweise wurden sie aber wenig bis gar nicht in den Entscheidungsprozess eingebunden und waren von dem Umzug ziemlich überrascht:

„Ja ich habe dann, durch die, ich habe ja Schlaganfälle gehabt. Ich habe auf einmal doppelt gesehen alles oder alles verschoben und dann, das war nach der Scheidung und ich habe eine eigene Wohnung gehabt am Kreuzbergl oben und der Einzige, der mich noch besucht hat, war mein Bruder [...] und der hat gesagt: 'Ma', hat er gesagt: 'Du kannst das allein nicht mehr machen. Du kannst da oben nicht, du kannst allein nichts machen.'“ (B1: 8-12; Ausl.: S.S.)

„Hat es geheißen, entweder 24-Stunden-Pflege oder Heim. 24-Stunden-Pflege kannst du dir nicht leisten. Ich kriege ja nur etwas über 800 Euro Rente. Dann bin ich dann dahergekommen, ich habe aber vor Jahren schon mit meiner Enkelin geredet, weil ich immer wieder ge-

flogen bin, wenn mal was ist, dass ich nicht mehr allein sein kann, dann möchte ich ins Heim.“ (B2: 49-53)

„Das ist eigentlich ohne mein Wissen passiert. Ich bin zu Hause mehr oder weniger kollabiert, bin mit der Rettung ins Krankenhaus gekommen und im Krankenhaus ja und dann bin ich da her.“ (B3: 9-10)

„Dann sage ich, tue einmal erkundigen, wie ist es mit den Heimen, nicht? Das ist dann eigentlich ganz schnell gegangen. Binnen ein, zwei Tagen habe ich mich müssen entscheiden. Und ich meine, wenn so ist, geht nicht anders.“ (B4: 30-32)

In zwei Fällen wurde der Umzug also von Familienmitgliedern angeregt, während in den zwei anderen Fällen die Bewohner*innen selbst die Idee dazu hatten. Dies macht laut Heinemann-Knoch et al. (1998) einen erheblichen Unterschied, denn jene Bewohner*innen, die ihren Umzug langfristig geplant haben und sich mit dem Leben im Heim auseinandergesetzt haben, kommen auch besser mit dem Wechsel ins Heim zurecht und neigen auch eher dazu ihre Wünsche zu artikulieren, was wesentlich für ihre Selbstbestimmung ist (vgl. Heinemann-Knoch et al. 1998: 95). Bei Bewohnerin 2 macht sich dies besonders gut bemerkbar. Sie scheint sich mit ihrem Leben im Heim gut arrangiert zu haben und fühlt sich äußerst wohl: „Wissen Sie, ich sage, das ist mein Zuhause jetzt.“ (B2: 88)

Wichtig für dieses Gefühl, auch in der Einrichtung ein Zuhause gefunden zu haben, ist es persönliche Gegenstände mitnehmen zu können: „Ich habe ja das alles mitnehmen können, das [zeigt auf selbstgemachte Bilder] habe ich ja alles schon früher gemacht, bevor ich da hergekommen bin und deswegen ist das da auch für mich ein Zuhause, weil ich das mit meinen Sachen vollgestopft habe.“ (B2: 332-334; Einf.: S.S.) Der Bedeutsamkeit von solchen persönlichen Erinnerungsstücken und Besitztümern scheinen sich auch die Einrichtungsleitungen bewusst zu sein, denn grundsätzlich haben die Bewohner*innen in allen Einrichtungen eine große Gestaltungsfreiheit: „Möbel, Couch, Fernseher, Haustier, bei uns haben die Bewohner komplett das Recht, das Zimmer selber zu gestalten, ja.“ (M1: 174-175) Doch leben die Bewohner*innen in einem Zweitbettzimmer, muss der Gestaltungsfreiheit auch Grenzen gesetzt werden: „Wenn du jetzt mit jemandem zusammen ein Zimmer teilst, dann musst du halt schauen, dass du halt nur deinen Bereich so gestaltetest.“ (M4: 353-354)

In den Interviews machte sich sowohl bei den befragten Bewohner*innen als auch bei den Mitarbeiter*innen bemerkbar, dass die Wohnsituation des Mehrbettzimmers generell sehr konflikthaft ist: „Weil die Bereitschaft, sich mit einem Fremden das Zimmer teilen zu müssen, einfach fast nicht mehr gegeben ist.“ (M2: 93-94) Bei einer Interviewpartnerin, die sich ihr Zimmer für längere Zeit teilen musste, war die Abneigung gegenüber ihrer Zimmergenossin ganz deutlich spürbar und spiegelte sich auch in ihrer Wortwahl wider: „Das ist ja ein Satansbraten gewesen, weil die ist in der Nacht da am Bett gesessen und hat mit den Fersen reingehaut. Wissen Sie, wie das laut ist? [...] Das war schlimm, das war ein schlimmes Frauenzimmer.“ (B1: 51-54; Ausl.: S.S.) Insbesondere Lärmbelästigung scheint in diesem Zusammenhang ein häufiges Problem darzustellen, welches Aggressionen bei allen betei-

ligten Personen weckt: „Da haben wir eine, die regt sich halt auch auf über den Fernseher, weil sie will schlafen am Abend und die andere schaut aber bis Mitternacht Fernsehen“ (M4: 617-619) Die Pflegekräfte kommen dadurch in die schwierige Situation, dass sie eine Lösung für den Konflikt finden müssen mit der alle beteiligten Personen zufrieden sind. In diesem konkreten Beispiel sind aber alle Versuche gescheitert, denn entweder wurden die Wünsche und Bedürfnisse der einen Person beschnitten oder jene der anderen Person. Als Kompromiss einigte man sich schlussendlich auf Kopfhörer, obwohl dies die Selbstbestimmung der einen Bewohnerin deutlich beschränkte: „Ist aber auch wieder mit der Selbstbestimmung sicher nicht zusammenpassend, weil sie will ja eigentlich so schauen, ohne diese blöden Kopfhörer.“ (M4: 626-627) Bemerkenswert in diesem Beispiel ist, wie sensibel und reflektiert die Pflegekraft in diesem Fall bezüglich der Selbstbestimmung der beteiligten Personen ist. Aus ihren Erzählungen wird ersichtlich, dass sie die Grenzüberschreitung deutlich wahrnimmt, aber dennoch keine zufriedenstellende Lösung finden kann.

Forschungsergebnisse zeigen, dass Mehrbettzimmer nicht nur krankheitsfördernd, sondern auch psychosozial extrem belastend sind, indem die Betroffenen wenig Kontrolle haben und dadurch zunehmend hilflos werden. Mehrbettzimmer führen also in den schlimmsten Fällen zu erlernter Hilfslosigkeit, depressiven Symptomatiken, aggressivem Verhalten sowie Veränderungen des Aufmerksamkeits- und Selbstverantwortungsverhaltens (vgl. Kreimer 2004: 65)

Auch in den Interviews zeigte sich, dass die Konflikte teilweise extrem aufgeladen sind und mit massiven Grenzüberschreitungen einhergehen:

„Aber das Beste war ja nur, wie dann einmal der Arzt gekommen ist, weil Katheter gewechselt worden ist und sie sitzt dort am Bett, weil sie immer so gesessen ist und schaut, habe ich gesagt: 'Ma können Sie der Frau Schellander² sagen, dass sie rausgeht?' Dann sagt er, die wird schon rausgehen, wenn sie sieht, dass ich da arbeiten tue.' Dann habe ich gesagt: 'Die geht nicht raus.' Sagt er: 'Was heißt, die geht nicht raus?' Habe ich gesagt: 'Sagen Sie es ihr, sie soll rausgehen, Sie werden sehen, dass sie nicht geht.' Dann sagt er: 'Frau Schellander², können Sie bitte hinausgehen, ich habe da zu arbeiten.' Dann sagt sie: 'Nein.' Sagt er: 'Warum nicht?' Sagt sie: 'Weil ich schauen werde.' Und er hat gesagt: 'Da werden Sie nichts schauen. Sie gehen jetzt hinaus.' Sagt sie: 'Nein.' Die ist dort gesessen, dann ist er hingegangen und hat sie bei den Oberarmen gepackt und hat sie runtergehoben vom Bett und hat sie so hingestellt. Dann ist sie dort gestanden, so ist sie dort gestanden, also von einem Doktor, da hat sie fast immer in die Hose gemacht, aber sonst hat sie alle tyrannisiert.“ (M1: 54-65)

Der beschriebene Fall zeigt, wie schwierig die Wahrung der Privat- und Intimsphäre in einem Mehrbettzimmer ist. Normalerweise ist es üblich, dass mobile Zimmergenoss*innen bei einer solchen intimen medizinischen Behandlung das Zimmer verlassen, ist dies nicht möglich, wird zumindest ein Sichtschutz aufgebaut. Warum in diesem Fall, trotz Weigerung der Zimmergenossin das Zimmer zu verlassen, kein Sichtschutz aufgebaut wurde, bleibt fraglich. Fraglich ist auch, wieso der behandelnde Arzt so aggressiv, fast schon übergriffig handelte, und die Bewohnerin gegen ihren Willen aus dem

² Der Name wurde zur Wahrung der Anonymität verändert.

Bett hob. Es dürfte sich um eine Affektreaktion aus einer Überforderung heraus handeln, dennoch ist dieses Verhalten als massive Grenzverletzung zu deuten. Es wurde also nicht nur die Grenzen der Intimsphäre der einen Bewohnerin überschritten, auch die andere Bewohnerin musste in weiterer Folge eine Grenzüberschreitung über sich ergehen lassen.

Die Privatsphäre gilt in unserer Gesellschaft als fundamentaler Bestandteil individueller Autonomie und ist auch in der Europäischen Menschenrechtskonvention verankert. Obwohl das Bedürfnis nach Privatheit personen- und kulturabhängig ist, finden sich in allen Gesellschaften und Lebensstilen Anforderungen zur Wahrung der Privatsphäre. Der Verlust der Kontrolle darüber bedeutet, dass sich die Betroffenen schwer in ihrer Individualität präsentieren können. Dies kann zur Folge haben, dass das Aufrechterhalten eines positiven Selbstbildes erheblich gestört wird (vgl. Pfabigan 2010: 260f.). Für Menschen in Institutionen der stationären Langzeitpflege schrumpft der Raum des Privaten mit dem Einzug in die Einrichtung stark. Zusätzlich bringt es die Pflege mit sich, dass man von fremden Menschen immer wieder nackt gesehen wird und sich teilweise auch im Intimbereich berühren lassen muss. Für viele Pflegebedürftige ist dies unangenehm und kann bei fehlender Sensibilität der Pflegenden, Gefühle von Scham, Entwürdigung und Fremdbestimmung hervorrufen (vgl. Rügger 2021: 27).

In den Interviews mit den Bewohner*innen stellte sich heraus, dass das Waschen durch eine fremde Person für viele am Anfang ungewohnt war, mit der Zeit aber zur Normalität wurde: „Das ist natürlich ungewohnt die erste Zeit, aber das gehört dazu.“ (B4: 134) Diese Normalität scheint für die Bewohner*innen nach einer gewissen Zeit zu entstehen und wird zusätzlich durch die Tatsache, dass ein alleiniges Waschen bei den meisten nicht mehr möglich, ist bestärkt: „Wie soll ich mich selber gründlich waschen, gell? Das ist klar. Nur für die ist das normal und mit der Zeit ist es für mich auch normal.“ (B3: 150-151) Jedoch scheint das Schamgefühl nicht bei allen Bewohner*innen gleich stark ausgeprägt zu sein. Während manche von Anfang an kein Problem damit haben, brauchen andere eine gewisse Zeit, um sich daran zu gewöhnen und bei wieder anderen bleibt das Unwohlsein aufrecht: „Also gewisse Leute macht ihnen nicht einmal was aus. Aber gewisse, wenn es sie stört, da müssen wir natürlich schauen, dass derjenige seine Privatsphäre hat, eben.“ (M1: 260-261) Eine Mitarbeiterin sprach vor allem geschlechterspezifische Unterschiede an: „Männer genießen es natürlich, wenn die jungen Pflegerinnen ihren Penis wäscht und so, also die genießen das total. Die Frauen tun sich schwer.“ (M1: 274-276) Um das Schamgefühl der Bewohner*innen möglichst niedrig zu halten, setzen die Pflegekräfte vor allem auf Zärtlichkeit, Empathie und Kommunikation: „Da muss man halt den richtigen Umgang finden. Einfach Empathie, Empathie, sanft sein und Kommunikation. Einfach die Menschen informieren, was mit ihnen jetzt getan wird.“ (M1: 282-284) Schlögl-Flierl und Schneider (2021) erklären, dass es Praktiken wie diese braucht, damit die Überschreitung der über den Körper vermittelten Privatheitsgrenze nicht als würde-verletzende Praxis wahrgenommen wird. Weitere

mögliche Ansätze wären professionelle Distanzierungsstrategien (z.B. durch Handschuhe, Berufskleidung und das Siezen), kommunikative Rahmung der Praktiken, sichtbar machen der Berufsrolle und des professionellen Charakters (z.B. durch Berufskleidung, Qualifikationsschild) sowie De-thematisierung der Grenzüberschreitung im Vollzug. Mit diesen Praktiken und Interaktionsrahmun-gen werden die Grenzüberschreitungen als Teil einer speziellen sozialen Beziehung (professionellen Fürsorgebeziehung) strukturiert und verhindert, dass das Handeln als würdverletzend erfahren wird (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 112).

Pfabigan (2010) versteht Privatsphäre als mehrteiliges Konzept und sieht die körperliche Integrität, die geistige Gesundheit, die geschlechtliche Ausrichtung sowie das Sexualleben als zentrale Elemente (vgl. Pfabigan 2010: 107f.). Auffallend bei den Interviews war, dass die Sexualität der Bewoh-ner*innen wenig bis gar nicht angesprochen wurde. Nur eine Pflegekraft berichtete von zwei Bewoh-nern, die ihre Sexualität noch ausleben möchten und seitens der Einrichtung auch ausleben durften:

„Also wir haben einen Mann, der schon noch sexuelle Gefühle hat eben und der das mit sich selbst eben auslebt und wir gehen damit so um, also, wenn du dann die Zimmertür eben auf-machst und du siehst, er ist da gerade beschäftigt, dann machst du leise die Türe wieder zu und gehst weiter“ (M4: 425-429)

„wie soll ich das jetzt sagen, käufliche Dienste, umschreiben wir das mal so, hat er in An-spruch genommen. Also das war damals möglich. Da hat er halt angerufen und ja, die ist dann gekommen. Er hat sein Zimmer abgesperrt und er hat das dort können sehr wohl ausle-ben. Ja, das war nicht das Thema.“ (M4: 434-437)

Das Ausleben der eigenen Sexualität mit sich selbst, als auch in Form von Prostitution wird von der Pflegeeinrichtung zwar nicht aktiv unterstützt, aber zumindest geduldet. Dies ist keineswegs der Standard in Österreich wie Unger (2012) resümiert, denn Sexualität ist nach wie vor ein Tabuthema zwischen Pflegekräften und Bewohner*innen. Ältere Menschen, die in stationären Langzeitpflegeein-richtungen leben, werden als asexuell betrachtet und Fortbildungen, die das ändern könnten, sind rar gesät (vgl. Unger 2012: 89ff.).

Die bisherigen Ausführungen in diesem Kapitel zeigten, dass sich Selbstbestimmung im Bereich Woh-nen in vielfältiger Weise zeigen kann. Angefangen damit, ob die Entscheidung des Umzuges selbst-ständig getroffen wurde, über die Möglichkeit sich zwischen einem Einbett- oder Mehrbettzimmer entscheiden zu können sowie das Zimmer mit Möbeln und privaten Gegenständen gestalten zu kön-nen bis hin zur Wahrung der Intim- und Privatsphäre. In der MUGSLA-Studie wurden noch zusätzlich folgende Bereiche unter der Dimension 'Wohnen' subsumiert: Selbstbestimmung der Weck- und Schlafzeiten, Halten von Haustieren, Besuchszeiten und Übernachtung von Besucher*innen sowie ein eigener Haus- und Zimmertürschlüssel (vgl. Heinemann-Knoch 1998: 84ff.) Von diesen Bereichen wurde in den Interviews insbesondere der Haus- und Zimmertürschlüssel thematisiert: In den Pflege-einrichtungen sind grundsätzlich nur die Einzelzimmer verschließbar, da die Mehrbettzimmer für alle

Bewohnenden jederzeit zugänglich sein müssen. Jene Bewohner*innen mit Schlüsseln nutzen diese aber gerne: „Man kann jederzeit zusperren von innen oder von außen, das ist egal. [...] Wenn ich im Haus bin, dann sperre ich eigentlich nicht ab, aber sobald ich länger weggehe, dann sperre ich schon zu, hier kommt immer einer von oben, dann geht er immer umher“ (B2: 235-238; Ausl.: S.S.) Für die Bewohnenden stellt das Versperren des eigenen Zimmers eine gute Möglichkeit dar ihre Privatsphäre zu schützen.

Abschließend lässt sich zum Bereich Wohnen somit sagen, dass sich in diesem Bereich besonders viele Möglichkeiten bieten, die Selbstbestimmung der Bewohner*innen (nicht) zu fördern. Sei es bei der Wahl der Zimmerkategorie, sei es beim Ausleben der eigenen Sexualität oder sei es bei der Möglichkeit, das eigene Zimmer versperren zu können, um möglichst viel Privatsphäre zu haben. Die Bertelsmann Stiftung (2005) stellt jedoch fest, dass das derzeitige Wohnkonzept der Altenhilfe aus sozialer und ökonomischer Sicht nicht zukunftsfähig ist. Aus ihrer Sicht bräuchte es eine strukturelle Veränderung in Richtung einer Förderung des selbstbestimmten Wohnens zu Hause (vgl. Bertelsmann Stiftung 2005: 20). Auch in den Interviews wurde die Frage aufgeworfen, ob die derzeitige Wohnsituation passend für die Bedürfnisse der Bewohner*innen ist:

„Wir diskutieren natürlich immer, also funktionell sind die Pflegeheime, also sie sind große Gebäude, in denen man viele Menschen unterbringen kann, die Frage ist nur in die Zukunft gedacht, ob das wirklich das Optimum ist, für unsere Generation später zum Beispiel. Ob es nicht wünschenswerter wäre, die Pflege zu Hause mehr zu fokussieren und zu schauen, ok, baut man überhaupt schon so, dass die Leute zu Hause bleiben können, ja. Oder bietet man zumindest kleinere Einheiten an, die ein bisschen familiärer sind und nicht in so einem großen Komplex.“ (M2: 306-311)

4.2.6. Selbstbestimmung im Bereich Beziehungen

Pfabigan (2010) führt aus, dass unterstützende amikale, partner- und verwandtschaftliche Beziehungen maßgebliche Faktoren sind, welche die Möglichkeiten der Selbstbestimmung im Alter beeinflussen (vgl. Pfabigan 2010: 106). Aus den Erzählungen der Bewohner*innen in den Interviews wird aber deutlich, dass Freundschaften zwischen Bewohner*innen rar gesät sind: „Und die waren alle sowas von arrogant. Gottes Willen, da waren welche Furien herinnen. Und da habe ich mir gedacht: 'Naja, wenn ihr nicht wollt, dann will ich auch nicht.'“ (B1: 246-248) Die Gründe, warum die Beziehungen zwischen den Bewohnenden konflikthaft sind, sind vielfältig: Körperliche Beeinträchtigungen (z.B. Schwerhörigkeit, Demenz), störende Gewohnheiten und Regelverletzungen in der Kommunikation, aber auch fehlende Initiative von den Bewohnenden werden am häufigsten als Erklärung genannt (vgl. Pfabigan 2010: 253). Doch die Tatsache, dass Freundschaften zwischen Bewohner*innen selten sind, bedeutet nicht, dass nicht manche Bewohner*innen zumindest nette Bekanntschaften zu ande-

ren Bewohner*innen pflegen: „Und du hast, also ich zumindest, ich habe gewisse Leute, mit denen ich rede oder mit denen ich mich mehr abgebe.“ (B3: 326-328)

Dennoch sind Konflikte zwischen Bewohnenden teilweise unvermeidbar. In solchen Fällen, versucht das Pflegepersonal zu intervenieren: „Ja, kommt manchmal vor. Da versuchen wir dann aber auch eine Lösung zu finden, dass wir uns zusammensetzen, auch mit den Kolleginnen“ (M2: 151-152) Pfabigan (2010) betont, dass konflikthafte Situationen durch die Pflegekräfte nicht verschwinden, aber, dass gezielte Interventionen von gut geschultem Personal, welches ein Bewusstsein für die Hintergründe hat, dazu beitragen, das Gruppenklima zu verbessern. Zu wenig oder schlecht ausgebildete Mitarbeiter*innen können hingegen zur Überforderung bei Konflikt- oder Konkurrenzsituationen führen (vgl. Pfabigan 2010: 241).

Wie in Kapitel 3.3.2. schon erörtert wurde, spielen die Pflegekräfte bei der Selbstbestimmungsförderung der Bewohnenden generell eine zentrale Rolle. Wenig beleuchtet wurde dabei, wie sich die Beziehung zwischen Pflegekräften und Bewohner*innen gestaltet. Auch in den Interviews berichteten weder die Bewohnenden noch die Mitarbeitenden viel dazu. Nur ein Bewohner erklärte, dass er mit manchen Pflegekräften auch Bekanntschaften pflegt, die über den beruflichen Kontext hinausgehen: „Ich meine, wenn sie es auch in der Freizeit machen, weil es ist nicht so, dass da jetzt alles stur, Dienst ist Dienst und Privates privat ist. Ich meine, die Pfleger erzählen auch einiges vom Privaten, ich erzähle ihnen einiges, was bei mir privat war. Warum nicht?“ (B3: 171-173) Die Forschungsliteratur zeigt jedoch, dass solche näheren Bekanntschaften eher die Ausnahme bilden und die Beziehungen zwischen Pflege- und Betreuungspersonen meist oberflächlich bleiben. Ursächlich dafür, dass die Beziehungen wenig intensiv und zeitlich knapp bemessen sind, ist der Personalmangel in der Pflege und der damit einhergehende Arbeitsdruck. Dieser Umstand darf jedoch nicht als Lappalie abgetan werden, denn fehlende bedeutsame Beziehungen verbunden mit der ständigen Überforderung des Pflegepersonals sind potenzielle Quellen für Gewalt (vgl. French 2002: 30).

Neben den Kontakten innerhalb der Einrichtung, sind auch jene zu Personen außerhalb der Pflegeeinrichtung für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen relevant. Je pflegebedürftiger die Bewohner*innen sind, umso mehr sind sie darauf angewiesen, dass sie von ihren Angehörigen, Freund*innen und Bekannten besucht werden, um soziale Beziehungen aufrechterhalten zu können (vgl. Pfabigan 2010: 244). Durch ihren biografischen Bezug zu den Bewohnenden besitzen Angehörige spezifische persönliche Kenntnisse sowie emotionale Zugänge zu den Bewohner*innen und werden damit zur wichtigen Ressource bei der Förderung von Selbstbestimmung (vgl. Bleck et al. 2020: 169f.). Auch in den Interviews wurde die Rolle der Angehörigen explizit hervorgehoben:

„Aber ich sage, das was, die Angehörigen geben, das können wir nicht abdecken. Natürlich haben wir uns, wenn einmal Zeit war, dazu gesetzt und haben ein wenig die Hand gehalten oder so. Aber ich bin halt nicht die Tochter und das macht halt den Unterschied aus. Und das haben wir da so richtig gemerkt, wie wichtig die Ressourcen der Angehörigen sind.“ (M2: 257-260)

Die Angehörigen stellen für die Bewohnenden Vertrauenspersonen dar und vermitteln ein Gefühl der Zugehörigkeit. Sie sind wesentlich für die soziale Eingebundenheit der Bewohner*innen, der ausschließliche Kontakt zu pflegebedürftigen und pflegenden Personen ist nicht vergleichbar.

Andererseits können die Angehörigen aber auch hemmend auf die Selbstbestimmung der Bewohnenden einwirken, indem sie auf alten Gewohnheiten verharren, die nicht mehr den aktuellen Wünschen der Bewohner*innen entsprechen. Ein Insistieren auf alten Gewohnheiten, Abläufen und Ritualen mag zwar wohlgemeint sein, geht aber oft auch an den aktuellen Bedürfnissen der Bewohner*innen vorbei: „Es gibt Angehörige, die sagen: 'Meine Mama trinkt gerne Tee' und sie trinkt aber keinen Tee. Naja, dann geben wir der Mama das, was sie trinkt.“ (M3: 256-257) Die Themen sind dabei vielfältig und reichen von Ess- über Freizeit- bis hin zu Schlafgewohnheiten: „Ja, da kann es dann auch zu Beschwerdesituationen kommen, dass sie sagen: 'Meine Mutter ist bei mir zu Hause jeden Tag um ein Uhr Mittag liegen gegangen!' Ja aber bei uns mag sie nicht mehr. Das Recht gestehen wir aber auch ein, da stehen wir für die Bewohnerinnen ein.“ (M2: 191-193) Positiv zu beurteilen ist, dass die Mitarbeitenden klar für die Bewohner*innen und ihre gegenwärtigen Bedürfnisse eintreten, auch wenn dies für Probleme mit den Angehörigen sorgt: „Das wir halt mit den Angehörigen 20 Gespräche führen, um es ihnen zu erklären, dass sie auch das Recht haben 'Nein' zu sagen.“ (M2: 193-195)

In gewissen Fällen gibt es allerdings keinen anderen Weg, als die Angehörigen entscheiden zu lassen und zu hoffen, dass sie die Wünsche und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person gut kennen:

„Es gibt Bewohner, die was als Krankheit, zum Beispiel Alzheimer, Demenz haben, ja, die können selber nicht mehr entscheiden. Die sind komplett kognitiv, also eingeschränkt, situativ, persönlich komplett desorientiert und da ist meistens, da mischen sich eh meistens die Angehörigen, entweder die Tochter oder der Sohn. [...] Das heißt, die Tochter kann entscheiden, ob die Mama ins Krankenhaus fährt, ob die Mama Bettsonden bekommt, ob die Mama dies, ob die Mama zum Friseur geht.“ (M1: 395-401; Ausl.: S.S.)

Sind die Bewohner*innen wirklich derart kognitiv beeinträchtigt, dass ein selbstständiges Entscheiden kaum oder gar nicht möglich ist, wird die Rolle der Angehörigen noch zentraler. Jedoch sollte auch in solchen Fällen der Weg über die Bewohnenden selbst nicht gänzlich ausgelassen werden, vielleicht können sie sich auf spezielle Art und Weise durch den Einsatz spezifischer Methoden doch ausdrücken.

Es kann aber festgehalten werden, dass soziale Beziehungen eine nicht zu unterschätzende Rolle für die Selbstbestimmung der Bewohnenden von stationären Altenpflegeeinrichtungen einnehmen. Bleiben die Beziehungen zwischen den Bewohnenden meist oberflächlich, können sie dennoch wesentlich für die Wunscherfüllung und -berücksichtigung werden. Auch die Beziehung zu den Pflegenden sind zentral, da sie im Vergleich zu den Bewohnenden über viel Macht in der Einrichtung verfü-

gen und somit darüber entscheiden, wie selbstbestimmte Entscheidungen der Bewohnenden (nicht) umgesetzt werden. Schließlich können auch die Angehörigen zur wichtigen Ressource bei der Selbstbestimmungsförderung werden, da sie die Bewohner*innen mit ihren Wünschen und Eigenheiten gut kennen und diese artikulieren können, wenn die Bewohnenden dazu selbst nicht mehr in der Lage sind. Mit diesem Wissen können sie gleichzeitig aber auch zu einem Hindernis für die Selbstbestimmungsförderung werden, da Routinen und Bedürfnisse sich bei den Bewohner*innen ändern können und ein zu starres Verharren darauf den aktuellen Wünschen widersprechen könnte.

4.2.7. Formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten

Formalisierte Mitbestimmungsverfahren setzen sich in Altenpflegeeinrichtungen primär aus Bewohner*innenbeiräten zusammen. Vorbedingung für die Nutzung eines Bewohner*innenbeirates als Medium zur Vermittlung zwischen Bewohner*innenwünschen und institutionellen Erfordernissen, ist eine auf Seiten der Bewohnenden ausgeprägte Beschwerdekultur (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 125). Aus den Gesprächen mit den Bewohner*innen ging ein sehr ambivalentes Bild zu ihren Beschwerdegewohnheiten hervor:

„Ich habe mich noch nie beschwert, ich habe nichts zum Beschweren, ganz ehrlich. Und wenn sich da einer beschwert, der soll nochmal schauen, dass er daheim zurechtkommt. Aber es sind fast keine Beschwerden da herinnen.“ (B1: 370-372)

„Aber am meisten werden die Schwestern hier angeplärrt und die können aber auch nichts machen, die müssen da ins Büro, eines ist ja da nicht und da sind welche drin, die mit denen kann man reden, wenn man Glück hat, kriegt man es, wenn man Pech hat, kriegt man es nicht.“ (B2: 267-269)

„Aber ich bilde mir ein, ich bin so weit, dass ich das, was ich zum Sagen habe, schon irgendwo so platzieren kann, dass es auch verstanden wird. Ob es dann Wirkung zeigt, ist eine andere Frage. Aber ich rühre mich schon.“ (B3: 382-384)

„Also, ich habe mich noch nie beschweren brauchen.“ (B4: 239)

Während zwei Bewohnerinnen angeben sich noch nie beschwert zu haben, da in ihrer Organisation alles super funktioniert, spricht eine andere Bewohnerin davon, dass die Pflegekräfte häufig „angeplärrt“ (B2: 267) werden. Im letztgenannten Fall braucht es offensichtlich ein aktives Einfordern (Plärren), also eine offensive Beschwerdekultur, um gehört zu werden. In der Wortwahl ist aber schon erkennbar, dass diese offensive Beschwerdekultur nicht von allen wohlwollend betrachtet wird und mit einem gewissen Negativbild verbunden ist. Damit ist das Problem verbunden, dass es eventuell Bewohner*innen gibt, die sich nicht trauen, Beschwerden zu äußern, um nicht als Störenfried zu gelten. Schlögl-Flierl und Schneider (2021) erklären, dass, um diesem Problem auf der Subjektebene entgegenzuwirken, es Veränderungen auf der Interaktionsebene und der organisationalen Mesoebene

ne braucht. In der Interaktion zwischen Bewohner*innen und Mitarbeiter*innen braucht es eine kontinuierliche, auf Vertrauen und Geduld basierende Adressierung der Bewohnenden. Auf organisationaler Ebene kann eine Beschwerdekultur unterstützt werden, indem die Rechte der Bewohner*innen transparent in Gemeinschaftsräumen aufgehängt werden (vgl. Schlögl-Flierl/Schneider 2021: 125f.).

Die befragten Pflegekräfte sind sich grundsätzlich einig, dass es eine Vielzahl an Beschwerdemöglichkeiten gibt: „Durch die Angehörigen, durch die Diplomierten, ins Büro hinuntergehen, die Chefin ist eh unten. Die können jederzeit, die machen das eh.“ (M1: 437-438) Auffallend ist, dass die Pflegekräfte ganz klar die Führungsebene in der Verantwortung für Beschwerden sehen. So führt Mitarbeiterin 3 aus, dass Beschwerden „bei der Chefin, bei der Pflegedienstleitung“ (M3: 284) angebracht werden können und Mitarbeiterin 4 erklärt, dass die Bewohnenden „in das Büro von der Heimleitung gehen“ (M4: 802) können und dort ihre Kritik äußern können. Die hierarchischen Strukturen ihrer Institutionen gut kennend, verweisen die Pflegekräfte also direkt an die Leitungsebene, wohl wissend, dass sie selbst keine grundlegenden Veränderungen bewirken können. Sich selbst sehen sie nicht in der Verantwortung für Beschwerden, obwohl in den Interviews deutlich wurde, dass vor allem die Pflegekräfte bei alltagsnahen Kritikpunkten helfen. Essenswünsche werden beispielsweise direkt beim Pflegepersonal angebracht und von diesen dann auch in die Tat umgesetzt: „Heute haben sie ihn [den Essenswunsch] mir wieder erfüllt.“ (B2: 203, Einf.: S.S.)

In allen untersuchten Einrichtungen gab es, zusätzlich zu der Möglichkeit der direkten Beschwerde, auch die Alternative eines anonymen Beschwerdekastens: „Ansonsten haben wir einen Beschwerdebrieffkasten da vorne draußen und ja, da haben Angehörige wie auch Bewohner*innen die Möglichkeit, dass sie da was reinwerfen, ganz anonym, wenn jemand das direkte Gespräch nicht so gern mag.“ (M2: 210-212)

Eine weitere Möglichkeit der Beschwerde, die es jedoch nur in zwei der drei untersuchten Einrichtungen gab, ist der Heimbeirat. Diese Form der Selbstvertretung durch die Bewohnenden, die in Deutschland in den meisten Bundesländern schon gesetzlich vorgeschrieben ist, findet sich mittlerweile auch in Österreich immer häufiger:

„Da haben wir uns 14-tägig getroffen, da waren Bewohner*innen aus allen Wohnbereichen, also aus jedem Wohnbereich haben wir einen gehabt, ja, da waren wir zu sechst. Da war die Psychologin dabei, die Alltagskompetenztrainerin war dabei und wenn Bedarf bestanden ist, war auch ich dabei, ja. Und genau, da sind dann auch genau solche Themen besprochen worden. Da ist halt immer einer pro Wohnbereich stellvertretend für die ganze Station gekommen und hat uns halt dann mitgeteilt.“ (M2: 229-234)

Für die beteiligten Bewohner*innen ist diese kollektive Bewohner*innenvertretung eine Möglichkeit, sich politisch zu engagieren und sich selbst Gehör zu verschaffen. Zusätzlich bekommen die Mitwirkenden das Gefühl vermittelt, wichtig zu sein und eine Aufgabe zu haben. Die restlichen Bewohnen-

den profitieren aber auch davon, da sie ein Sprachrohr haben, an welches sie sich bei Problemen wenden können. Wichtig ist, dass die Anliegen, die der Heimbeirat vorbringt, dann aber auch tatsächlich umgesetzt werden, ansonsten verfehlt er seinen Zweck. Die interviewte Heimleiterin ist sich dessen bewusst und legt deshalb besonders viel Wert auf eine schnelle Umsetzung:

„Da war ich dann immer schon im Zugzwang, weil ich mir gedacht habe, ok wie kann ich das so schnell wie möglich durchbringen, damit da auch keine Enttäuschung ist oder nicht irgendwann wer kommt und meint, das ist ja egal was ich sage, weil dort passiert eh nichts. Das ist uns schon wichtig, dass wir Abkommen oder Vereinbarungen wirklich einhalten. Das ist wichtig.“ (M2: 244-247)

Obwohl die Erfahrung also zeigt, dass ein Heimbeirat durchaus sinnvoll sein kann, sind jene Bewohner*innen, die in ihrer Einrichtung über keinen Heimbeirat verfügen, skeptisch: „Nur was sollen die bewirken, wenn wir uns ehrlich sind?“ (B3: 391-392) Während dieser Bewohner die Wirksamkeit der Bewohner*innenvertretung anzweifelt, vertraut eine andere Bewohnerin auf das Heim und argumentiert so, dass es keinen Heimbeirat braucht: „Nein, ich meine, es wird eh gemacht, was notwendig ist. Stelle ich mir vor, ich tue ja nicht kontrollieren. ((lacht)) Nein, wir brauchen das nicht.“ (B4: 249-251) Die Bewohnerin räumt also ein, dass sie nicht mit Sicherheit weiß, ob in der Einrichtung alles mit rechten Dingen zugeht und dennoch erachtet sie einen Heimbeirat als nicht notwendig. Jedoch muss auch bemerkt werden, dass sie die Kontrollfunktion hervorhebt, wohingegen ein Heimbeirat in erster Linie für Mitsprache und Information zuständig ist.

Von den Pflegekräften wurde auf formaler Selbstbestimmungsebene das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) hervorgehoben. Dies dürfte der Tatsache geschuldet sein, dass dies im Arbeitsalltag der Pflegekräfte sehr präsent ist, da jede freiheitsbeschränkende Maßnahme speziell angeordnet und „dokumentiert werden“ (M4: 858-859) muss. Während die Pflegekräfte wenig von den Zielsetzungen des Gesetzes berichten, dominieren in ihren Beschreibungen, die Auswirkungen des Gesetzes auf ihren Arbeitsalltag. Die Pflegedienstleitung ging dementsprechend insbesondere auf die Kontrolle durch Stellen von außen ein, während die Pflegeassistentin Beispiele aus der Pflege nannte:

„Es gibt ja diese freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, die man an das Vertretungsnetz melden müssen und diese Maßnahmen dürfen tatsächlich nur ergriffen werden, wenn Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt. Und das wird auch regelmäßig kontrolliert von der Bewohnervertretung“ (M2: 292-295)

„Zum Beispiel, wir dürfen auch keine Rollstühle einbremsen, ga? Also wenn du einen Bewohner jetzt zum Tisch führst, dann war das früher einmal so, da hast du ihn automatisch eingebremst. [...] Du musst es lassen und wenn es passiert, dann passiert es. Aber du darfst niemanden so in seiner Bewegungsfreiheit eben einschränken.“ (M4: 844-850; Ausl.: S.S.)

„Wir dürfen auch zum Beispiel die Bettgitter nicht überall zumachen. Also du kannst sie rundherum schließen, nur vorne, das muss immer unten bleiben.“ (M4: 874-876)

Es wird also deutlich, dass die Mitarbeitenden grundsätzlich das Heimaufenthaltsgesetz kennen und deren Auswirkungen vor allem in Bezug auf ihren konkreten Tätigkeitsbereich verstehen. Bei den Interviews mit den Bewohnenden wurde das Heimaufenthaltsgesetz hingegen kein einziges Mal genannt. Ein öffentliches Aushängen der Rechte von Heimbewohner*innen, wie von Schlögl-Flierl und Schneider (2021) vorgeschlagen, erscheint insofern sinnvoll. Generell kann festgehalten werden, dass die Bewohnenden ihr Recht auf Beschwerde, verankert in Art. 2 Abs. 3 des UN-Zivilpakts und Art. 13 der Europäischen Menschenrechtskonvention, nicht in ihrer gesamten Tragweite verstehen und sich in den Interviews diesbezüglich sehr genügsam zeigen. In den Einrichtungen, in denen ein Bewohner*innenbeirat besteht, scheint zumindest dieser gut genutzt zu werden. Eine flächendeckende Einführung dieser kollektiven Bewohner*innenvertretung in Österreich, ähnlich wie in Deutschland, wäre folglich sinnvoll.

4.2.8. Grenzen und Hemmnisse von Selbstbestimmung

Um zu verstehen, was Selbstbestimmung in stationären Altenpflegeeinrichtungen bedeutet, braucht es auch ein Verständnis dafür, wo die Hemmnisse und Grenzen von Selbstbestimmung liegen. In den Interviews wurden sowohl die Bewohnenden als auch die Pflegenden danach gefragt, wo sie hinderliche Faktoren für die Selbstbestimmungsförderung identifizieren sowie wo sie die Grenze dieser sehen. Auffallend war, dass auf beide Fragen fast deckungsgleiche Antworten gegeben wurden. Drei Kernelemente scheinen folglich hinderliche Faktoren und gleichzeitig in ihrer extremsten Form auch die Grenze für Selbstbestimmung zu bilden: Ressourcenmangel in der Einrichtung, Krankheit und die damit verbundenen Beeinträchtigungen bei den Bewohnenden sowie gefährliches Verhalten seitens der Bewohnenden.

Wurden die Bewohner*innen nach hinderlichen Faktoren für ihre Selbstbestimmung gefragt, so wurde im Gegensatz zu den Mitarbeitenden, in den seltensten Fällen der Personalmangel im Pflegebereich genannt. Bei näherer Betrachtung fällt jedoch auf, dass sehr wohl vom Personalmangel gesprochen wurde, und zwar von den dadurch bemerkbaren Folgen. Der Wunsch nach einer häufigeren Körperpflege kann zum Beispiel nicht erfüllt werden, da aufgrund von mangelndem Personal die zeitlichen Ressourcen begrenzt sind: „Zeitmäßig geht sich das meistens nicht aus. Zeitmäßig. Und jetzt waren auch einige krank, auch, ga? Dann kommt der Urlaub.“ (B4: 90-91) Fehlendes Personal bedeutet für die Bewohnenden ein Zurückstecken der eigenen Wünsche und Bedürfnisse bzw. eine lange Wartezeit bei der Erfüllung dieser: „Ja, weil eh wenig Personal ist, von Haus aus. [...] Und wenn sie krank waren, kannst du auch nichts machen. Musst du eben länger warten, bis du drankommst.“ (B4: 257-260; Ausl.: S.S.) Die Pflegekräfte waren in ihrer Analyse direkter und nannten den Personalmangel als das Haupthindernis für die Förderung von Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen:

„Weil wenn man von Selbstbestimmung redet oder von Freiheit oder von Zeit, da muss man einmal schon mehr Leute anstellen. Aber sobald man das Personal nicht hat, dann kann man das andere auch nicht leisten.“ (M1: 194-196) Mit fehlendem Personal sind logischerweise Abstriche verbunden, wobei für die Pflegekräfte die Prioritäten ganz klar festgelegt sind. An erster Stelle kommt die Grundversorgung, sprich, dass alle Bewohner*innen „Medikamente haben, gegessen, getrunken und In-koversorgung gemacht ist“ (M1: 382-383). Die Selbstbestimmung der Bewohnenden ist hingegen nachrangig. Grund dafür könnte sein, dass die Grundversorgung im Gegensatz zur Selbstbestimmung gut messbar ist und diesbezügliche Abstriche vor allem den Angehörigen sofort auffallen würden. Weiters kann eine fehlende Grundversorgung schnell zu fatalen Folgen führen, wenn beispielsweise Medikamente zu spät oder gar nicht verabreicht werden, während sich Abstriche in der Selbstbestimmung erst auf lange Sicht und gewöhnlicherweise nicht so drastisch zeigen.

Wie eng die Ressourcen tatsächlich bemessen sind, wird daran ersichtlich, dass bereits eine fehlende Pflegekraft einen erheblichen Unterschied auszumachen scheint:

„weil ja, wenn man [...] einen Mitarbeiter weniger hat in der Tagesbesetzung, bleibt natürlich auch die Selbstbestimmung ein wenig auf der Strecke. Weil wenn man sagt, man schaut, dass alle versorgt sind und dass alle gepflegt sein und dort noch auf die Individualität Rücksicht zu nehmen, da wird es dann halt schwierig.“ (M2: 160-163; Ausl.: S.S.)

Die Pflegekräfte sind sich einig, dass ohne genügend Personal Selbstbestimmung ein unerreichbares Ziel bleibt. Ausreichend Personal ist somit die Grundvoraussetzung für die Selbstbestimmungsförderung: „Das ich wirklich, das ist das Gleiche, wenn ich sage, ich hätte jetzt gerne einen Orangensaft, aber ich habe nicht einmal die Orangen dafür, wie kann ich dann einen Orangensaft pressen für dich?“ (M1: 341-343) Mehr Personal würde aus Sicht der Pflegekräfte mit mehr Zeit für die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner*innen einhergehen. Dinge, die auf den ersten Blick selbstverständlich erscheinen, wie die eigenständige Kleiderwahl, könnten mit mehr Mitarbeitenden Teil des Pflegealltags werden: „Man könnte sie in der Früh wirklich rüber zum Kasten führen und sagen: 'So und jetzt suchen Sie einmal aus und sagen, was Sie wollen.' Es wird ihnen nicht vorgegeben, und 'das und das müssen Sie jetzt aber anziehen.'“ (M4: 643-646) Aus Sicht der Pflegekräfte fehlt es an gut ausgebildeten Fachkräften. Doch auch Mitarbeitende ohne eine vertiefende Ausbildung wären für den Heimalltag eine große Unterstützung: „Wenn wir schon keine Pflegeassistenten bekommen, dann sollten wir vielleicht Heimhilfen bekommen, denn damit ist auch schon viel geholfen. Die können mit den Bewohnern rausgehen, was wir dann die Zeit, wir haben einfach manchmal die Zeit nicht.“ (M3: 269-271)

Neben den Ressourcen der Einrichtung können aber auch die Bewohnenden selbst zum zentralen Faktor bei der Frage, ob sich ein selbstbestimmter Alltag umsetzen lässt, werden. Schumann (2020) legt dar, dass ein Vorliegen psychischer Einschränkungen nicht automatisch einen Verlust der Fähig-

keit, das Selbstbestimmungsrecht auszuüben, bedeutet. Vielmehr handelt es sich um phasenartige Verläufe, in denen Einschränkungen entstehen können, die dann von Phasen ohne Einschränkungen abgelöst werden. Kognitive Einschränkungen hingegen entwickeln sich langsam und führen meist irgendwann zum völligen Verlust der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit, wodurch das Selbstbestimmungsrecht auf Dauer nicht wahrgenommen werden kann (vgl. Schumann 2020: 38f.) In den Interviews wurde vor allem die Erkrankung Demenz, immer wieder als hemmend für die Selbstbestimmung beschrieben:

„wenn du eben schon demenzielle Erscheinungen hast, wo du eben schon Dinge tust, die du wahrscheinlich als gesunder Mensch nicht mehr gemacht hättest, dann glaube ich, wird es mit der Selbstbestimmung grenzwertig, weil dann muss ein anderer für dich das entscheiden, weil du es dann ja nicht mehr so hinkriegst“ (M4: 253-257)

Während eine Demenzerkrankung noch als grenzwertig angesehen wird, liegt die klare Grenze der Selbstbestimmung bei den interviewten Fachkräften bei gefährlichem Verhalten. Dies gilt sowohl für gefährliches Verhalten anderen Menschen gegenüber: „Gefahr, Verletzung, Gefahr, wenn der Bewohner, ich merke, er ist gefährlich gegenüber anderen Bewohnern, dann hört bei mir der Spaß auf, dann rede ich gar nicht mehr von Selbstbestimmung.“ (M1: 310-311) als auch sich selbst gegenüber: „Wenn Gefahr im Verzug ist, dann müssen wir die Selbstbestimmung einschränken. Das, ja, wenn für die Bewohnerinnen, wenn sie sich selbst verletzen oder in gefährliche Situationen bringen, dann müssen wir natürlich eingreifen.“ (M2: 289-291) Teilweise reicht das autoaggressive Verhalten bis hin zur Suizidgefahr: „Wenn sich jemand umbringen will, Beispiel, haben wir auch schon gehabt, dann natürlich muss ich da eine Grenze setzen, weil ich kann die nicht mit einem Messer die Pulsadern durchschneiden lassen.“ (M3: 176-178)

Bei gefährlichem Verhalten liegt also die klare Grenze der Selbstbestimmungsrechte der Bewohnenden. Grund dafür ist in erster Linie der Schutz der Bewohnenden. Doch teilweise spielen auch Fragen der Haftung und Verantwortungsübernahme eine Rolle: „Also wenn ich merke, dass jemand wirklich desorientiert ist und er sagt zu mir: 'Du ich gehe jetzt einkaufen.' Das ist dann meine Verantwortung, dass er in Sicherheit bleibt, weil er ist nicht in der Lage allein unterwegs zu sein.“ (M1: 148-150) Dies scheint den Bewohnenden auch transparent kommuniziert zu werden: „Ja, genau bis zu dem Punkt, wo die dann keine Schwierigkeiten bekommen. Weil, wenn sie mir mehr erlauben würden, sagen wir, ich kann hinausgehen eine Stunde in den Wald oder irgendwo und es passiert was, wer ist dran?“ (B3: 240-242)

Die Hemmnisse – und in den extremsten Fällen die Grenzen von Selbstbestimmung – liegen zusammenfassend in drei Aspekten: Erstens, in fehlenden personellen Ressourcen, „wo es im Pflegealltag nicht mehr schaffbar, nicht mehr machbar“ (M2: 132-133) ist die Selbstbestimmung konsequent zu fördern, da die Grundversorgung vorrangig ist. Zweitens, in Krankheiten und den damit verbunden

Beeinträchtigungen der Bewohnenden, da ein Verlust der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit notwendigerweise mit einem Beschneiden von Selbstbestimmungsrechten einhergehen muss. Drittens, in gefährlichem Verhalten sich selbst oder anderen Menschen gegenüber, da der Schutz von Menschenleben Priorität gegenüber der Wahrung von Selbstbestimmung hat.

4.2.9. Selbstbestimmung während der COVID-19-Pandemie

2020 schlug die COVID-19-Pandemie wie ein Komet auf die Erde ein, der Boden, auf den die Pandemie traf, war aber bereits zuvor durch systematische Menschenrechtsverletzungen älterer Menschen, insbesondere jener mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters, geprägt (vgl. Peisah et al. 2020: 1199). Die Hochphase der Pandemie wurde von den Befragten als „furchtbar“ (B1: 386) und „ganz schlimm“ (M4: 903) beschrieben. Für die Mitarbeitenden bedeutet das Pandemiegeschehen „mehr Stress“ (M1: 484), die Bewohner*innen waren „total eingeschränkt“ (M4: 908) und es ging ihnen „sehr schlecht“ (M1: 530). Aus den Interviews ging hervor, dass die Pandemie für die Bewohner*innen mit Besuchsbeschränkungen, Verboten, das eigene Zimmer zu verlassen und in weiterer Folge mit sozialer Isolation, Einsamkeit und Depression verbunden war. Die Mitarbeitenden beklagten das zusätzliche Arbeitspensum, die Wut der Angehörigen und Bewohnenden, die Ungewissheit sowie die Überforderung mit der Gesamtsituation. Der Einfluss von COVID-19 auf das Leben und Arbeiten in Altenpflegeeinrichtungen ist folglich unbestritten, bildet aber nicht das Zentrum der vorliegenden empirischen Untersuchung, da sich das Pandemiegeschehen noch ständig weiterentwickelt. Die ergriffenen Maßnahmen zur Pandemieeindämmung bleiben aber nicht ohne Auswirkungen auf Fragen nach Selbstbestimmung und sollen daher kurz vorgestellt werden.

Am präsentesten in den Interviews war das Thema des Verlassens des eigenen Zimmers, dies wurde insgesamt zwölf Mal diskutiert. Je nach Einrichtung und in Abhängigkeit von der Zahl an Infizierten gab es diesbezüglich sehr unterschiedliche Regelungen. In manchen Einrichtungen, vor allem während der ersten Pandemiewelle, durfte keine*r der Bewohnenden das Zimmer verlassen: „Kaum hast du die Tür aufgemacht, war schon eine Schwester da: 'Rein! Drinnen bleiben! Drinnen bleiben!'" (B1: 388-389) Argumentiert wurde diese massive Freiheitsbeschränkung mit dem Schutz vor einer Virusverbreitung in der gesamten Einrichtung: „Einfach, um es nicht zu verschleppen in den Stockwerken. Sie haben müssen im Zimmer essen, wo sie sonst in den Speisesaal gehen, sie haben nicht dürfen in den Garten hinunter.“ (M4: 901-903) In anderen Einrichtungen war die Handhabung eine lockerere, was aber nur aufgrund der Tatsache, dass es keinen positiven Fall gab, möglich war. Doch selbst in diesem Fall galt die Bewegungsfreiheit nur innerhalb der Organisation und ein Verlassen des Hauses war verboten: „weil im ersten Lockdown haben wir keine positiven Coronafälle gehabt, im Haus ha-

ben sich die Bewohnerinnen schon bewegen dürfen. Aber es ist einfach schwierig einem hochgradig dementen Menschen zu erklären, dass er nicht raus darf.“ (M2: 277-279) In allen Einrichtungen etablierte sich aber nach der ersten Welle die Regelung, dass nur jene Bewohner*innen, die positiv getestet wurden, ihr Zimmer für zehn Tage nicht verlassen durften: „Natürlich, die, die positiv waren, die haben, also in dem Zimmer bleiben müssen. Da hat es einfach eine Quarantäne geben bei uns, zehn Tage, das war aber so vom Land vorgeschrieben“ (M3: 335-336)

Die erste Phase, in der das Zimmer überhaupt nicht verlassen werden durfte, war für die Bewohnenden besonders schlimm: „Die haben sich gefühlt zum Teil so wie Tiere im Käfig. Also die waren wirklich total eingeschränkt, also es gibt nichts Schlimmeres, glaube ich, als Corona-Verordnungen in einem Pflegeheim, ja.“ (M4: 907-909) Die Bewohnenden fühlten sich in ihren Zimmern eingeschlossen, da jeglicher Kontakt nach außen abgeschnitten wurde: „Für mich war es so, bist kaserniert drinnen, weil es war das Essen im Zimmer, es hat sich alles im Zimmer abgespielt.“ (B3: 285-286) Die Erzählungen des Bewohners erinnern stark an die „totale Institution“ nach Goffman (1981). Wie in einer totalen Institution waren die Bewohnenden von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten und alle Angelegenheiten des Lebens fanden am selben Ort statt (vgl. Goffman 1981: 11-17).

Das Gefühl der Abgeschnittenheit von der restlichen Welt wurde durch die Besuchsbeschränkungen und -verbote noch zusätzlich verstärkt. Für eine Mitarbeiterin widersprachen die Besuchsverbote ganz klar den Selbstbestimmungsrechten der Bewohnenden: „Das hat im ersten Lockdown schon angefangen mit der Heimschließung, ja. Keiner rein, keiner raus. Da brauchen wir von Selbstbestimmung nicht mehr reden.“ (M2: 250-251) Durften in der Hochphase der Pandemie gar keine Besuche empfangen werden, gab es dann schrittweise Lockerungen:

„da war es limitiert, ein Besuch pro Woche und der hat sich müssen anmelden und da war eine halbe Stunde oder eine Stunde. [...] Da haben sie es zum Teil auch so gehabt [...], dass wir drin gesessen sind, die Bewohner, und der andere war draußen im Vorraum, gell. Schon die Tür offen, aber eben ein Meter dazwischen.“ (B3: 359-363; Ausl.: S.S.)

Zum Zeitpunkt der Interviewdurchführungen, im März 2022, gab es schon weitere Lockerungen hinsichtlich der Besuchsregelungen: „Besuch dürfen wir in der Zeit jetzt nur mit dreimal geimpft und PCR-Test, mit Maske dürfen sie nur rein.“ (B2: 304-305)

Die Besuchsregelungen stellten für die Bewohner*innen eine große Belastung dar und trugen wesentlich zum Gefühl der Abgeschnittenheit gegenüber der Außenwelt bei. Obwohl die Bewohner*innen diesbezüglich keinerlei Mitspracherechte hatten, heißt das nicht, dass sie diese unkritisch aufnahmen: „Glaubst du, ein Virus klopft an? Der kommt ja mit rein, egal wer da, ob das jetzt die Putzfrau ist oder eine Schwester.“ (B1: 430-431) Auch Peisah et al. (2020) weisen darauf hin, dass ironischerweise nicht Besucher*innen die Infektion in die Pflegeeinrichtungen brachten, sondern die Mitarbeitenden. Trotz der Beschränkungen für Besucher*innen an der Vordertür der Einrichtungen

schaffte es das Virus getragen von den Mitarbeitenden, durch die Hintertür hinein (vgl. Peisah et al. 2020: 1201).

Das Gefühl, keine Mitsprache über die vorgeschriebenen Schutzmaßnahmen zu haben, war nicht spezifisch für Altenpflegeeinrichtungen, sondern breitete sich gesamtgesellschaftlich während der Pandemie aus. Das Gefühl, wenig bis gar nicht über die aktuellen Maßnahmen informiert zu sein, schien sich hingegen vermehrt in Altenpflegeeinrichtungen zu finden. So antwortete eine Bewohnerin auf die Frage, ob sie derzeit das Haus verlassen darf, folgendes: „Das glaube dürfen wir gar nicht.“ (B4: 222) Die Bewohnerin ist sich offensichtlich nicht sicher, welche Schutzmaßnahmen derzeit in der Einrichtung herrschen und das, obwohl es sich um eine potenziell erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungsfreiheit handelt. Die interviewten Fachkräfte erklärten allerdings, dass diese Unwissenheit in den Krankheitsbildern der Bewohnenden wurzelt: „Es gibt Leute, die haben das nicht einmal mitbekommen, dass wir eine Pandemie gehabt haben, natürlich, wenn jemand eine Demenz hat, der hat nicht gewusst um was es da geht.“ (M3: 322-324) Doch auch ein Bewohner, der an keiner kognitiven Beeinträchtigung zu leiden schien, beklagte sich über die lückenhafte Informationsweitergabe: „Also ich weiß bis heute nicht, habe ich es gehabt, habe ich es nicht gehabt.“ (B3: 290-291) Sollte der Bewohner tatsächlich nicht über seinen eigenen Gesundheitszustand und eine potenzielle Infektion mit dem Coronavirus informiert worden sein, so wäre dies eindeutig als grenzüberschreitend zu deuten. Zeigte er sich selbst lediglich als „irritiert“ (B3: 295), ist es aus juristischer Sicht als ein Verstoß des Rechts auf Information nach Art. 16 der Patientencharta zu deuten. Da jedoch von mehreren Mitarbeitenden betont wurde, dass die unterschiedlichen Krankheitsbilder ursächlich für die Uninformiertheit sind und die genaue Krankengeschichte des Bewohners nicht rekonstruiert wurde, bleibt offen, ob es tatsächlich zu so einem Verstoß gekommen ist.

Einigkeit besteht allerdings darüber, dass der Arbeitsaufwand für das Pflegepersonal durch die Pandemie im Allgemeinen und durch das häufige Vergessen der Bewohner*innen im Speziellen enorm gestiegen ist: „Die sind halt ständig von den Zimmern rausgekommen, weil die haben nicht verstanden. [...] Dann musst du halt in einer Stunde zehn Mal erklären, der jeweiligen Dame, warum sie im Zimmer bleiben muss und das natürlich, wenn du allein auf der Station bist.“ (M1: 506-509; Ausl.: S.S.) Die Ergebnisse der deutschlandweiten Befragung zu den Erfahrungen in der COVID-19-Pandemie mit 950 Befragten aus vollstationären Pflegeeinrichtungen bestätigen, dass die Arbeitsbelastung für Pflegekräfte durch die Pandemie massiv gestiegen ist. Bei 39 % der Beschäftigten sind die körperlichen und bei 65 % die psychischen Belastungen im Vergleich zu vor der Pandemie gestiegen. Grund für den Belastungszuwachs bildet die deutliche Ausweitung der Aufgaben im Pandemie-Kontext, so berichteten 59 % von zusätzlichen Arbeiten in erheblichem Umfang (vgl. Eggert/Teubner 2021: 4f.). Unter dem stark angestiegenem Arbeitspensum musste in erster Linie die Pflegequalität leiden, wie eine Mitarbeiterin berichtet:

„Also ich muss dir ganz ehrlich sagen, an schlechten Tagen, während Corona, da haben wir müssen, da ist man am Zahnfleisch gegangen, das ist nicht einmal gelogen. Da bist du allein zuständig für 15 Leute. Und es braucht mir keiner erklären, dass wenn ich allein zuständig bin für 15 Leute, da kannst du die Leute nicht top versorgen, das ist unrealistisch und das kann man, das kann ein Mensch nicht leisten.“ (M1: 351-355)

Erschwerend kam neben dem Anstieg an zusätzlichen Aufgaben hinzu, dass es zu vielen krankheits- und quarantänebedingten Ausfällen beim Pflegepersonal kam: „Es sind sehr viele Schwestern krank, haben Corona und dann fallen die aus und wenn die Ersten wiederkommen, dann gehen schon die Nächsten.“ (B2: 298-299) Es lässt sich somit festhalten, dass das gestiegene Arbeitspensum sowie die vielen Ausfälle zu einer erhöhten Arbeitsbelastung beim Personal und in weiterer Folge zu sinkender Pflegequalität führten. Insbesondere die Selbstbestimmungsrechte der Bewohnenden scheinen unter der Situation gelitten zu haben: „Und du musst dir denken, wenn du schon zu zweit arbeitest und dann kommt Coronakrise und dann ist die Hälfte von den Kollegen positiv oder in Quarantäne, wer arbeitet nachher? Redet man noch von Selbstbestimmung? Genau.“ (M1: 474-476)

Die Folgewirkungen der Pandemie waren jedoch nicht nur auf der Ebene der Selbstbestimmung, sondern ganzheitlich spürbar: „Körperlich, psychisch. Du merkst, dass die Leute richtig frustriert sind, ja. Corona hat sehr viel verändert.“ (M1: 480-481) Besonders der fehlende Bezug zu den Angehörigen, machte sich auf der emotionalen Ebene spürbar: „Das ganze Emotionale und so, das ist natürlich, das brauchen wir nicht schönreden, das ist auf der Strecke geblieben, ja.“ (M2: 255-257) Manche Bewohnende rutschten dadurch sogar in eine Depression hinein: „die einen guten Bezug gehabt haben zu den Angehörigen, die sind halt so in die Depri-phase reingefallen.“ (M3: 320-321) Auch Hwang et al. (2020) betonen, dass die notwendigen Maßnahmen zur sozialen Distanzierung mit hohen Kosten verbunden sind. Für die Bewohnenden von Altenpflegeeinrichtungen bedeuteten sie ein akutes, schweres Gefühl sozialer Isolation sowie Einsamkeit mit potenziell schwerwiegenden Folgen für die geistige und körperliche Gesundheit (vgl. Hwang et al. 2020: 1217).

Neben den vielen negativen Folgewirkungen, welche die Pandemie mit sich brachte, bemerkten einige Interviewpartner*innen auch positive Entwicklungen. So erzählte eine Bewohnerin, dass sie seit dem Einsetzen der Pandemie mehr mit ihrem Sohn telefoniert und bewertet dies als „schon positiv, klar, klar, ja“ (B4: 234) Die COVID-19-Pandemie bedeutete für viele Bewohner*innen einen abrupten Umstieg bzw. Einstieg in die virtuelle Welt. Diese bot die Möglichkeit, sich trotz physischen Kontaktbeschränkungen zu vernetzen und auszutauschen. Auf diese Weise konnten die Verluste an sozialem Austausch und die damit einhergehenden psychischen und gesundheitlichen Belastungen zumindest teilweise kompensiert werden (vgl. Ehni/Wahl 2021: 246). Auch in den untersuchten Einrichtungen wurde die digitale Welt als Chance zur Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen betrachtet und die Einführung in diese deshalb aktiv unterstützt:

„Ja, das haben wir viel gemacht! Wir haben dann auch Tablets zur Verfügung gestellt, Videotelefonie. [...] Und das natürlich ist schon mehr in den Fokus gekommen, ja. Klar, also telefonieren überhaupt. Grad videotelefonieren war dann der Oberrenner. Da haben wir nur noch Termine ausgemacht und die Kompetenztrainerin ist dann nur noch im Haus herumgelaufen mit dem Tablet und so, bei wem ist jetzt Videotelefonie angesagt und so.“ (M2: 263-270; Ausl.: S.S.)

Die Freude, die Angehörigen zumindest auf diesem Weg wiederzusehen, war bei den Bewohnenden groß, wie eine Pflegeassistentin berichtete: „Man hat halt schon gemerkt, dass sie sich gefreut haben mit dem.“ (M3: 369) Obwohl also festgehalten werden muss, dass die sozialen Distanzierungsmaßnahmen massive Auswirkungen auf die Gesundheit der Bewohnenden hatten, darf auch nicht vergessen werden, dass die Pflegeeinrichtungen äußerst motiviert waren, kreative Lösungen zu finden, um soziale Beziehungen so gut wie möglich aufrechtzuerhalten.

Abschließend sprach eine Pflegekraft noch die Corona-Schutzimpfung im Kontext von Selbstbestimmung an: „Also du kannst ja nicht einfach hergehen und jetzt einen Demenzerkrankten jetzt einfach nur so impfen, weil es passt gerade. [...] Die sind schon alle gefragt worden oder wo halt so der Fall ist, wo man nicht mehr fragen kann, dann wenigstens die Ehefrau oder die Angehörigen, ga?“ (M4: 912-918; Ausl.: S.S.) Wurde die Selbstbestimmung in anderen Bereichen aus Gründen des Infektionsschutzes beschnitten, wird bei der Impfung ein anderer Weg gegangen und die Wünsche der Bewohnenden respektiert.

Resümierend betrachtet stellte die COVID-19-Pandemie die Selbstbestimmungsrechte der Bewohner*innen von stationären Altenpflegeeinrichtungen auf die Probe und setzte sie, insbesondere in der Anfangsphase der Pandemie, sogar außer Kraft. Von Besuchsverboten über Verbote das eigene Zimmer zu verlassen bis hin zur Nichtweitergabe von Informationen zum eigenen Gesundheitszustand, die Bewohner*innen hatten wenig bis gar keinen Einfluss auf ihr eigenes Leben. War dieser Trend zwar auch gesamtgesellschaftlich zu beobachten, so waren die Einschränkungen, welche die Bewohner*innen von stationären Altenpflegeeinrichtungen über sich ergehen lassen mussten, vergleichsweise hoch. Die massiven Einschränkungen blieben nicht folgenlos für die Bewohnenden, vermehrt wurde von Einsamkeit, sozialer Isolation und Depression berichtet. Um dem entgegenzuwirken, versuchten die Pflegekräfte, trotz erhöhter Arbeitsbelastung im Zusammenhang mit der Pandemie, einiges: „Man hat halt so Verschiedenes probiert, um sie ein bisschen aus dieser Isolation zu lösen, ja.“ (M4: 938-939) Vor allem die Videotelefonie stieß auf große Begeisterung bei den Bewohnenden, da diese über lange Zeit die einzige Möglichkeit war, die eigenen Angehörigen zu sehen. Die Pflegekräfte waren folglich durchaus bemüht, einen normalen Alltag für die Bewohnenden zu schaffen, dennoch blieb das Gefühl, „kaserniert“ (B3: 285) zu sein, bestehen.

4.2.10. Einschätzungen zur Selbstbestimmung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, herauszufinden, was Selbstbestimmung im Kontext einer stationären Altenpflegeeinrichtung bedeutet. Wurde in den vorangegangenen Kapiteln Selbstbestimmung in verschiedenen Bereichen des Alltags in einer stationären Pflegeeinrichtung beleuchtet, so wurde nie die Frage aufgeworfen, ob die Bewohner*innen sich selbstbestimmt fühlen und ob die Pflegekräfte die Bewohner*innen als selbstbestimmt wahrnehmen. Dies hätte den Rahmen der Arbeit gesprengt und wurde daher bewusst in der Untersuchung außen vor gelassen. Da sich aber einige Interviewpartner*innen dennoch dazu äußerten, soll an dieser Stelle noch kurz darauf eingegangen werden.

Grundsätzlich ist auffallend, dass die Einschätzungen stark von der jeweiligen Institution abhängen. Während die Mitarbeiterinnen aus Heim 3 den Bewohnenden noch einen ziemlich hohen Grad an Selbstbestimmung zuschreiben, sehen sowohl die Bewohner*innen als auch die Mitarbeiter*innen aus Heim 2 wenige Möglichkeiten zur Selbstbestimmung: „Die Zeit ist vorbei, wo du etwas bestimmen hast können.“ (B4: 211) Für die befragte Bewohnerin ging der Umzug in die Pflegeeinrichtung mit dem Verlust der Möglichkeit, etwas selbst bestimmen zu können, einher. Mit dieser Einschätzung ist sie nicht allein, denn auch ein anderer Bewohner erklärte, dass sein Handlungsspielraum in der Einrichtung sehr eingeschränkt ist: „Nur in dem Rahmen, möchte ich mich bewegen können, wie ich will. Das kannst du natürlich da [im Heim] nicht, das ist klar.“ (B3: 236-237; Einf.: S.S.) Die befragten Bewohner*innen fühlen sich den Strukturen und Vorgaben der Einrichtung ausgesetzt und sehen nur wenige Möglichkeiten, sich frei darin zu bewegen sowie eigene Entscheidungen zu treffen. Selbstbestimmung ist im Gefühl dieser Befragten nicht mehr vorhanden. Interessant ist, dass diese zwei Befragten in der gleichen Einrichtung wohnhaft sind und sich als einzige Bewohnende dazu äußerten. In der gesamten Analyse ist Heim 2 als jenes mit den strengsten Vorgaben und der geringsten Flexibilität aufgefallen. Insofern ist es auch nicht verwunderlich, dass die Betroffenen das Gefühl haben, dass die Regeln der Institution festgeschrieben sind und Veränderungen passend zu individuellen Wünschen schwer oder gar nicht möglich sind. Auch die befragte Mitarbeiterin aus Heim 2 gab eine ähnliche Einschätzung zur Selbstbestimmung der Pflegebedürftigen: „Also, das sind alles so Sachen, du tust eigentlich den ganzen Tag nur verneinen und sie in ihrer Selbstbestimmung, ja, herab degradieren, so gesehen.“ (M4: 1030-1031) Anders sieht es hingegen in Heim 3 aus: „Bei uns ist eigentlich jeder Bewohner selbstbestimmt, der klar im Kopf ist. Aber man zwingt keinen zu irgendwas, also das gibt's nicht.“ (M3: 51-52) Für diese Pflegehelferin sind es in erster Linie die psychischen und physischen Voraussetzungen, die darüber entscheiden, wie selbstbestimmt die Bewohner*innen sind. Eine andere Pflegekraft erklärte jedoch, dass auch jene Bewohner*innen mit kognitiven Beeinträchtigungen ihren Willen ausdrücken können:

„Ja, auch wenn sie sich so nicht mehr mitteilen können, wenn sie etwas nicht wollen, also die, da wird halt viel über Körpersprache, auch ein bisschen über Abwehrhaltung oder so. Wo man dann sagt: 'Ok passt, das möchte ich nun nicht essen.' Das akzeptieren wir dann auch so. Oder auch bei der Körperpflege oder beim Wecken in der Früh. Wenn sie dann schon eine Abwehrhaltung zeigen, dann sagen wir auch: 'Passt, lassen wir noch ein bisschen.' Und die, die kognitiv eh noch gut sind, die sagen das dann auch ganz klar. Also die sagen was sie wollen, wo ihre Bedürfnisse sind und auch wenn sie etwas nicht wollen, bringen sie das ganz klar zum Ausdruck, ja.“ (M2: 106-113)

In diesem Ausschnitt wird deutlich, dass auch jene Bewohner*innen, die sprachlich nicht mehr dazu in der Lage sind, ihre Bedürfnisse zu artikulieren, dennoch Wünsche und Bedürfnisse äußern können. Die Pflegekräfte sind in solchen Fällen nur besonders gefordert, Mittel und Wege zu finden, um einen Zugang zu diesen zu erhalten.

Es zeigt sich also, dass auch pflegebedürftige Menschen sehr wohl in der Lage sind, ihren Willen zu äußern und selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Jedoch scheinen die Strukturen in den jeweiligen Pflegeeinrichtungen einen erheblichen Einfluss darauf zu haben, inwieweit dies möglich ist. Dementsprechend gehen auch die Einschätzung zur Selbstbestimmtheit in Abhängigkeit von der jeweiligen Institution auseinander. Während es in dem einen Heim heißt: „Also Selbstbestimmung, wenn man das prozentuell irgendwie aufsagen würde, kann man sagen, vielleicht nicht einmal 50 %“ (M4: 208-210), heißt es in einem anderen: „90 % können sie tun, was sie wollen“ (M3: 73-74) Je mehr Flexibilität in der Einrichtung zugelassen wird, desto mehr Spielraum haben die Bewohnenden auch, ihre Wünsche und Bedürfnisse einzubringen.

5. Fazit

Ziel der vorliegenden Masterarbeit war es, Einblick in das Leben und den Alltag von Bewohner*innen stationärer Altenpflegeeinrichtungen zu bekommen und zu analysieren, was Selbstbestimmung in diesem Zusammenhang bedeutet. Die Literaturrecherche zeigt, dass der Bedarf an stationärer Langzeitpflege in Österreich in den nächsten Jahren aufgrund des starken Wachstums der älteren Bevölkerungsgruppe zunehmen wird. Lebt jetzt noch ein vergleichsweise geringer Teil der Bevölkerung im Pensionsalter in institutionalisierten Wohnformen, so könnte sich dies in den nächsten Jahren aufgrund des zunehmend steigenden Lebensalters ändern.

Der Umzug in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung bedeutet für die Betroffenen eine komplette Neugestaltung der gesamten Lebenssituation und geht dementsprechend mit Veränderungen auf sozialer, psychischer und gesundheitlicher Ebene einher. Grundsätzlich dürfte der Umzug in die Pflegeeinrichtung aber keine Reduktion der Selbstbestimmungsmöglichkeiten bedeuten, denn diese sind beispielsweise in der UN-Behindertenrechtskonvention sowie in der Patientencharta verankert. Den-

noch zeigt die bisherige Forschung, dass Bewohner*innen von Altenpflegeeinrichtungen sich tendenziell weniger selbstbestimmt fühlen als jene Menschen, die in keiner institutionalisierten Wohnform leben. In stationären Pflegeeinrichtungen wird die Selbstbestimmung von verschiedensten Faktoren auf der Subjekt-, Beziehungs- sowie der Organisationsebene beeinflusst. Auf der Subjektebene sind es die Bewohnenden selbst mit ihren individuellen Fähigkeiten und Persönlichkeitsstrukturen, die Einfluss auf ihre Selbstbestimmungsmöglichkeiten nehmen. Personen, die beispielsweise sehr genügsam und höflich sind, neigen eher dazu ihre Wünsche nicht zu äußern und können dadurch auch weniger selbst bestimmen. Auf der Beziehungsebene bilden insbesondere die Mitarbeitenden sowie die Angehörigen wichtige Einflussgrößen. So schaffen meist erst die Mitarbeitenden Möglichkeiten, sich selbstbestimmt zu fühlen und die Angehörigen tragen mit ihrem spezifischen Wissen und emotionalen Zugängen zur Wunscherfassung und damit in weiterer Folge zur Wunschverwirklichung bei. Schließlich braucht es auf Organisationsebene in erster Linie genügend Ressourcen, die es zu identifizieren, beschaffen und nutzen gilt, damit sich die Bewohnenden selbstbestimmt fühlen. Weiters sollte die Einrichtung auf eine Bewohner*innenzentrierung und Bedürfnisorientierung ausgerichtet sein, welche schriftlich verankert und öffentlich ausgehängt werden sollten, damit Selbstbestimmung als anzustrebendes Ziel ins kollektive Bewusstsein eindringt.

Forschungsleitend für die vorliegende Arbeit war die Frage, was ein selbstbestimmtes Leben in einer stationären Altenpflegeeinrichtung aus Sicht der Bewohnenden sowie aus Sicht der dort tätigen Mitarbeiter*innen bedeutet. Die Ergebnisse der problemzentrierten Interviews mit vier Bewohnenden und vier Mitarbeitenden aus drei verschiedenen Einrichtungen in Kärnten zeigen, dass es in erster Linie die kleinen Alltagsdinge sind, in denen sich Selbstbestimmung zeigt. Im Zuge der Analyse wurden die Bereiche Pflege, Essen, Tagesgestaltung, Wohnen sowie Beziehungen als jene identifiziert, in denen am besten zu tragen kommt, was Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen bedeutet.

Prinzipiell verstehen die Befragten unter dem Begriff 'Selbstbestimmung' die Möglichkeit, über das eigene Leben bestimmen und zwischen verschiedenen Wahl- und Handlungsoptionen entscheiden zu können. Gleichzeitig fügen vor allem die Bewohnenden auch hinzu, dass diese Wahlfreiheit in der Pflegeeinrichtung beschnitten wurde und teilweise sogar gänzlich weggefallen ist. Eine Befragte stellte auch die Wunschéußerung in den Mittelpunkt ihrer Definition und betonte damit die Möglichkeit, die eigenen Bedürfnisse offen kommunizieren zu können. Die Mitarbeitenden nahmen hingegen eine eher pragmatische Haltung ein und definierten Selbstbestimmung als Kontrolle über den Pflegeprozess. Einigkeit herrschte jedoch darüber, dass sich Selbstbestimmung in vielfacher Weise und in den verschiedensten Bereichen zeigt.

Zunächst wurde in diesem Zusammenhang der Bereich Pflege genannt. Selbstbestimmung meint in diesem Bereich die Kontrolle über den gesamten Pflegeprozess zu haben. Die Interviewpartner*innen bezogen sich dabei auf das Entscheiden über die Pflegezeit, das Festlegen der Dauer

und Häufigkeit der Körperhygiene sowie das selbstständige Durchführen von gewissen Tätigkeiten im Rahmen der persönlichen Möglichkeiten. Diese Punkte sind in stationären Altenpflegeeinrichtungen keine Selbstverständlichkeit und je nach Institution waren die Entscheidungsmöglichkeiten unterschiedlich stark vorhanden. Ist die Körperhygiene in der einen Einrichtung auf einen Tag pro Woche limitiert, orientiert man sich in der anderen Einrichtung ganz an den Bedürfnissen der Bewohner*innen, weshalb manche sogar mehrmals am Tag gewaschen werden. Je enger die zeitlichen Strukturen sind und je starrer die institutionellen Abläufe sind, desto weniger kann auf die individuellen Wünsche der Bewohnenden eingegangen werden.

Essen wurde in den Interviews als zentrales Thema für die Bewohnenden identifiziert und ist dementsprechend auch im Selbstbestimmungskontext relevant. Selbstbestimmung zeigt sich in diesem Bereich nicht nur in der bloßen Wahlfreiheit des Menüs, sondern in der Gestaltung des gesamten Prozesses rund um die Nahrungsaufnahme: Selbstbestimmte Bewohner*innen können selbst entscheiden, wann, wo, was und mit wem sie ihre Mahlzeiten zu sich nehmen. In allen untersuchten Einrichtungen gab es rund um das Essen eine klare Zeitstruktur, jedoch divergierte wiederum die diesbezügliche Flexibilität. Waren in der einen Institution Abweichungen von den Essenszeiten nicht möglich bzw. äußerst unerwünscht, gab es in der nächsten Organisation in jedem Stockwerk mindestens eine Küche, um den Bewohnenden jederzeit Essen warm machen zu können. Die vorhandenen Ressourcen beeinflussten folglich erheblich, wie Selbstbestimmung in der Organisation gelebt werden kann.

Am kompromissbereitesten zeigten sich die interviewten Bewohner*innen in der Tagesgestaltung, die hauptsächlich von der Funktionslogik und den Erfordernissen der Institutionen bestimmt wurde. Festgelegte Tagesabläufe wurden von den Befragten als normal und auch als notwendig für die Einrichtung und die Bewohnenden erachtet. Selbstbestimmung im Bereich der Tagesgestaltung bedeutet jedoch in Abhängigkeit von den individuellen Bedürfnissen zwischen einer Vielzahl von Aktivitäten entscheiden zu können. In der Realität war der Tag der Bewohnenden klar strukturiert und die Wahlmöglichkeiten in offenen Zeitfenstern begrenzt. Zum entscheidenden Kriterium werden in diesem Bereich die psychischen und physischen Fähigkeiten der Bewohnenden, denn selbstständige Bewohner*innen konnten innerhalb der festgelegten Tagesstruktur Möglichkeiten zur Selbstbestimmung finden und unternahmen beispielsweise eigenständig Ausflüge.

Selbstbestimmung äußert sich im Bereich Wohnen in vielfältiger Weise: Bereits beim Einzug zeigt sie sich darin, ob die pflegebedürftigen Menschen sich selbst für den Umzug entschieden oder ob jemand anders die Entscheidung für sie getroffen hat. Darüber hinaus bedeutet Selbstbestimmung auch darüber bestimmen zu können, ob man in einem Einbett- oder Mehrbettzimmer unterkommt und welche Möbel sowie Erinnerungsstücke man in die Altenpflegeeinrichtung mitnimmt. Aus den Erzählungen der Interviewpartner*innen wurde ersichtlich, dass Mehrbettzimmer sehr konflikthaft

sind, da sie psychosozial belastend sind und weil sie die Wahrung der Intim- und Privatsphäre erschweren. Schamgefühle sind bei den Bewohnenden unterschiedlich stark ausgeprägt, die Pflegekräfte haben aber verschiedenste Strategien entwickelt, damit die Überschreitung der Privatheitsgrenze nicht als entwürdigend wahrgenommen wird. Sexualität wird in Altenpflegeeinrichtungen hingegen nach wie vor tabuisiert und wurde auch in den Interviews kaum thematisiert. Doch Selbstbestimmung bedeutet nicht zuletzt auch im hohen Alter die eigene Sexualität ausleben zu können, weshalb eine breite Thematisierung wichtig wäre.

Schließlich kristallisierte sich in den Interviews heraus, dass sich Selbstbestimmung auch in den Beziehungen zu anderen Menschen äußert. Insbesondere die Pflegenden werden zur wesentlichen Bezugsgröße, da sie im Endeffekt darüber entscheiden, welche Wünsche erfüllt werden und welche nicht. Auch die Angehörigen, die über eine spezielle Beziehung zu den Bewohnenden verfügen, sind wichtig, da sie wesentlich zur Wunscherfüllung beitragen.

Zusammenfassend lässt sich somit festhalten, dass sich Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen darin zeigt, dass man weiterhin in allen Lebensbereichen die Kontrolle über das eigene Leben hat. Sei es bei der Entscheidung, um welche Uhrzeit man aufsteht, sei es bei der Wahl des Mittagessens oder sei es die Gestaltung des eigenen Wohnbereiches. Sie kann sich aber auch in formalisierter Weise äußern, zumeist in der Gestalt von Bewohner*innenbeiräten. Diese Art der Selbstvertretung ermöglicht es den Bewohnenden sich Gehör zu verschaffen und ein Sprachrohr für ihre Anliegen zu bekommen. Flächendeckend konnten sich Bewohner*innenbeiräte in Österreich noch nicht etablieren, so verfügten nur zwei der drei untersuchten Institutionen über einen. Aus Sicht der Einrichtungen, die bereits seit mehreren Jahren damit arbeiten, erfüllen diese aber ihren Zweck und wirken bestärkend auf die Bewohnenden.

Dennoch darf auch nicht vergessen werden, dass die Selbstbestimmung auch irgendwo ihre Grenzen finden muss. In den Interviews wurden Ressourcenmangel, Krankheiten sowie gefährliches Verhalten als hemmend bzw. in ihrer extremsten Form als Grenze von Selbstbestimmung identifiziert. Ressourcenmangel – in der Praxis vor allem als Personalmangel vorzufinden – bedeutet für die Bewohnenden bei den eigenen Wünschen zurückstecken zu müssen. Krankheiten können zu einem Verlust der Urteils- und Entscheidungsfähigkeit führen und sind insofern hemmend für die Selbstbestimmung. Schließlich bildet gefährliches Verhalten die klare Grenze von Selbstbestimmung, da der Schutz von Menschenleben Priorität gegenüber der Selbstbestimmung hat.

In der empirischen Forschung wurde aufgrund der Aktualität auch ein kurzer Blick in die Einflüsse der COVID-19-Pandemie auf Selbstbestimmungsmöglichkeiten gewagt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Bewohnenden nicht in den Entscheidungsprozess rund um Schutzmaßnahmen einbezogen wurden und auch keinen Widerspruch leisten konnten. Dafür machten sich die Folgen der sozialen Isolation deutlich in Form von Einsamkeit und dem Gefühl der Abgeschnittenheit bei ihnen bemerkbar. Die

Bewohnenden konnten nicht mehr über ihr eigenes Leben bestimmen, durften nicht mehr entscheiden, wie oft und von wem sie Besuch empfangen und konnten sich in ihrem eigenen Zuhause nicht frei bewegen. Die Pandemie brachte somit ein völliges Aussetzen der Selbstbestimmungsmöglichkeiten der Bewohnenden mit sich. Umso wichtiger ist es daher in Zeiten wie diesen die Selbstbestimmungsrechte der Bewohnenden zu stärken und weitere Forschung dazu zu leisten. Insbesondere die langfristigen Auswirkungen der Pandemie auf die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Bewohner*innen stationärer Altenpflegeeinrichtungen gilt es zu erforschen.

Abschließend soll noch betont werden, dass die alltagspraktische Ermöglichung von Selbstbestimmung in Pflegeeinrichtungen nur dann funktionieren kann, wenn sich die Organisationen flexibel zeigen und nicht auf eingefahrenen Strukturen verharren. Es braucht einen Organisationswandel, in welchem aus ehemals „totalen Institutionen“ (Goffmann 1981: 11) Organisationen geschaffen werden, die flexibel auf die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohnenden eingehen können und dabei gleichzeitig die komplexen Anforderungen einer stationären Pflegeeinrichtung erfüllen.

6. Literaturverzeichnis

- Aigner-Walder, Birgit/Bliem, Markus Gilbert (2012): Demographie und Daseinsvorsorge in Kärnten. Herausforderungen und Lösungsansätze auf kommunaler Ebene. Klagenfurt: IHS Kärnten.
- Andresen, Mette/Puggaard, Lis (2008): Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: a study protocol for an intervention study. In: BMC Geriatrics, 8. Jg., Heft 32: 1-7.
- Aronson, Polina/Mahler, Claudia (2016): Menschenrechte in der Pflegepraxis. Herausforderungen und Lösungsansätze in Pflegeheimen. Berlin (unveröffentlicht).
- Bachinger, Gerald (2018): Patientencharta & Rechtsgrundlagen. Online im Internet: <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/patientenrechte/patientencharta> [Zugriff am 09.04.2022].
- Bertelsmann Stiftung (2005): Perspektiven für das Wohnen im Alter. Handlungsempfehlungen des Beirates "Leben und Wohnen im Alter" der Bertelsmann Stiftung. Online im Internet: <https://silo.tips/download/positionspapier-perspektiven-fr-das-wohnen-im-alter-handlungsempfehlungen-des-be> [Zugriff am 16.08.2022].
- Beuchamp, Tom Lamar/Childress, James Franklin (2013): Principles of Biomedical Ethics. New York; Oxford: Oxford University Press.
- Bleck, Christian/Schultz, Laura/Conen, Ina/Frerck, Timm/Henke, Stefanie/Leiber, Simone/Fuchs, Harry (2020): Selbstbestimmt teilhaben in Altenpflegeeinrichtungen. Empirische Analysen zu fördernden und hemmenden Faktoren. Baden: Nomos.
- Brandenburg, Hermann (1994): Soziologie des Heims. In: Kruse, Andreas/Wahl, Hans-Werner (Hg.): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern u. a.: Huber: 67-81.
- Brandenburg, Hermann (2005): Neue Strategien des Managements von Pflegeeinrichtungen. In: Huber, Martin/Siegel, Siglinde Anne/Wächter, Claudia/Brandenburg, Andrea (2005): Autonomie im Alter: Leben und Altwerden im Pflegeheim. Wie Pflegenden die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche: 127-141.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): Pflegepersonal-Bedarfsprognose für Österreich. Wien (unveröffentlicht).
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2016): UN-Behindertenrechtskonvention. Deutsche Übersetzung der Konvention und des Fakultativprotokolls. Online im Internet: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=19> [Zugriff am 03.04.2022].
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021): Umzug ins Seniorenheim. Das Wichtigste zum Heimvertragsgesetz. Wien (unveröffentlicht).
- Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2007): Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich. Wien (unveröffentlicht).
- Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (2019): Das Heimaufenthaltsgesetz. Erweiterung des Geltungsbereichs auf Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger. Wien (unveröffentlicht).

- Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (2020): Partizipation und soziale Teilhabe älterer Menschen trotz Corona-Pandemie ermöglichen. Online im Internet: https://www.dggg-online.de/files/dggg/downloads/covid-19/20200424_DGGG_Statement_Sektionen_II_III_IV_Soziale_Teilhabe_und_Partizipation.pdf [Zugriff am 16.06.2022].
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2020): Stellungnahme. Menschenrechte Älterer auch in der Corona-Pandemie wirksam schützen. Berlin (unveröffentlicht).
- Dörner, Klaus (2014): Helfensbedürftig: Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. 3. Aufl. Neumünster: Paranus-Verl. der Brücke Neumünster.
- Dröber, Angie/Drude, Carsten (2004): Selbstbestimmung. In: Dröber, Angie (Hg.): Springer Lexikon Pflege. 3., überarb. und akt. Aufl., Berlin u.a.: Springer.
- Eggert, Simon/Teubner, Christian (2021): Die SARS-CoV-2-Pandemie in der professionellen Pflege: Perspektive stationärer Langzeitpflege und ambulanter Dienste. Online im Internet: <https://www.zqp.de/produkt/analyse-corona-langzeitpflege/> [Zugriff am 21.08.2022].
- Ehni, Hans-Jörg/Wahl, Hans-Werner (2021): Ethik und Alter in der Covid-19-Pandemie. In: Reis, Andreas/Schmidhuber, Martina/Frewer, Andreas (Hg.): Pandemien und Ethik. Entwicklung – Probleme – Lösungen. Berlin: Springer: 241-257.
- Estermann, Josef/Kneubühler, Hans-Ulrich (2008): Warum Lebensqualität im Pflegeheim bedeutsam ist und wie sie gemessen werden kann. In: Swiss Journal of Sociology, 34. Jg., Heft 1: 187-210.
- European Commission (2007): Health and long-term care in the European Union. Brussels: European Commission.
- European Network of National Human Rights Institutions (2017): Human Rights of Older Persons and Long-Term Care Project: The Application of International Human Rights Standards to Older Persons in Long-Term Care. Online im Internet: http://ennhri.org/wp-content/uploads/2019/10/ennhri_application_of_human_rights_to_ltc_feb_2017.pdf [Zugriff am 03.04.2022].
- Feuerstein, Christiane/Havel, Margarethe: Wohnformen im Alter. In: Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (Hg.): Ältere Menschen - neue Perspektiven. Seniorenbericht 2000. Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich. Wien: Bundesministerium für Soziale Sicherheit u. Generationen: 224-256.
- Fischbacher, Petra (2011): Stationäre Langzeitpflege in Österreich: Überlegungen zur Qualität, deren gesetzlicher Grundlage und deren Kontrolle. Wien: Universität Salzburg, Masterarbeit.
- Fischer, Lorenz (1976): Die Wirkungen der Institutionalisierung auf das Selbstbild alter Menschen. Wien: Böhlau.
- Flatscher-Thöni, Magdalena/Holzer, Elisabeth/Pallauf, Martin/Kreyer, Christiane (2022): Covid-19 Schutzmaßnahmen in Alten- und Pflegeheimen: zwischen Autonomie und Fürsorge – Ergebnisse einer Interviewstudie. In: Ethik Med, o. Jg., Heft 34: 221-238.
- Flick, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Aufl., Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Forster, Sophia/Frewer, Andreas (2021): Covid-19-Pandemie und der Schutz Älterer im internationalen Vergleich. Ergebnisse komparativer Forschung aus ethischer Perspektive. In: Reis, Andre-

- as/Schmidhuber, Martina/Frewer, Andreas (Hg.): Pandemien und Ethik. Entwicklung – Probleme – Lösungen. Berlin: Springer: 259-290.
- French, Glenys (2002): Occupational Disfranchisement in the Dependency Culture of a Nursing Home. In: *Journal of Occupational Science*, 9. Jg., Heft 1: 28-37.
- Frick, Jacqueline/Nieke, Susanne/Oppikofer, Sandra/Schelling, Hans Rudolf (2018): Selbstbestimmung im Alter und Generationensolidarität. Zürich (unveröffentlicht).
- Goffman, Erving (1981): *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. 4. Aufl., Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Halek, Margareta/Reuther, Sven/Schmidt, Jörg (2020): Herausforderungen für die pflegerische Versorgung in der stationären Altenhilfe. In: *MMW - Fortschritte der Medizin*, 9. Jg., Heft 162: 51-54.
- Hammar, Isabelle Ottenvall/Dahlin-Ivanoff, Synneve/Willhelmson, Katarina/Eklunda, Kajsa (2016): Self-determination among community-dwelling older persons: explanatory factors. In: *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23. Jg., Heft 3: 1-9.
- Hedeman, Maria/Häggström, Elisabeth/Mamhidir, Anna-Greta/Pöder, Ulrika (2019): Caring in nursing homes to promote autonomy and participation. In: *Nursing Ethics*, 26. Jg., Heft 1: 280-292.
- Heinemann-Knoch, Marianne/Korte, Elke/Schönberger, Christine/Schwarz, Birgit (1998): *Möglichkeiten und Grenzen selbstständigen Lebens und Arbeitens in stationären Einrichtungen: Belastungskonfigurationen und Empfehlungen zur Weiterbildung der Hilfen*. Stuttgart; Berlin; Köln: Kohlhammer.
- Heusinger, Josefine/Klünder, Monika (2005): „Ich lass‘ mir nicht die Butter vom Brot nehmen!“ Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Frankfurt am Main: Mabuse.
- Hlawna, Bettina (2021): *Die grundrechtliche Dimension ausgewählter Covid-19-Maßnahmen in Heim- und Pflegeanstalten*. Diplomarbeit aus Verfassungs- und Verwaltungsrecht. Salzburg: Paris-Lodron-Universität Salzburg, Diplomarbeit.
- Howgate, Beth (2015): Older people count: Archbishop Desmond Tutu joins our action/2015 campaign. Online im Internet: <https://www.helpage.org/newsroom/latest-news/older-people-count-archbishop-desmond-tutu-joins-our-action2015-campaign/> [Zugriff am 03.04.2022].
- Huber, Martin/Siegel, Siglinde Anne/Wächter, Claudia/Brandenburg, Andrea (2005): *Autonomie im Alter: Leben und Altwerden im Pflegeheim. Wie Pfleger die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern*. Hannover: Schlütersche.
- Hwang, Tzung-Jeng/Rabheru, Kiran/Peisah, Carmelle/Reichmann, William/Ikeda, Manabu (2020): Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. In: *Int Psychogeriatr*, 32. Jg., Heft 10: 1217-1220.
- Kammerer, Kerstin/Falk, Katrin/Heusinger, Josefine/Kümpers, Susanne (2012): Selbstbestimmung bei Pflegebedürftigkeit. Drei Fallbeispiele zu individuellen und sozialräumlichen Ressourcen älterer Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 45. Jg., Heft 7: 624-629.
- Keller, Sabine (2006): *Leben und Wohnen im Alter*. Berlin: Stiftung Warentest.
- Klie, Thomas/Krahmer, Utz (2009): *Sozialgesetzbuch XI, soziale Pflegeversicherung. Lehr- und Praxis-kommentar*. 3. Aufl. Baden-Baden: Nomos.

- Koch-Straube, Ursula (1997): Fremde Welt Pflegeheim – eine ethnologische Studie. Bern u. a.: Huber.
- Kreimer, Reinhard (2004): Altenpflege: menschlich, modern und kreativ. Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation. Hannover: Schöningh.
- Kremer-Preiß, Ursula/Stolarz, Holger (2003): Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse –.Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Kruse, Andreas (2005): Selbstständigkeit, bewusst angenommene Abhängigkeit, Selbstverantwortung und Mitverantwortung als zentrale Kategorien einer ethischen Betrachtung des Alters. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 38. Jg., Heft 4: 273-287.
- Kurz, Andrea/Stockhammer, Constanze/Fuchs, Susanne/Meinhard, Dieter (2009): Das problemzentrierte Interview. In: Buber, Renate/Holzmüller, Hartmut H. (Hg.): Qualitative Marktforschung. Konzepte – Methoden – Analysen. 2. Aufl., Wiesbaden: GWV Fachverlage: 463-475.
- Lothian, Kate/Philip, Ian (2001): Maintaining the dignity and autonomy of older people in the healthcare setting. In: BMJ, o. Jg., Heft 322: 668-670.
- Matul, Christian (1995): Stationäre Einrichtungen der Altenpflege. Lösungsvorschläge zur Erfolgsmessung und Qualitätsbeurteilung in Alten- und Pflegeheimen. Wien: Service Fachverlag.
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Aufl., Weinheim; Basel: Beltz.
- Meyer, Thomas (2004): Die Familie im demografischen Wandel. In: Frevel, Bernhard (Hg.): Herausforderungen demografischer Wandel. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Miklautz, Michaela (2006): Aktivsein in Senioren- und Pflegeheimen. Eine deskriptive Studie. Frankfurt am Main u. a.: Peter Lang.
- Moilanen, Tanja/Kangasniemi, Mari/Papinaho, Oili/Mynttinen, Mari/Siipi, Helena/Suominen, Sakari/Suhonen, Riitta (2021): Older People's Perceived Autonomy in Residential Care: An Integrative Review. In: Nursing Ethics, 28. Jg., Heft 3: 414-434.
- Niederhametner, Petra (2016): Verletzungen von Menschenrechten vermeiden. Prävention am Beispiel von Pflegeheimen und psychiatrischen Abteilungen. Wien: Facultas.
- OECD Economics Department (2006): Projecting OECD Health and Long-term Care Expenditures: What Are The Main Drivers? Working Papers No.477. Online im Internet: <http://www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf> [Zugriff am 15.03.2022].
- Ohlerth, Eva/Wittig, Frank (2019): Albtraum Pflegeheim: Eine Altenpflegerin gibt Einblick in skandalöse Zustände. München: riva.
- Oswald, Frank/Wahl, Hans-Werner/Antfang, Peter/Heusel, Christof/Maurer, Alfons/Schmidt, Harry (2014): Lebensqualität in der stationären Altenpflege mit INSEL. Konzeption, praxisnahe Erfassung, Befunde und sozialpolitische Implikationen. Berlin; Münster: LIT.
- Pawlik, Michael (2012): Das Recht der Älteren im Strafrecht – Bedeutung und Reichweite des Grundsatzes der Patientenautonomie. In: Becker, Ulrich Becker/Roth, Markus (Hg.): Recht der Älteren. Berlin; Boston: Walter de Gruyter: 127-163.

- Peisah, Carmelle/Byrnes, Andrew/Doron, Israel/Dark, Michael/Quinn, Gerard (2020): Advocacy for the human rights of older people in the COVID pandemic and beyond: a call to mental health professionals. In: *International Psychogeriatrics*, 32. Jg., Heft 10: 1199-1204.
- Pfabigan, Doris (2010): *Würde und Autonomie im Kontext geriatrischer Langzeitpflege. Eine philosophische, disziplin- und methodenübergreifende Studie zu Fragen eines selbstbestimmten und würdevollen Alterns.* Wien: Universität Wien, Dissertation.
- Pohlmann, Stefan/Leopold, Christian/Heinecker, Paula (2012): *Richtungsentscheidungen für Jung und Alt.* In: Pohlmann, Stefan (Hg.): *Altern mit Zukunft.* Wiesbaden: Springer VS: 19-40.
- Riedl, Maria/Mantovan, Franco/Them, Christa (2013): *Being a Nursing Home Resident: A Challenge to One's Identity.* In: *Nursing Research and Practice*, o. Jg., o. Heft: 1-9.
- Rosenmayr, Leopold (2007): *Schöpferisch Altern. Eine Philosophie des Lebens.* Wien; Berlin: LIT.
- Rothgang, Heinz/Wolf-Ostermann, Karin (2020): *Regelmäßige Tests sind dringend erforderlich.* In: *Das Altenheim*, 59. Jg., Heft 7: 34-37.
- Rudda, Johannes/Fürstl-Grasser, Margarethe/Rubisch, Max (2008): *Neue Tendenzen der Pflegevorsorge in Österreich.* In: *Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift für Sozialversicherung*, 61. Jg., Heft 6: 331-341.
- Rüegger, Heinz (2021): *Würde und Autonomie im Alter. Ethische Herausforderungen in der Pflege und Betreuung von Menschen im Alter.* Bern (unveröffentlicht).
- Sandman, Lars (2007): *On the autonomy turf. A model for evaluating autonomy in different care contexts.* In: *Med Health Care*, 7. Jg., Heft 3: 261-268.
- Schick, Ingrid (1978): *Alte Menschen in Heimen: eine empirische Untersuchung zu Korrelaten des psychischen und sozialen Wohlbefindens von Heimbewohnern.* Köln: Hanstein.
- Schlaffer, Peter (2015): *Heimaufenthaltsgesetz. Information über den Umgang mit Freiheitsbeschränkungen in Altenheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe und Krankenanstalten.* Wien (unveröffentlicht).
- Schlaffer, Peter (2020): *Heimaufenthaltsgesetz. Information über das Recht auf Bewegungsfreiheit in Alten- und Pflegeheimen, Einrichtungen der Behindertenhilfe, Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger, Sonderschulen und Krankenanstalten.* Wien (unveröffentlicht).
- Schlögl-Flierl, Kerstin/Schneider, Werner (2021): *Selbstbestimmtes Leben im Pflegeheim (SeLeP) – Die Würde des pflegebedürftigen Menschen in der letzten Lebensphase.* Online im Internet: https://pflegenetzwerk-deutschland.de/fileadmin/files/Schwerpunkt_SeLeP/pflegenetzwerk-deutschland-selep-ergebnisbericht.pdf [Zugriff am 04.03.2022].
- Schulz-Nieswandt, Frank (2020): *Corona und die Verdichtung der Kasernierung alter Menschen.* In: Volkmer, Michael/Werner, Karin (Hg.): *Die Corona-Gesellschaft. Analysen zur Lage und Perspektiven für die Zukunft.* Bielefeld: transcript: 119-123.
- Schumann, Susette (2020): *Selbstbestimmung älterer Menschen: Lehrbuch zur praktischen Umsetzung des umfassenden Pflegebedürftigkeitsbegriffs.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Sherwin, Susan/Winsby, Meghan (2010): *A relational perspective on autonomy for older adults residing in nursing homes.* In: *Health Expectations*, o. Jg., Heft 14: 182-190.

- Stamann, Christoph/Janssen, Markus/Schreier, Margrit (2016): Qualitative Inhaltsanalyse – Versuch einer Begriffsbestimmung und Systematisierung. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research, 17. Jg., Heft 3: o.S.
- Statistik Austria (2021): Bevölkerung insgesamt und in Anstaltshaushalten nach Alter und Geschlecht, 2019. Online im Internet: https://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_PDF_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=035113 [Zugriff am 02.03.2022].
- Unger, Jutta (2012): Sexualität in der stationären Langzeitpflege, ein Tabu. Graz: Karl-Franzens-Universität Graz, Masterarbeit.
- Voges, Wolfgang/Zinke, Melanie (2010): Wohnen im Alter. In: Aner, Kirsten/Karl, Ute (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit und Alter. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften: 301-308.
- Wenger-Haargassner (2012): Frau und Mann bewältigen anders: Geschlechterunterschiede im Coping bei Pflegebedürftigkeit. In: Kümpers, Susanne/Heusinger, Josefine (Hg.): Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung. Bern: Hans Huber: 107-119.
- WHO (o.J.): Health and social care systems. Online im Internet: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/healthy-ageing/data-and-statistics/health-and-social-care-systems> [Zugriff am 30.03.2022].
- WHO (2002): Aktiv Altern. Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Online im Internet: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf [Zugriff am 02.04.2022].
- Witzel, Andreas (1982): Verfahren der Qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen. Campus Verlag.
- Witzel, Andreas/Reiter, Herwig (2021): Das problemzentrierte Interview. Online im Internet: <https://osf.io/uetaq8/download>. [Zugriff am 21.07.2022].
- Zander, Michael (2015): Autonomie bei (ambulanten) Pflegebedarf im Alter. Eine psychologische Untersuchung. Bern: Verlag Hans Huber.

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Demografische Entwicklung der Bevölkerung im Alter von 75 Jahren und älter.	7
---	---

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick Interviews	38
Tabelle 2: Aufbau Interviewleitfäden	40
Tabelle 3: Überblick gebildeter Kategorien.....	44

9. Anhang



Interviewleitfaden Bewohner*innen

Titel Masterarbeit: Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen

Verfasst von: Sara Schönberg, BA

Betreuerin: Ao.Univ.-Prof.^{In} Mag.^a Dr.^{In} Marion Sigot

Zur Person

- Können Sie mir kurz ein bisschen was über sich erzählen?
- Wann sind Sie hier eingezogen?
- Wie ist es dazu gekommen, dass Sie hierhergekommen sind?

Verständnis von Selbstbestimmung

- Was verstehen Sie unter Selbstbestimmung?
- Gibt es Ihrer Ansicht nach einen Unterschied zwischen Selbstbestimmung und Selbstständigkeit? Wenn ja, welchen?
- Was bedeutet für Sie ein selbstbestimmtes Leben als Bewohner*in einer Altenpflegeeinrichtung?

Selbstbestimmung im Pflegealltag

- Wie schaut Ihr Tagesablauf hier aus und inwieweit können Sie diesen selbst bestimmen?
- Können Sie selbst darüber entscheiden, wann und was sie essen/trinken?
- Können Sie selbst darüber entscheiden, wann sie sich mit Freund*innen und Familienmitgliedern innerhalb und außerhalb der Einrichtung treffen?
- Konnten Sie Ihr Zimmer hier bei Einzug selbst gestalten? (z.B. durch eigene Möbel)
- Inwieweit können Sie über den Pflegeprozess bestimmen? (z.B. Uhrzeit, Dauer und Häufigkeit des Badens)
- Würden Sie sagen, dass hier auf Ihre Intim- und Privatsphäre Wert gelegt wird?
- Welche Wünsche äußern Sie gegenüber den Mitarbeitenden der Einrichtung? Wie reagieren die Mitarbeitenden auf diese?
- In welchen Bereichen würden Sie sich mehr Selbstbestimmung wünschen?
- Gibt es Bereiche in Ihrem Leben, in denen Sie nicht selbst bestimmen wollen?

Rahmenbedingungen Selbstbestimmung

- Was ist Ihrer Meinung nach förderlich für die Selbstbestimmung der Heimbewohner*innen?
- Was ist Ihrer Meinung nach hinderlich für die Selbstbestimmung der Heimbewohner*innen?
- Was könnte Ihrer Meinung nach noch verbessert werden (seitens der Institution, Pflegekräfte, Angehörigen, etc.), damit Sie und andere Heimbewohner*innen sich selbstbestimmter fühlen?

Formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten

- Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Sie als Heimbewohner*in?
- Gibt es in diesem Heim einen Heimbeirat/eine Heimvertretung?
 - Wenn ja:* - Haben Sie schon einmal ein Anliegen von sich selbst mit dem Beirat/der Vertretung besprochen?
 - Was halten Sie von dem Beirat/der Heimvertretung?
 - Wenn nein:* - Warum glauben Sie gibt es keinen?
 - Würden Sie sich einen wünschen?

Veränderungen durch die COVID-19-Pandemie

- Wohnten Sie bereits vor der COVID-19-Pandemie in dieser Einrichtung?
 - Wenn ja:* - Wie hat sich der Alltag in Ihrer Pflegeeinrichtung durch die COVID-19-Pandemie verändert?
 - Bemerkten Sie auch Veränderungen in Bezug auf Selbstbestimmung?
 - Wurden durch die Pandemie neue Möglichkeiten und Potenziale entdeckt? (z.B. digitale Medien als Kommunikationsmöglichkeit)
 - Wenn nein:* - Wie glauben Sie hat sich der Alltag in der Pflegeeinrichtung durch die COVID-19-Pandemie verändert?
 - Glauben Sie, dass es auch Veränderungen in Bezug auf Selbstbestimmung gegeben hat?
 - Glauben Sie, dass durch die Pandemie auch neue Möglichkeiten und Potenziale entdeckt wurden? (z.B. digitale Medien als Kommunikationsmöglichkeit)

Interviewleitfaden Mitarbeiter*innen

Titel Masterarbeit: Selbstbestimmung in Altenpflegeeinrichtungen

Verfasst von: Sara Schönberg, BA

Betreuerin: Ao.Univ.-Prof.ⁱⁿ Mag.^a Dr.ⁱⁿ Marion Sigot

Zur Person

- Wie lange arbeiten Sie schon in der Einrichtung?
- Was genau sind Ihre Aufgaben in der Einrichtung?
- Können Sie mir beschreiben, wie für Sie ein typischer Arbeitstag aussieht?

Verständnis von Selbstbestimmung

- Was verstehen Sie unter Selbstbestimmung?
- Gibt es Ihrer Ansicht nach einen Unterschied zwischen Selbstbestimmung und Selbstständigkeit? Wenn ja, welchen?
- Was bedeutet für Sie ein selbstbestimmtes Leben als Bewohner*in einer stationären Pflegeeinrichtung?

Selbstbestimmung im Pflegealltag

- Haben Sie Bewohner*innen schon auf Selbstbestimmung angesprochen?
- Wie weit können die Bewohner*innen ihren Alltag selbst gestalten und organisieren?
- Können die Bewohner*innen selbst darüber entscheiden wann und was sie essen/trinken?
- Können die Bewohner*innen selbst darüber entscheiden, wann sie sich mit Freund*innen innerhalb und außerhalb der Einrichtung treffen?
- Wie viel Freiraum wird den Bewohner*innen für die Gestaltung Ihrer Umgebung hier gegeben? (z.B. Möbeln, Beleuchtung, Wandfarbe, etc.)
- Inwieweit können die Bewohner*innen über den Pflegeprozess selbst bestimmen? (z.B. Uhrzeit, Dauer und Häufigkeit des Badens)
- Wie reagieren Sie üblicherweise, wenn ein*e Bewohner*in eine Pflegemaßnahme ablehnt?
- Wie gut wird Ihrer Meinung nach die Intim- und Privatsphäre der Bewohner*innen geachtet?
- Können Sie sich an eine Situation erinnern, wo Sie dem Bewohner oder der Bewohnerin etwas Gutes tun wollten, aber nicht nach deren Einwilligung gefragt haben?
- Wo liegen für Sie die Grenzen der Förderung von Selbstbestimmung?

Rahmenbedingungen Selbstbestimmung

- Sind die personellen, zeitlichen und räumlichen Ressourcen für die Förderung von Selbstbestimmung Ihrer Meinung nach in Ihrer Institution gegeben?
- Was ist Ihrer Meinung nach förderlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen?
- Was ist Ihrer Meinung nach hinderlich für die Selbstbestimmung der Bewohner*innen?
- Wo verorten Sie die Rolle der Angehörigen in Bezug auf die Wahrung von Selbstbestimmung der Bewohner*innen?
- Was könnte Ihrer Meinung nach noch verbessert werden (seitens der Institution, Pflegekräfte, Angehörigen, etc.), damit sich die Bewohner*innen selbstbestimmter fühlen?

Formale Selbstbestimmungsmöglichkeiten

- Welche Beschwerdemöglichkeiten haben Bewohner*innen?
- Gibt es einen Bewohner*innenbeirat in Ihrer Einrichtung?

Veränderungen durch die COVID-19-Pandemie

- Waren Sie bereits vor der COVID-19-Pandemie als Mitarbeiter*in in dieser Einrichtung tätig?

Wenn ja: - Wie hat sich der Alltag in Ihrer Pflegeeinrichtung durch die COVID-19-Pandemie verändert?

- Welche Auswirkungen hatte die COVID-19-Pandemie auf die Bewohner*innen Ihrer Einrichtung?

- Welche Veränderungen gab es in Bezug auf die Selbstbestimmung der Bewohner*innen durch die COVID-19-Pandemie?

- Haben Sie im Zuge der Pandemie bemerken können, dass neue Potenziale (z.B. digitale Medien zur Kommunikation) genutzt wurden?

Wenn nein: - Wie glauben Sie hat sich der Alltag in der Pflegeeinrichtung durch die COVID-19-Pandemie verändert?

- Glauben Sie, dass es auch Veränderungen in Bezug auf Selbstbestimmung gegeben hat?

- Glauben Sie, dass durch die Pandemie auch neue Potenziale entdeckt wurden? (z.B. digitale Medien als Kommunikationsmöglichkeit)

- Wie gehen Sie persönlich mit dem Spannungsverhältnis zwischen Schutz auf der einen Seite und Freiheit auf der anderen Seite um?