

Ankommen in der neuen Lebenswelt Altersheim

*Eine qualitative Studie über Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung und
Begleitung älterer Menschen während der Eingewöhnungsphase
in ein Pflege- und Betreuungszentrum*

Master Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades
Master of Science
im Universitätslehrgang Psychosoziale Beratung MSc14

von

Helga Burian-Ruf

Department für Psychotherapie und
Biopsychosoziale Gesundheit
an der Donau-Universität Krems

Muckendorf/Donau, Jänner 2020

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Helga Burian-Ruf, erkläre hiermit,

1. dass ich meine Master Thesis selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master Thesis bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls ich in gegenständlicher Arbeit Bezug auf ein einschlägiges Unternehmen meiner Praktikumstätigkeiten oder Interviewführungen (mehrere Pflege- und Betreuungszentren in Niederösterreich, Wien und der Steiermark) genommen habe, dieses über Titel, Form und Inhalt der Master Thesis unterrichtet und dessen Einverständnis eingeholt habe.

Muckendorf/Donau, 05.01.2020

.....

DANKSAGUNGEN / WIDMUNGEN

Mein inniger Dank gilt meinem Mann, der mich während der gesamten Studienzeit neben großen familiären Herausforderungen liebevoll unterstützt und begleitet hat.

Meinem Betreuer, René Reichel, möchte ich für seine wertvollen Rückmeldungen und Anregungen im Zuge der Betreuung, und Katharina Gerlich für die fachliche Unterstützung hinsichtlich der empirischen Aspekte meiner Masterarbeit herzlich danken.

Mein allerherzlichster Dank gilt auch meinen 8 Untersuchungs-TeilnehmerInnen: für euer Vertrauen und eure Offenheit, welche die Ausführung und Fertigstellung der Arbeit in dieser Form erst möglich gemacht hat; ebenso der jeweiligen Heimleitung, DGKP- bzw. DGKS-Leitung und den Pflegerinnen und Pflegern der Pflege- und Betreuungszentren, für den Zugang zum Forschungsfeld und eure Zeit – möge eure wichtige und wertvolle Arbeit immer Anerkennung und Wertschätzung finden.

Widmen möchte ich diese Arbeit meinen wunderbaren Großeltern und Eltern; insbesondere auch meinem Sohn André, meiner Nichte Stefanie und meinem Neffen Manuel für einen vertrauensvollen Weg.

ABSTRACT

Vorliegende Masterthesis beschäftigt sich mit der Erörterung von Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung älterer Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum (PBZ). Es wird von der Annahme ausgegangen, dass gerontopsychosoziale Beratung eine Unterstützung bzw. Förderung und somit positive Wirkung auf das Wohlbefinden älterer Menschen während dieser besonderen Lebensphase darstellt.

Die Arbeit umfasst im ersten, theoretischen Teil die häufigsten medizinischen, psychischen und psychosozialen Grundlagen einer Entscheidung zur Einweisung in ein PBZ, insbesondere Krankheitsbilder Demenz, psychische und physische Beeinträchtigungen älterer Menschen. Im Weiteren wird auf den differenzierten Umgang mit der neuen Lebenssituation eingegangen: dabei wird die Frage nach dem Lebenssinn und der Sinnhaftigkeit dieser besonderen Lebenssituation ebenso beleuchtet wie Existenz- und Identitätsfragen.

Die Beschreibung gerontopsychosozialer Beratungsmethoden bzw. Interventionen, Gedanken zur Grundhaltung einer adäquaten Beraterin/eines adäquaten Beraters sowie wesentliche Begriffsdefinitionen zum Thema runden den Theorieteil ab.

Der zweite, empirische Teil der Arbeit beinhaltet die im Rahmen der Grounded Theory Methode erhobenen bzw. analysierten Daten, deren Auswertung schließlich gegenständlicher Hypothese gegenübergestellt wird. Dazu wurden acht Betroffene mittels teilstrukturierten, problemzentrierten Leitfadeninterviews befragt, und die Aussagen der TeilnehmerInnen im Sinne der GTM als *gegenstandsverankerte* Theorie generiert.

Die Erkenntnisse aus dieser Studie sollen einen erweiternden Beitrag zur psychosozialen Beratung bzw. Begleitung älterer Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum leisten.

Stichworte für die Bibliothek:

Gerontopsychosoziale Beratung, ältere Menschen, Pflege- und Betreuungszentren, Eingewöhnungsphase

ABSTRACT

This master thesis deals with the question of effect factors in the geronto-psychosocial counselling and attending of elder humans during the phase of familiarization into a nurse and special care centre (PBZ). It is based on the assumption that psychosocial counselling causes a support and enhancement of the wellbeing of aged persons during this special phase of their life.

In the first theoretical section the thesis includes the most frequently medical, psychological and psychosocial basics for a decision to a hospitalization into a nurse and special care centre, especially clinical pictures of dementia, psychic as well as physical impairments. Aside from these basics, the different handling with the new life situation is to be exemplified: the question about the sense of life and the meaning of this special life situation is circumstantiated as well as questions of existence and identity.

The description of geronto-psychosocial counselling methods, thoughts about an adequate tenor of the counsellor and at last important definitions according to the subject-matter make the theoretic part complete.

The second empiric section gives information about the data evaluation resulting from the Grounded Theory Method (GTM), which is finally opposed to the hypothesis in question. Thereto eight persons concerned were interviewed based on a semi-structured, problem-centred interview guide, the statements of the interviewees were generated as a *grounded* theory within the meaning of GTM.

The findings of this study shall have a supplemental share in psychosocial counselling and attending of elder humans during the phase of familiarization into a nurse and special care centre.

Keywords for the Library:

Geronto-psychosocial counselling, elder people, nurse and special care centres, phase of familiarization

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
2. Theoretische Grundlagen	11
2.1 Entscheidungskriterien zur Einweisung in ein PBZ.....	11
2.1.1 Krankheitsbilder Demenz	12
2.1.2 Psychische Erkrankungen.....	15
2.1.3 Psychosomatik und körperliche Beeinträchtigungen	18
2.2 Umgang mit der neuen Situation	21
2.2.1 Existenzanalyse und Sinn Probleme/Sinn Ressourcen	22
2.2.2 Frage nach der eigenen Identität	24
2.2.3 Sinn des Lebens nach V. Frankl	27
2.2.4 Sinnhaftigkeit nach A. Antonovsky	27
2.3 Methoden der gerontopsychosozialen Beratung	28
2.3.1 Erstgesprächsführung – Krisenintervention.....	30
2.3.2 Herstellung einer tragfähigen Beziehung	31
2.3.3 Orientierungshilfe und Unterstützung bei der Eingewöhnung.....	31
2.3.4 Biographiearbeit – Ressourcenarbeit	32
2.3.5 Validation	33
2.4 Adäquate Grundhaltung	34
3. Empirie.....	37
3.1 Einleitung	37
3.2 Entscheidungskriterien zur qualitativen Forschung.....	38
3.3 Die Grounded Theory Methode (GTM).....	39
3.3.1 Die Hauptverfahren der GTM.....	40
3.3.2 Weitere Grundpraktiken der GTM	41
3.4 Forschungsverlauf.....	42
3.4.1 Kontaktaufnahme/Feldzugang	42
3.4.2 Interviewleitfaden	44
3.4.3 Stichprobe / Theoretisches Sampling.....	45
3.4.4 Datenerhebung	47
3.5 Kategorienentwicklung	48
3.5.1 Offenes Kodieren	49
3.5.2 Axiales Kodieren	60
3.5.3 Selektives Kodieren – Ergebnisse.....	68

4. Diskussion der Ergebnisse	75
5. Implikationen für die Beratung	85
6. Literaturverzeichnis	88
7. Abbildungsverzeichnis.....	91
8. Anhang.....	92
8.1 Anhang 1 ... Interviewleitfaden.....	92
8.2 Anhang 2 ... Einverständniserklärung inkl. Informationsblatt.....	94
8.3 Anhang 3 ... Datenschutzerklärung.....	97

1. Einleitung

Die vorliegende Masterarbeit setzt sich mit den Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung auf das subjektive Wohlbefinden von älteren Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum (PBZ) auseinander.

Die Motivation, gegenständliche Arbeit diesem Thema zu widmen, entstand vorrangig durch ein 7monatiges, bereicherndes wie bewegendes Praktikum in einem PBZ in Niederösterreich im Rahmen der Ausbildung zur Lebens- und Sozialberaterin und eine anschließende Weiterbildung zur Gerontopsychosozialen Beraterin mit den Ausbildungsinhalten *Gerontologie, Demenz, Psychische Erkrankungen im Alter, Psychosoziale Interventionen, Psychosomatik und Körper im Alter*.

Ziel der qualitativen Studie ist es, die Schwierigkeiten der Eingewöhnungsphase aufzuzeigen und die Wirkfaktoren der psychosozialen Interventionen in diesem Zusammenhang zu erforschen. Zudem soll an die eindrücklichen wie umfangreichen Studien von Betz (2010), Mayring & Saup (1990 et al.) und Peters (2006) zum Thema Übersiedlung bzw. Wohnen der Älteren in ein(em) Pflege- und Betreuungszentrum angeschlossen werden.

Die Menschen, die ich im Zuge dieses Praktikums kennen und schätzen lernen durfte, habe ich nach Beendigung der Ausbildung weiterhin ehrenamtlich besucht (ressourcenbedingt, meines Erachtens nach viel zu selten), auch aufgrund der Tatsache, dass die Einrichtung der psychosozialen Beratung/Betreuung in diesem PBZ wegen Unstimmigkeiten innerhalb der Leitung aufgelassen wurde. In diesem Jahr (2019) ist die letzte von mir seit 2012 begleitete Heimbewohnerin im Alter von 94 Jahren verstorben.

All deren Geschichten waren ebenso beeindruckend wie bewegend und fanden meine höchste Achtung und Wertschätzung. Die Praktikumszeit im PBZ war – neben psychosozialer Beratung und Begleitung und häufigen Kriseninterventionen – geprägt von Vermittlungstätigkeiten seitens der PraktikantInnen zwischen den Betroffenen und dem stets als überfordert wahrgenommenen Pflegepersonal, von welchem ich oftmals um Unterstützung bei psychosozialen Interventionen gebeten wurde.

Im Rahmen meiner nunmehr 7jährigen, selbständigen Tätigkeit als Lebens- und Sozialberaterin stelle ich zudem eine innerhalb der letzten fünf Jahre stark ansteigende

Häufigkeit von Ratsuchenden fest, deren nahe Verwandte in ein Pflege- und Betreuungszentrum übersiedeln mussten bzw. kurz davorstehen.

Zudem ist die aus den Medien allgemein bekannte, weltweit steigende Lebenserwartung, das ‚Altern‘ der Menschheit – insbesondere auch in Österreich – Beweggrund zur Verfassung gegenständlicher Arbeit. „Konnte ein um 1870 in den „Alpenländern“ der Monarchie geborenes Kind auf Grund der damals beobachteten Mortalitätsraten ein Lebensalter von etwa 35 Jahren erwarten, so lag dieser Wert zuletzt bei etwa 80 Jahren“ (Klotz, 2013, S. 13). Damit hat sich die Lebenserwartung in Österreich seither um rd. 45 Jahre erhöht, Tendenz weiter steigend.

Dazu waren laut *Statistik Austria* (2018, Pressemitteilung: 11.927-238/18) im Jahr 2017 insgesamt 82.485 Personen in Pflegeheimen, Pflegewohnhäusern und ähnlichen Einrichtungen untergebracht, wobei der Anteil der mindestens 75-Jährigen in der außerhäuslichen Betreuung und Pflege etwas höher (76%) lag als bei den mobilen Diensten (74%).

Die beeindruckende Praxiserfahrung in der gerontopsychosozialen Beratung einerseits, und die im Laufe der Recherchen erhobene Literatur andererseits führten zur Kernfrage gegenständlicher Arbeit.

Das Hauptinteresse liegt an der Erforschung der Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung auf das subjektive Wohlbefinden neuer HeimbewohnerInnen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum. Dabei soll aus den qualitativ erhobenen Daten und den daraus gewonnenen Einsichten eine reliable, valide Theorie gewonnen werden.

Gegenständliche Masterarbeit wurde im Rahmen des methodologischen Verfahrens der *Grounded Theory* nach Glaser & Strauss (1998/2005) mittels halbstrukturierter Einzelinterviews anhand eines Interview-Leitfadens (Atteslander, 2010, *Tab. 10.3*, erwähnt im Lehrbuch Döring & Bortz, 2016, S. 359) verfasst und soll einerseits einen tiefen Einblick in die von Betroffenen persönlich erlebte Eingewöhnungsphase in ein PBZ und andererseits Aufschluss über die Wirkfaktoren der gerontopsychosozialen Beratung bzw. Begleitung in dieser besonderen Lebensphase geben.

Der Theorieteil der Arbeit, welcher im Sinne der „theoretischen Sensibilität“ nach Strauss & Corbin (1996, S. 25) als anfänglicher Fokus dienen soll, erteilt zunächst einen Überblick über die Entscheidungskriterien zu einer Einweisung bzw.

Übersiedlung in ein Pflege- und Betreuungszentrum; insbesondere demenzielle Erkrankungen und andere psychische und physische Beeinträchtigungen bzw. Krankheitsbilder (Feil, 2010, 2013; Grünberger & Löw-Wirtz, 2007; Kastner & Löbach, 2010; WGKK, 2018).

Im Weiteren wird hier der Umgang der Betroffenen mit der neuen Lebenssituation und den damit einhergehenden möglichen Sinn-Thematiken beleuchtet (Längle, 2008, 2013, 2015). Dabei sollen die Fragen nach der eigenen Identität (Petzold, 1993) sowie der Suche nach dem Sinn des Lebens (Frankl, 2006) und der Sinnhaftigkeit einer Lebenssituation (Antonovsky, 1997) die Differenziertheit der Reaktionen von Betroffenen im Umgang mit der neuen Situation aufzeigen.

Eine Zusammenfassung der angewandten Interventionen der gerontopsychosozialen Beratung mit besonderem Augenmerk auf unbedingte, wertschätzende Grundhaltung, Empathie und Kongruenz einer/eines adäquaten Beraterin/Beraters (Feil, 2010; Längle, 1994; Reichel, 2016; Rogers, 1994; Salzmann, 2015) bilden eine weitere Basis für den Forschungsansatz am Ende des Theorieteils.

Der empirische Teil umfasst die Beschreibung des qualitativen Forschungsprozesses sowie eine detaillierte Auswertung von acht Leitfadeninterviews im Rahmen der Grounded Theory Methode, welche schließlich im Rahmen der Diskussion genannter Hypothese kritisch gegenübergestellt wird.

„Immer mehr zu haben, *wovon* wir leben, bringt die Gefahr, immer weniger zu haben, *wofür* wir leben“... frei nach Viktor Frankl ...

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Entscheidungskriterien zur Einweisung in ein PBZ

Viele ältere Menschen müssen aufgrund zunehmender körperlicher, psychischer, kognitiver und/oder sozialer Herausforderungen ihren ‚letzten Lebensabschnitt‘ in Pflege- und Betreuungszentren (PBZ) verbringen, was für die meisten von ihnen eine erhebliche psychische und soziale Belastung darstellt und einer angemessenen psychosozialen Begleitung bzw. Betreuung bedarf. „Der Abschied vom bisherigen Leben, der Übergang ins Heim und das Sich-Einleben in der neuen Umgebung stellt wohl einen der am meisten ängstigenden und belastenden Einschnitte im Leben dar, die ein älterer Mensch zu bewältigen hat“ (Peters, 2006, S. 236).

Diese Belastung findet wohl ihren Ursprung in der „existenziellen Bedeutung des Wohnens im Alter“ und des Herausgerissen-Werdens aus der ge-wohnten Umgebung (Mayring & Saup, 1990). „Wohnen heißt, an einem bestimmten Ort zuhause sein, in ihm verwurzelt sein und an ihn hingehören“ (Bollnow 1963, S. 125; zitiert nach Mayring & Saup, 1990, S. 75).

Im Sinne der von ebd. zitierten Lebensweisheit: „Einen alten Baum verpflanzt man nicht“, wird besonders auf die Schwierigkeit für ältere Menschen hingewiesen, welche nicht mehr in ihrer privaten Wohnung, sondern in einem Pflege- und Betreuungszentrum (PBZ) wohnen ‚müssen‘. Dennoch wird in vielen Fällen die Entscheidung zu einer Übersiedlung in ein PBZ gefällt, die Hauptkriterien dazu sind folgende:

Abbildung 01 – Ursachen für Pflegebedürftigkeit



(Quelle: Verein Meine Vorsorge, Wien, 2016)

2.1.1 Krankheitsbilder Demenz

Wie aus Abbildung 1 eindrücklich ersichtlich, stellt Demenz den höchsten Ursachenanteil für Pflegebedürftigkeit Österreichweit dar.

Definition: Demenz ist ein Überbegriff für eine Vielzahl von -auch psychischen- Erkrankungen, die im Alter typischerweise auftritt, jedoch keine ‚normale Alterserscheinung‘ darstellt. Derzeit sind mehr als 50 Krankheiten bekannt, die zu einer demenziellen Erkrankung führen können, wobei es - unabhängig von den zugrunde liegenden Erkrankungen - zu einem Verlust besonderer *geistiger* und in Folge auch *körperlicher* Fähigkeiten kommt (WGKK, 2018).

Das Wort „Demenz“ stammt aus dem Lateinischen „de“ = weg und „mens“ = Geist, Verstand; bedeutet folglich: „weg vom Geist - ohne Verstand“.

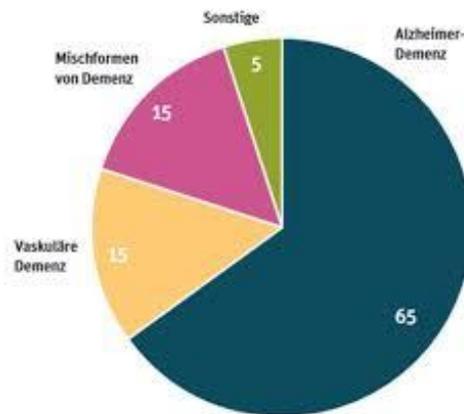
Nach der allgemein anerkannten ICD-10-Klassifikation ist Demenz (Code F00-F03):

ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen. Das Bewusstsein ist nicht getrübt. Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen (Störungen der Gehirndurchblutung) und bei anderen Zustandsbildern vor, die *primär* oder *sekundär* das Gehirn betreffen.

Typische Veränderungen bei Menschen mit Demenz ist also die Verschlechterung der Gedächtnisleistungen, des Denkvermögens, der Sprache und des praktischen Geschicks, begleitet von zunehmenden körperlichen Beeinträchtigungen, was zur Folge hat, dass Betroffene alltägliche Aufgaben nicht mehr ausführen können und im weiteren Verlauf der Krankheit pflegebedürftig werden.

Demenzformen: Grundsätzlich unterscheidet man *primäre* und *sekundäre* Demenzformen, wobei *primäre* Demenzen durch Schädigung des Hirngewebes entstehen (z.B. Alzheimer, Vaskuläre Demenz, Mischformen) und *sekundäre* durch pathologische Ereignisse und physiologische Störungen (z.B. Schädel-Hirn-Trauma, Infektion, Intoxikation, Alkohol) ausgelöst werden, die nicht primär im Gehirn zu suchen sind.

Abbildung 02 – Demenzformen



(Quelle: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2011, S.9)

Aufgrund der hohen Anzahl an Differenziertheit und Ursächlichkeit sowie der allgemein immer wieder sehr individuellen Erscheinungsbilder von Demenzerkrankungen wird hier lediglich auf die Schweregrade der Erkrankung und deren Auswirkungen auf Betroffene und deren Angehörige eingegangen.

Die gängigste Einteilung ist jene in *leichte*, *mittelschwere* und *schwere* Demenz, wobei während der Phase der *leichten* Demenz zwar durch Wortfindungsstörungen bzw. dem Folgen oder Wiederholen von Gesprächsinhalten, ersten Fehlhandlungen (z. B. bei der Bedienung von Haushaltsgeräten) bereits eine Beeinträchtigung bei den Erkrankten besteht, diese jedoch grundsätzlich noch alleine ihren Alltag meistern können. In diesem Stadium herrscht allgemein noch kein Pflegebedarf.

Im *zweiten* Stadium der Demenz (*mittelschwere* Demenz) ist ein vollständig unabhängig geführtes Leben nicht mehr möglich. Es treten immer mehr Schwierigkeiten bei einfachen Abläufen im alltäglichen Leben z.B. bei der Auswahl von Kleidungsstücken, beim Einkaufen und bei der Körperpflege auf, zudem verstärkt psychische Symptome wie z.B. Angst, Wahnvorstellungen, Verhaltensstörungen, innere Unruhe und Orientierungsstörungen, die oftmals zu ziellosem Herumirren bzw. auch Weglaufen führen können. Das hinzukommende aggressive Verhalten der Erkrankten in eben dieser Phase gegenüber den Angehörigen stellt zu alledem eine hohe Belastung, oft auch Überforderung der Familienmitglieder dar, sodass die Entscheidung der Einweisung in ein PBZ in vielen Fällen bereits in diesem Stadium gefällt wird, insbesondere wenn eine häusliche Betreuung aus unterschiedlichen Gründen nicht möglich ist.

Im *letzten* Stadium, der *schweren* Demenz, kann ein eigenständiges Leben nicht mehr geführt werden, und eine dauerhafte Betreuung und Beaufsichtigung der Erkrankten wird notwendig. „Diese letzte Phase der Demenz ist gekennzeichnet durch körperlich-neurologische Symptome.“ (WGKK, 2018, S. 9). Einfache Tätigkeiten wie Aufstehen, Waschen, Ankleiden, etc... können von den Erkrankten allein nicht mehr bewältigt werden, da zunehmend motorische Störungen auftreten, welche schließlich zu Bettlägerigkeit führen. Auch die Nahrungsaufnahme wird durch einhergehende Geschmacks- und Geruchsstörungen sowie Schluckbeschwerden gehemmt, Harn- und Stuhlinkontinenz können eine weitere Grundlage zur dauerhaften Pflege bilden.

Allerdings sollte aufgrund der komplexen Zuordnungsmöglichkeit von Symptomen, auch die psychosoziale Komponente durch Angehörige oder behandelnde Ärzte in Betracht gezogen werden; nämlich mithilfe einer einfühlsamen Einstellung zur Wiederherstellung des Selbstwertgefühls und Stressreduktion beizutragen, da sich der Zustand psychisch bereits beeinträchtigter Betroffener durch die Übersiedlung in eine völlig neue Umgebung in jedem Fall zunächst deutlich verschlechtert (Feil, 2013). Dann wäre es möglich, dass sich folgende Prognosen weniger dramatisch zeigen:

Abbildung 03 – Epidemiologie Demenz in Österreich

Epidemiologie der Demenz in Österreich

Im Jahr 2000	90.500 Demenzpatienten
Im Jahr 2050	262.300 Demenzpatienten
Neuerkrankungen 2000	23.600
Neuerkrankungen 2050	65.500
Anteil Alzheimer-Demenz	60–80%
Anteil Vaskuläre Demenz	10–25%
Anteil Lewy-Body-Demenz	7–25%
Anteil andere Demenzformen	<10%

Quelle: nach Konsensus-Statement Demenz 2010 der Österreichischen Alzheimergesellschaft und Österreichischer Demenz Bericht 2014, Bundesministerium für Gesundheit

2.1.2 Psychische Erkrankungen

Folgende psychische Symptome treten auch bei Demenzerkrankungen auf:

- Angst, Misstrauen, Furcht
- Depressivität
- Verkennungen und Halluzinationen
- Frustration

Laut Kastner & Löbach (2010) verstärken sich die *psychischen* Symptome einer *demenziellen Erkrankung* nicht zwangsläufig mit Fortschreiten der Krankheit, über längere Zeiträume sind jedoch Veränderungen bzw. in manchen Fällen sogar Rückbildungen zu beobachten (Kastner & Löbach, 2010).

Diesem Rückbildungsphänomen sollte ebenso wie dem Phänomen „des ungetrübten Bewusstseins“ (ICD-10-Klassifikation) der Betroffenen im Rahmen der medizinischen und psychosozialen Begleitung besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden.

Die Anzahl der BewohnerInnen eines PBZ aufgrund der ausschließlichen (nicht-demenziellen) Diagnose einer psychischen Erkrankung hält im Vergleich zu anderen Einweisungsgründen einen eher geringen Anteil, wie von der jeweiligen Heimleitung der besuchten Pflege- und Betreuungszentren in Wien, NÖ und der Steiermark bestätigt wurde, da Menschen mit schwerwiegenden psychischen Störungen meist in eigenen *gerontopsychiatrischen* Einrichtungen betreut werden, und weniger schwerwiegende Fälle eher im Rahmen der häuslichen Pflege.

Dennoch erfolgt in einigen Fällen die Aufnahme von Patienten in ein PBZ aufgrund *chronischer psychischer* Erkrankungen, welche in der Regel einem vorangegangenen stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik folgt. Zu den Hauptkriterien einer solchen Entscheidung zählen die Unveränderbarkeit des Zustandes, die Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung bei Fremd- und/oder Selbstgefährdung, soziale Inkompetenz sowie der eigene Wunsch der Betroffenen; wohl auch der finanzielle Aspekt einer Zimmerbelegung aus Sicht des in Frage kommenden PBZ. Dazu bleibt umstritten, ob das jeweils gewählte Pflege- und Betreuungszentrum auch tatsächlich über adäquat ausgebildetes Personal verfügt.

Dem österreichischen Gesundheitsbericht 2016 des Ministeriums für Frauen und Soziales zufolge haben 8 % der Bevölkerung eine ärztlich diagnostizierte Depression

oder beurteilen sich selbst als depressiv (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2016). Eine Studie über Anzahl bzw. demographische Entwicklung psychischer Erkrankungen der Älteren in Pflege- und Betreuungszentren Österreichs ist darin nicht enthalten.

Laut Kastner & Löbach (2010) liegen auch in Deutschland bezüglich Häufigkeit psychischer Störungen in Alten- und Altenpflegeheimen wenig empirische Daten vor. Somit beziehen sich auch in unserem Nachbarland „die bekannten Untersuchungen auf Einschätzungen von Heimleitern oder auf die Pflegedokumentation. Die diagnostische Erfassung psychischer Störungen nach anerkannten Klassifikationskriterien wurde bislang in nur wenigen Studien erhoben“ (Kastner & Löbach, 2010, S. 4), was höchstwahrscheinlich - ebenso wie im Falle der Demenzerkrankungen - mit der Differenziertheit in Ursächlichkeit und Verlauf der Krankheitsbilder sowie mit den vielen Möglichkeiten von Heilungsansätzen zusammenhängt.

Allgemein treten psychische Störungen im Alter unterschiedlich bei Frauen und Männern auf, wie sich in der Praxis zeigte und aus Forschungsergebnissen hervorgeht.

„Während *Depressionen* und *Angsterkrankungen* bei älteren Frauen häufiger diagnostiziert werden, treten *Abhängigkeitserkrankungen*, insbesondere Alkoholmissbrauch, und *Suizide* deutlich häufiger bei Männern auf“ (Kinzl, 2013, S. 526).

Zu weiteren psychischen Erkrankungen, welche häufig im Alter auftreten, zählen insbesondere *neurotische*, *psychosomatische* Erkrankungen und *paranoide*, *halluzinatorische* Störungen.

Wie aus der *Psychosomatik* bekannt ist, liegt neurotischer Symptombildung oft eine Entlastung aus der Konfliktlage zugrunde. Der daraus resultierende ‚primäre Krankheitsgewinn‘ dient der/dem Kranken zur Vermeidung von Konflikten oder Übernahme von Verantwortung.

Halluzinatorische Störungen können mitunter als Folgeerscheinungen aus demenziellen Erkrankungen auftreten, in einigen Fällen auch durch Nebenwirkungen von Medikamenten, oft Psychopharmaka, ausgelöst werden.

Folgende Überlegungen sollen helfen, den älteren Menschen in seiner Ganzheit, mit allem was ihn ‚ausmacht‘, insbesondere in dieser besonderen Lebensphase, besser zu verstehen.

Bereits der Pensionsantritt kann in vielen Fällen eine Krise bei betroffenen Personen auslösen. Das gewohnte Beschäftigungsfeld, dem meist ein erheblicher Anteil an Zeit und Raum im bisherigen Leben gewidmet wurde, wird verlassen bzw. ‚muss‘ aufgegeben werden; man wird scheinbar nicht mehr gebraucht. Die *Säule* der Selbst- bzw. Fremdefinition über Arbeit und Leistungsfähigkeit ist plötzlich nicht mehr vorhanden (Petzold, 1993). Dies führt bei Menschen, welche sich bis dahin ausschließlich oder hauptsächlich über Leistung bzw. Beruf identifiziert haben, zwangsläufig zu einem Dilemma, wenn eine Stabilisierung der Säulen in anderen Lebensbereichen nicht gegeben, und/oder die Errichtung einer neuen (noch) nicht in Erwägung gezogen wurde bzw. möglich war.

Unbewältigte Herausforderungen und Rückschläge aus früheren Lebensjahren, die heute alte Menschen beispielsweise durch Kriegsergebnisse und/oder andere schwerwiegende Erlebnisse mangels Aufarbeitung bzw. aufgrund fehlender Schutzfaktoren zu verkraften hatten, können nun genauso reaktiviert werden wie unerfüllte Herzenswünsche wie z.B. der Wunsch nach einem gemeinsamen Leben mit dem Herzenspartner, Kinderwunsch, eine intakte Familie, der eigentliche Berufswunsch.

Das Hinzukommen von Einschränkungen körperlicher Fähigkeiten, häufigeres Auftreten von physischen Erkrankungen sowie vermehrter Verlust geliebter Personen versetzt Menschen unweigerlich in ein Bewusstsein des eigenen höheren Alters. Dies führt zwangsläufig zur Auseinandersetzung mit Sterben und Tod, was für einige Betroffene eine hohe Bewältigungsanforderung darstellt, und mangels vorhandener Ressourcen Auslöser eines psychischen Störbildes sein kann.

Die daraus entstehende Angst, *etwas im Leben verpasst* zu haben, kann Hand in Hand gehen mit der Frage nach dem Sinn des Lebens, der Angst vor einem möglichen qualvollen Sterben und dem *großen Unbekannten*, dem Tod, da nun der letzte Lebensabschnitt begonnen hat (Grünberger & Löw-Wirtz, 2007). Nicht zuletzt aufgrund der in unserer Gesellschaft herrschenden Verdrängung von Sterben und Tod, der nun plötzlich *greifbar nahe* scheint. „Da aber nun das – individuelle – Leben so viel an

Bedeutung gewonnen hat (Schulze, 1993), wird die Einsicht, dass es ja doch ein Ende hat, zusätzlich bedrohlich“ (Schulze, 1993; zitiert nach Reichel, 2018, S. 35).

Hinzukommende finanzielle Probleme, sowie soziale Komponenten wie Rollenverlust, Konflikte mit Freunden und/oder Verwandten, Schwierigkeiten im Zusammenleben mit anderen Personen, Alleingelassen werden von wichtigen Personen, Isolation und Einsamkeit, um die häufigsten zu nennen, sind weitere wesentliche Faktoren, die einerseits zur Auslösung von Altersdepression und Angststörungen, andererseits auch zu Medikamenten- und Alkoholabhängigkeiten sowie Suizidgedanken und -versuchen führen können.

Zu weiteren Auslösern psychischer Störungen im Alter zählen hirnorganische Erkrankungen sowie plötzliche, schwere körperliche Krankheiten und Schmerzzustände (Grünberger & Löw-Wirtz, 2007).

Bei einer unumgänglichen Einweisung in ein Pflege- und Betreuungszentrum kann sich eine psychische Störung mitunter verstärken, da die Sicherheit gebende Wohnung, die Vertrautheit der eigenen Möbel und gesammelten Gegenstände plötzlich nicht mehr als solche vorhanden ist. Der Eintritt in das neue Zuhause kann eine Art Schockzustand aufgrund des allzu großen und in vielen Fällen auch schnellen ‚Schritts ins Unbekannte‘ auslösen, und im Weiteren eine ‚überwältigenden Leere‘ darstellen. Insbesondere dann, wenn die Einweisung von Angehörigen veranlasst wurde, wie etwa nach einem längeren Krankenhausaufenthalt der Betroffenen, ohne diese über den unmittelbaren Einweisungsschritt informiert zu haben (Peters, 2006).

2.1.3 Psychosomatik und körperliche Beeinträchtigungen

Aus der **Psychosomatik** weiß man, dass sich Verletzungen der Seele (Psyche) im *Körper manifestieren* können, da Körper und Seele eine Einheit bilden; eine Weisheit, die bereits in der Antike bekannt war. Platon, Schüler des Sokrates sagte bereits: „Das ist der größte Fehler bei der Behandlung von Krankheiten, dass es Ärzte für den Körper und Ärzte für die Seele gibt, wo doch beides nicht voneinander getrennt werden kann“ (Platon, 400 v. Chr.).

Diese Weisheit wird heute wissenschaftlich durch die noch relativ junge Disziplin der Psychoneuroimmunologie (PNI – Teildisziplin der Psychosomatik) vertreten und weiter erforscht, welche sich mit den neuralen und biochemischen Kommunikations-

wegen zwischen Psyche, Gehirn und Immunsystem befasst. „Psyche, Gehirn und Immunsystem sind eng miteinander verknüpft, sprechen eine gemeinsame Sprache und verfolgen ein gemeinsames Ziel: Sie versuchen unseren Organismus zu schützen und gesund zu erhalten“ (Schubert, 2017, S. 10). Schubert nennt dieses Zusammenspiel von Psyche und Immunsystem treffenderweise auch ein „biopsychosoziales Wunderwerk, das uns ein Überleben in der Welt erst ermöglicht“ (Schubert, 2017, S. 10).

Schmerzliche Erfahrungen drängen nach Er-Lösung und machen sich demnach über den Körper in Form von Symptomen, häufig begleitet von starken Schmerzen, bemerkbar, wenn der Mensch seiner psychischen Gesundheit, seinem Seelenheil bisher keine oder zu wenig Aufmerksamkeit schenken konnte.

Aus den seit 1995 gewonnenen Erkenntnissen integrativer Einzelfallstudien wird über den Wissenschaftsbereich der Psychoneuroimmunologie „eine biopsychosoziale Forschungswelt“ beleuchtet und entwickelt (Schubert, 2017, S. 11).

Mit Hilfe dieses Ansatzes untersuchen wir den ganzen Menschen, wie er seinen sich ständig verändernden Alltag erlebt, welche Situationen ihn dabei emotional belasten, welche Ereignisse ihn begeistern und wie sein Organismus – insbesondere das Immunsystem – darauf reagiert. Mit anderen Worten: Wir richten unseren ganzheitlichen Fokus auf das gesamte Leben einer Person (Schubert, 2017, S. 11).

Anhand eines Fallbeispiels erklärt Schubert die Wirkung der Psyche auf das Immunsystem vereinfacht, in welchem Trennungsschmerz, Einsamkeit und das Gefühl der Überforderung eines Patienten „biochemische Kaskaden“ - beginnend im Gehirn - auslösen. Diese pflanzen sich bis in den Zellkern (Gene) fort und schwächen das Immunsystem dermaßen, dass es ein bestimmtes Virus nicht mehr abwehren kann (Schubert, 2017, S. 10).

Dass der heute ältere Mensch somit für Krankheiten aufgrund der über Jahre zellgespeicherten, oft schwerwiegenden, unbearbeiteten Erlebnisse - meist aus Kriegereignissen - anfälliger ist, kann hiermit begründet werden. Hinzu kommt, dass der bisher erfolgreich angewandte Verdrängungsmechanismus über Arbeit und Leistung, Versorgung von Angehörigen und/oder Haustieren, Haushalt- und Gartenarbeit, etc. nun nicht mehr ‚funktioniert‘, und sich der psychische Leidensdruck

somit besonders in der belastenden Phase der Eingewöhnung beträchtlich erhöhen kann (Grünberger & Löw-Wirtz, 2007).

Dem älteren Menschen fällt es mitunter auch schwer, ein psychisches Leiden einzugestehen, da dies aus seiner Sicht ein Zeichen von ‚Schwäche‘ darstellen könnte und in der Gesellschaft bis heute scheinbar wenig Akzeptanz findet. „Körperliche Leiden sind in der Gesellschaft anerkannter als die psychischen beziehungsweise auch vertrauter für den alten Menschen, und so dient der Körper als Projektionsfläche für psychische Leiden“ (ebd., S. 27).

Oft ziehen ältere Menschen in solchen Fällen eine medikamentöse Behandlung einer psychosozialen Beratung bzw. Gesprächstherapie auch langfristig vor, wobei die Nebenwirkungen vieler Präparate nicht außer Acht gelassen werden sollten.

Zu den häufigsten **körperlichen Beeinträchtigungen** bzw. Krankheitsbildern, die zur Einweisung in ein Pflege- und Betreuungszentrum führen können (Abbildung 1), zählen vor allem:

- Schlaganfälle: Plötzliche (schlagartige) Durchblutungsstörungen oder Blutungen im Gehirn können zu einem anhaltenden Ausfall von Funktionen des Zentralnervensystems und neben Symptomen wie Seh- und Sprachstörungen, Neglect (Wahrnehmungsstörungen), Orientierungsstörungen, etc. zu schweren Lähmungen führen
- Arteriosklerose: Die - auch als Atherosklerose bezeichnete - krankhafte Einlagerung von Fetten in die innere Wandschicht arterieller Blutgefäße kann im schlimmsten Fall Gehbehinderungen, Amputationen, Herzinfarkte sowie Schlaganfälle zur Folge haben und stellt ebenso ein wesentliches wie häufiges Entscheidungskriterium für eine Einweisung in ein PBZ dar
- Osteoporose: Die als Störung des Zusammenspiels zwischen Knochen aufbauenden und Knochen abbauenden Zellen bekannte Krankheit ist in vielen Fällen Auslöser eingeschränkter Beweglichkeit, Wirbelsäulenveränderung und Behinderung bis zur Pflegebedürftigkeit
- Herzerkrankungen bzw. Herz-Lungenerkrankungen
- Unfälle, meist Stürze mit schwerwiegenden Folgen
- Altersschwäche

Da auch bei physischen Beeinträchtigungen gilt, dass Ursächlichkeit und Symptomatik bei einzelnen Betroffenen sehr unterschiedlich, und in vielen Fällen auch mehrere Krankheitsbilder gemeinsam auftreten können, wurden hier lediglich die statistisch häufigsten Ursachen von Pflegebedürftigkeit genannt.

Unabhängig von der jeweiligen körperlichen, psychischen bzw. psychosozialen oder kognitiven Beeinträchtigung gilt es, den älteren Menschen in seiner Ganzheit, als fühlendes, (meist) bisher eigenständiges Wesen zu verstehen, welches nun in eine völlig neue Lebensphase der ständigen Abhängigkeit von anderen Menschen in einer ungewohnten Umgebung eintritt.

2.2 Umgang mit der neuen Situation

Die Umstellung auf das neue zu Hause wird sehr unterschiedlich erlebt. Diese Differenziertheit ist in erster Linie davon abhängig, ob Betroffene sich selbst dazu entscheiden (können), in ein PBZ zu übersiedeln, sich also auf die neue Situation einstellen, oder – wie eingangs erwähnt – nicht vorbereiten können und erst bei der unmittelbar notwendig gewordenen Einweisung vor vollendete Tatsachen gestellt bzw. ‚überrumpelt‘ werden. In letzterem Fall wird eine solche Entscheidung seitens Angehöriger oder behandelnder ÄrztInnen bzw. TherapeutInnen aufgrund der plötzlich aufgetretenen, massiven Beeinträchtigung der Betroffenen sowie der fehlenden Ressourcen gefällt, wobei die Einweisung in den meisten Fällen einem Krankenhausaufenthalt folgt (Peters, 2006).

Einen bedeutsamen Faktor beim Umgang mit der neuen Situation bildet gewiss die individuelle Lebensgeschichte der betroffenen Persönlichkeit mit den daraus eigens hervorgebrachten, generalisierten Widerstandsressourcen bzw. -defiziten (Antonovsky, 1997) und die daraus resultierende Einstellung zum *letzten Lebensabschnitt* in einem Pflege- und Betreuungszentrum. Am Konstrukt des *Kohärenzgefühls* wird auf dessen drei Komponenten *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit* und *Sinnhaftigkeit* in Punkt 2.2.4 näher eingegangen (Antonovsky, 1997).

Auch die Gegebenheiten bzw. angebotenen Leistungen eines PBZ haben gewiss erheblichen Einfluss auf das Wiedererlangen des *Wohlbefindens* der neuen HeimbewohnerInnen im Sinne eines Sich-Willkommen-Fühlens: Welche Grundhaltung und Schulung bringen Pflegeleitung und Pflegepersonal samt Team mit? Herrscht Empathie und ehrliche Wertschätzung vor allzu strengen Tagesablauf-Regeln?

Vermitteln Räume und Einrichtung eine angenehme Wohnlichkeit bzw. Wärme? Bzw. kann das gewünschte Einzel-/ Doppelzimmer bezogen werden? Ist das Mitbringen von zumindest wenigen vertrauten Gegenständen möglich? ... etc., um nur einige zu nennen, und nicht zuletzt: Werden Menschen in dieser besonders belastenden Phase im Rahmen eines multiprofessionellen Teams auch angemessen *psychosozial* begleitet (Mayring & Saup, 1990)?

2.2.1 Existenzanalyse und Sinn Probleme/Sinn Ressourcen

Ältere Menschen zeigen beim Ankommen in einem Pflege- und Betreuungszentrum sehr unterschiedliche Reaktionen. Um diese Differenziertheit näher zu erläutern, werden hier zunächst die existenziellen Grundmotivationen in ihrem „vierfachen Horizont“ (Längle & Holzhey-Kunz, 2008, S. 29) zu Überlegungen herangezogen, unabhängig vom unterschiedlichen physischen, kognitiven und psychischen Zustand der Betroffenen:

- *Im Horizont des Möglichen* – Existieren *können* in dieser Welt. Überlegungen aus Sicht der Betroffenen könnten sein: *kann* ich in meinem jetzigen Zustand noch allein zu Hause überleben? Bzw. kann ich im Pflege- und Betreuungszentrum gut bzw. besser (über)leben?
- *Im Horizont des Wertes, den die Sache hat* – Existieren *mögen*. Überlegungen: Welchen Wert hat das (mein!) Leben im PBZ? - Habe ich die Möglichkeit auf Beziehung, Zeit, Aufmerksamkeit und Nähe? *Möchte* ich hier sein?
- *Im Horizont der moralischen Vertretbarkeit* – Existieren *dürfen*. Überlegungen: Ist diese neue Umgebung als Betroffene/r die ‚richtige‘ für mich? *Darf* ich hier so sein, wie ich bin? Werde ich hier so angenommen, wie ich bin? Finde ich Beachtung und Wertschätzung in meinem So-Sein?
- *Und im Horizont des Sinnes* – Existieren *sollen*. Überlegungen: welchen *Sinn* hat die neue Situation für mich und meine Mitmenschen in der neuen Umgebung? Hatte ich bisher ein Sinn-erfülltes Leben? Und *soll* oder *darf* ich mich hier tatsächlich *entspannt zur Ruhe* setzen? Bzw. kann ich mich auch hier *Sinn-voll* einbringen?

Laut Längle & Holzhey-Kunz (2008) geschieht Verstehen in *Horizonten*, also aus einem „Gesichtskreis, der all das umfasst und umschließt, was von einem Punkte aus sichtbar ist“ (Gadamer, 1990; zitiert nach Längle & Holzhey-Kunz, 2008, S. 29). Diesen

Punkt könnte die Sichtweise bzw. Erlebensweise der neuen HeimbewohnerInnen auf die vier, „menschliche Existenz begründenden Tatsachen“ im Sinne der Existenzanalyse darstellen. Diese Fakten beziehen sich im Sinne der Existenzanalyse generell auf:

- „Die Welt“ - (wie) *kann* ich in ihr existieren?
- „Das eigene Leben“ - die eigene Natur mit ihrer ‚erlebten‘ Agilität/Lebendigkeit
- „Das eigene Personsein“ - das Selbst-Sein, die Einzigartigkeit
- „Die Zukunft mit der damit verbundenen Aufforderung zum Handeln, zum aktiven Sich-Einbringen in die Zusammenhänge ...“, (Längle & Holzhey-Kunz, 2008, S. 29), welcher - im Hinblick auf das fortgeschrittene Lebensalter der Betroffenen - eine neue, besondere Bedeutung zukommt, und auf folgenden Überlegungen im Rahmen der psychosozialen Beratung beruhen könnte: Bin ich zufrieden mit dem, was ich bisher im Leben eingebracht habe? Was kann in der verbleibenden (kurzen) Lebenszeit Sinn-voller Weise von mir noch *erledigt, geheilt, losgelassen* werden? Und der in dieser Phase oft bedeutsame spirituelle Aspekt, bezogen auf *Zukunft*: Was geschieht nach dem Tod? Gibt es ein ‚Leben danach‘ und wenn ja, wie sieht es aus? ...

Die Überlegungen zur „dialogischen Auseinandersetzung“ von

- Dasein
- Wertsein
- Sosein und
- Für etwas/jemanden Sein (Sinn) (Längle & Holzhey-Kunz, 2008, S. 29)

sind also im Sinne dieses speziellen Lebensabschnittes der Betroffenen neu bzw. erweiternd zu beleuchten. Denn in der besonderen Phase der Eingewöhnung in ein Pflege- und Betreuungszentrum stellt sich die Frage, ob die neuen HeimbewohnerInnen die „Existenz begründenden Tatsachen“ bisher als *erfüllend er-lebten* bzw. in der neuen Umgebung auch die Möglichkeit zur (weiteren) Erfüllung haben, oder eben – aus der jeweils eigenen, subjektiven Sicht – (noch) *nicht*.

Es gilt herauszufinden, ist der ältere Mensch in dieser besonderen Lebensphase *motiviert*, bzw. wie kann er *motiviert werden*, (weiter) zu existieren – auf allen menschlich-existenziellen Ebenen? Anlehnend an den eingangs dieses Kapitels

erwähnten ‚vierfachen ‚Horizont‘, sollen auch die „4 Grundmotivationen der Existenzanalyse“ (Längle & Holzhey-Kunz, 2008, S. 30) in die Überlegungen psychosozialer Beratung einfließen:

1. „Motivation zum physischen Überleben“ – die Überlegung: ja, ich *kann* hier besser über-leben; ich *kann* mich also leichter mit der neuen Situation *abfinden*. Ich schätze das Leben, ich habe auch bisher *überlebt*.
2. „Motivation der psychischen Lebenslust und zum Werterleben, d.h. zum Leben-Mögen“ – die Überlegung: Ich *mag* hier sein und (weiter-) leben, weil ich Beziehung, Zeit, Aufmerksamkeit und Nähe erfahren und (je nach Persönlichkeit) somit auch andere motivieren kann, hier (weiter-) leben zu *mögen*.
3. „Motivation zur personalen Authentizität und zur Gerechtigkeit, d.h. zum So-Sein-Dürfen“ – Überlegung: Ich *darf* hier *ich* sein, weil ich hier in meinem Ich-Sein angenommen und geliebt werde, genauso wie ich bin (vielleicht mehr als in meinem vorangegangenen Lebensraum).
4. „Motivation zum existenziellen Sinn und zur Entwicklung des Wertvollen, d.h. zum Handeln-Sollen“ – Überlegung: Mein *Handeln* hat auch im eingeschränkten Rahmen *Sinn*; auch, wenn ich nur *eingeschränkt* oder gar *nicht mehr handeln*, sondern ‚nur mehr‘ *be-handelt werden* kann; *genügt* mein So-Sein bzw. Sein an diesem Platz?

Hier kommt die psychosoziale Beratung in ihrem ganzheitlichen Verstehen, Mitfühlen und Wertschätzen zum Tragen. Es gilt, im Einzelgespräch mit den Betroffenen herauszufinden bzw. herauszuarbeiten, wie ein würdevolles Ankommen tatsächlich gelingen kann. Gedanken zur Erweiterung der gerontopsychosozialen Beratung werden dazu im Punkt 2.3 *Methoden der gerontopsychosozialen Beratung* zusammengefasst.

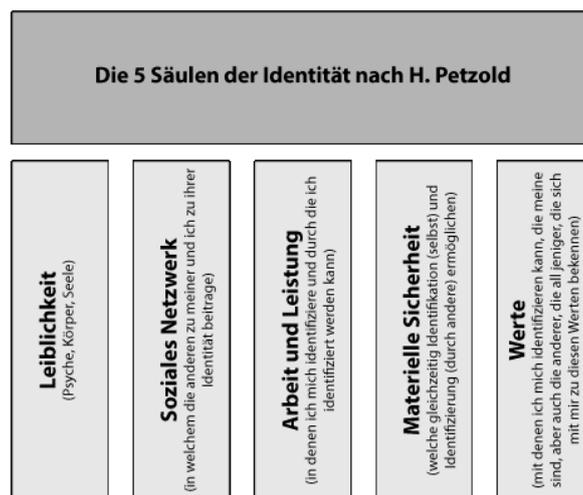
2.2.2 Frage nach der eigenen Identität

Jeder Mensch ist einzigartig, in seiner Persönlichkeitsstruktur, mit seiner ihm eigenen Lebensgeschichte. Diese Einzigartigkeit verleiht dem Menschen seine *Identität*. Mit der Frage: „Was macht mich aus?“ definiert er sein Selbstbild und ergründet sein Selbstgefühl. Worüber sich der Mensch definiert, und auf wen er sich dabei bezieht

bzw. wer sich auf ihn bezieht, gestaltet und entwickelt sich individuell und lebenslang, ist ständig Veränderungen unterworfen (Petzold, 1993).

Bei der Ankunft der Älteren im neuen zu Hause kommt es häufig zu Identitätskrisen, da es gilt, sich über eine völlig neue Umgebung zu definieren. Überlegungen zu Petzolds Konzept der *5 Säulen der Identität* sollen Krisensituation und Bewältigungsmöglichkeit, ähnlich wie bei der vorangegangenen Existenzanalyse, beleuchten:

Abbildung 04 – die 5 Säulen der Identität nach H. G. Petzold



(Quelle: Arbeitskreis Noah, 2019)

Leib / Leiblichkeit

Ich bin immer noch die/derselbe, bin ich? Kann hier für mein leibliches Wohl gesorgt werden? Kann ich hier trotz gewisser Einschränkungen Wohlbefinden (auf allen Ebenen) erlangen?

Soziales Netzwerk

Man verlässt sein vertrautes soziales Netzwerk. Wie schnell kann oder mag ein älterer Mensch in der noch fremden Umgebung neue Beziehungen aufbauen und inwiefern wird er dabei unterstützt? Braucht er Rückzug, und kann ihm dieser gewährt werden?

Arbeit und Leistung

Ähnlich wie bei Längles „4. Motivation zum existenziellen Sinn und zur Entwicklung des Wertvollen“ unter Punkt 2.2.1 stellt sich die Frage, inwiefern sich neu angekommene BewohnerInnen eines PBZ über *Leistung* oder *Arbeit* bisher identifiziert haben bzw. immer noch ein Drängen danach verspüren. Wie kann Personen, welche tatsächlich keine Aufgaben mehr übernehmen können, gefühlvoll vermittelt werden, dass sie auch ohne körperliche Leistung erbringen zu müssen, dennoch angenommen und wertgeschätzt werden? Wesentlich erscheint hier auch das Vermitteln der Tatsache, dass ja durch die Anwesenheit, also die Existenz der HeimbewohnerInnen erst der Sinn und Zweck eines Pflege- und Betreuungszentrums erfüllt wird, und die monatliche Zahlung ebenso eine sinnvolle Leistung, bezogen auf das wirtschaftliche Faktum des *Systems* Pflege- und Beratungszentrum, darstellt. Und, dass das Faktum des Ablebens - früher oder später - ja für jeden Menschen gleich gültig ist.

Materielle Sicherheit

Wesentlich zu hinterfragen ist, wie der ältere Mensch seine materielle Sicherheit bisher erlebt hat. Das Aufgeben bzw. Loslassen der eigenen Besitztümer übt gewiss großen Einfluss auf das Identitätserleben der neuen HeimbewohnerInnen aus. Das Vermitteln der Botschaft einer sicheren Unterkunft in materieller, pflegerischer und nicht zuletzt psychosozialer Hinsicht erscheint hier als sinnvoll. Ein wesentliches Faktum an Sicherheit bietet hier, wie bereits erwähnt, die Möglichkeit, geliebte (Einrichtungs-) Gegenstände in das neue Heim mitzunehmen (Mayring & Saup, 1990).

Werte

Der fünften Säule, welche Moral, Ethik, Religion, Liebe, Hoffnungen, Traditionen, Glaubens- und Sinnfragen umfasst, kommt im Alter gewiss eine sehr hohe Bedeutung zu. Das, woran man glaubt, von dem man überzeugt ist, kann in dieser besonders schwierigen Lebensphase das Fundament bilden, auf welchem man seine Säulen neu errichten kann.

Zur Identitätskrise kann es in dieser speziellen Lebenssituation deshalb kommen, weil hier mehrere Säulen auf einmal *wegbrechen* bzw. sich stark verändern.

Ein Wiedererlangen des Wohlbefindens der Person in einer solchen Krise setzt ehrliches Interesse an dessen Biographie, Empathie sowie entsprechende Interventionen zur Stabilisierung jeder einzelnen Säule voraus. Siehe dazu auch Punkt 2.3.3 Biographiearbeit.

2.2.3 Sinn des Lebens nach V. Frankl

Mit zunehmendem Alter gewinnt die Frage nach dem Sinn des Lebens immer mehr an Bedeutung. Was macht das Leben Sinn-voll? Frankl beschreibt das Phänomen vom Sinn des Lebens anhand vom „Mann von der Straße“, der sein eigenes Menschsein verstehen kann, in dem er von den *drei Hauptstraßen* weiß, auf denen sich Sinn finden lässt. Zum einen, „eine Tat zu setzen, ein Werk zu schaffen“; zum anderen „etwas oder jemanden zu er-leben“, in seiner ganzen Einzigartigkeit, diesen jemanden zu lieben; und schließlich auch in äußersten Grenzsituationen, dessen Unabänderlichkeit man sich vollkommen bewusst ist, selbst im Angesicht des Todes dennoch Zeugnis abzulegen, „wessen er und er allein fähig ist“ (Frankl, 2006, S. 47).

Gewiss hat der ältere Mensch mindestens eine der drei Straßen in irgendeiner Form betreten bzw. er-lebt. Diese gilt es, mithilfe der psychosozialen Beratung in dessen Bewusstsein zu bringen und so Ressourcen zu stärken, um ein Wiedererlangen von Wohlbefinden zu erreichen.

2.2.4 Sinnhaftigkeit nach A. Antonovsky

Um den differenzierten Umgang mit der neuen Lebenssituation betagter Menschen in einem PBZ zu erläutern, sei hier das Konzept des Kohärenzgefühls (SOC – „Sense of Coherence“) nach Antonovsky (1997) mit den drei Komponenten *Verstehbarkeit*, *Handhabbarkeit*, *insbesondere Bedeutsamkeit (Sinn)* von Lebensereignissen bzw. Lebenssituationen herangezogen.

„Das SOC ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmaß man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen;

3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen“

(Antonovsky, 1997, S. 34).

Das Kohärenzgefühl als Kernstück der *Salutogenese* (= lat.: Gesundheitslehre), basierend auf der Frage, was den Menschen *gesund erhält*, entstand 1970 durch eine Studienbefragung Antonovskys von mehreren Frauen, welche während des 2. Weltkrieges einige Jahre in Konzentrationslagern verbracht hatten. Dass sich ein hoher Prozentsatz der Befragten - trotz der erlebten Schrecken - zum Zeitpunkt der Erhebung guter Gesundheit erfreute, veranlasste den Forscher, dieser Tatsache näher auf den Grund zu gehen.

Abbildung 05 – Salutogenese – Kohärenzgefühl



(Quelle: Florian Krause, 2017)

Aufgrund der Voraussetzung einer ‚Mindestpflegestufe‘, also einer offiziell nachgewiesenen Einschränkung der Gesundheit, erhalten die drei Komponenten zu gegenständlicher Thematik eine neue Bedeutung. Überlegungen dazu: wie kann die psychosoziale Beratung bei der Versteherbarkeit, Handhabbarkeit und vor allem Sinnhaftigkeit dieser neuen Situation unterstützen?

Anhand des ressourcenorientierten Zugangs Antonovskys soll in Punkt 2.3.4 eine erweiterte Möglichkeit der psychosozialen Beratung verdeutlicht werden.

2.3 Methoden der gerontopsychosozialen Beratung

Zunächst werden hier die beiden Begriffe *psychosozial* und *gerontopsychosozial* definiert und in ihrem Verständnis als Ausgangstermini festgehalten.

Die *gerontopsychosoziale* Beratung umfasst die psychosoziale Beratung *alternder* Menschen.

Zu Thematik und Anliegen gegenständlicher Arbeit erscheint Reichels eindrückliche Definition des Begriffes *psychosozial* als sinnvoll und selbsterklärend: „Wir verstehen **psychosozial** hier als **Benennung des untrennbaren Zusammenhangs zwischen dem Denken und Fühlen des Menschen einerseits und seiner existenziellen mitmenschlichen Bezogenheit andererseits**. Diesen Zusammenhang kann man auch ‚systemisch‘ nennen“ (Reichel, 2016, S. 23).

Es sei vorausgeschickt, dass zweifelsohne das Zusammenspiel eines multi-professionellen, interdisziplinären Teams eine adäquate Betreuung der Älteren in Pflege- und Betreuungszentren voraussetzt. Pflegepersonal, medizinisches, psychotherapeutisches und psychosoziales Personal bilden das erforderliche Netzwerk bzw. *System*, um den Bedürfnissen der HeimbewohnerInnen bestmöglich nachzukommen. Dieses neue System, in welches Betroffene eintreten, könnte im besten Fall aus einem Team bestehen, welches eine solche mitmenschliche Bezogenheit tatsächlich vertritt und diese auch lebt.

Je nach Organisationsstruktur eines PBZ kann es sich bei den BeraterInnen im psychosozialen Bereich um PraktikantInnen im Rahmen einer LebensberaterInnen-Ausbildung bzw. eines Psychologie- oder Psychotherapiestudiums, oder um fix angestelltes Personal aus genannten Bereichen mit entsprechendem Abschluss, in einigen Fällen auch um Pflegepersonal bzw. Stations- und/oder Heimleitung selbst handeln.

Damit kommt das schulenübergreifende Phänomen der psychosozialen Beratung hier deutlich zum Tragen, auf deren verschwimmende Grenzen auch Reichel hinweist, nämlich „dass die standespolitisch durchaus nachvollziehbaren Abgrenzungen in der Beratungslandschaft nur begrenzt Sinn machen“ und „im Prozess von Psychotherapie – hoffentlich – auch viel Beratung, und in vielen anderen Beratungsprozessen – hoffentlich – immer wieder auch Heilsames geschieht“ (Reichel, 2016, S. 25).

Eine angemessene psychosoziale Begleitung leistet in dieser schwierigen Phase immer wieder einen wesentlichen Beitrag, den Leidenszustand der Betroffenen zu mildern, um ein würdevolles, behagliches Ankommen und Wiedererlangen von Wohlbefinden zu ermöglichen (Grünberger & Löw-Wirtz, 2007).

Dazu weisen auch Mayring & Saup (1990) auf die Entwicklungspsychologie und Forschungsergebnisse zu kritischen Lebensereignissen hin, nämlich „dass bedeutsame oder kritische Ereignisse im Lebenslauf besser gemeistert werden können, wenn die anstehenden Veränderungen der Lebenssituation durch einschlägige Informationen, Beratung und Erfahrungsmöglichkeiten vorbereitet und begleitet wird“ (Bronfenbrenner, 1981; Saup, 1989a, zitiert nach Mayring & Saup, 1990, S. 82).

Die folgende Auflistung der wesentlichsten *Interventionen gerontopsychosozialer* Beratung soll die psychosozialen Bedürfnisse der Betroffenen während der Eingewöhnungsphase verdeutlichen:

2.3.1 Erstgesprächsführung – Krisenintervention

Wenn Menschen im Pflege- und Betreuungszentrum ankommen, werden sie mit einer gewissen *Endgültigkeit* konfrontiert, da dies die wahrscheinlich letzte Wohnstätte darstellt, und man auf das Wohlwollen und eine (hoffentlich) liebevolle Pflege des Personals angewiesen ist (Mayring & Saup, 1990). Je nach Persönlichkeitsstruktur und vorhandenen Ressourcen differiert der Umgang mit der neuen Situation bei der Umstellung auf das neue zu Hause. Der Forschungsthematik folgend, wird im Weiteren auf Personen mit Schwierigkeiten bei der Eingewöhnung in ein PBZ eingegangen.

Bei heftigen Eintritts-Reaktionen in ein PBZ, welche eine *Krisenintervention* erfordern, ist das Zusammenspiel eines interdisziplinären Teams unerlässlich.

Die psychosoziale Begleitung stellt hier eine wesentliche Ergänzung zur emotionalen Entlastung durch *aktives, einfühlsames Zuhören in einem entsprechenden Rahmen* als vorrangige Methode dar. Die Betroffenen werden dadurch ermutigt, ihre Emotionen und Anliegen zu verbalisieren, auch negative Gefühle auszusprechen und ungelöste Lebensthemen zu klären, um dadurch Erleichterung, Sicherheit und Stabilität (wieder) zu erfahren (Grünberger & Löw-Wirtz, 2007).

Häufig ist beim Ankommen der neuen HeimbewohnerInnen der ‚Totstell-Reflex‘, eine der Coping-Reaktionen nach Längle zu beobachten (Längle 2013; 2015). PatientInnen halten in diesen Fällen die Augen geschlossen, oder sprechen nicht mehr, so als würden sie bereits Abschied vom Leben nehmen. Auch Freud beschäftigte sich bereits mit diesem Phänomen, wie Peters in seinen Ausführungen über die besondere Phase

der Eingewöhnung in ein PBZ eindrücklich erwähnt: „Dieser Rückzug ist gleichzeitig eine Hinwendung zum Tod, so wie Freud (1913) Stummheit als Symbol des Todes beschrieben hatte“ (Peters, 2006, S. 238).

Im Fall von *Coping*-Reaktionen nach Längle (2013; 2015), wie *Totstellreflex* oder *Aggression* bei der Ankunft in der neuen, ungewohnten Umgebung konnte während der Praktikumsstätigkeit immer wieder festgestellt werden, dass eine *liebvolle Berührung* - beispielsweise am Arm - sowie *beruhigendes Einreden* auf PatientInnen einen sofortigen, offensichtlichen Reflex eines ersten Vertrauen-Könnens und somit Entspannung auslöste. Eine solche Reaktion der Erleichterung wurde mehrmals deutlich, indem Betroffene erstmals wieder die Augen öffneten und/oder zu sprechen begannen, bzw. ein umgehendes Nachlassen des aggressiven Verhaltens festzustellen war.

2.3.2 Herstellung einer tragfähigen Beziehung

Echte Anteilnahme an der Schwierigkeit der Situation - dabei zu unterstützen, das Unfassbare, Endgültige in ein *fassbares Versorgendes* zu verwandeln, begründet eine fundierte psychosoziale Beratung bzw. Begleitung während der Eingewöhnungsphase und bestenfalls auch darüber hinaus. Es gilt, den Betroffenen auf Augenhöhe mit Empathie und Wertschätzung zu begegnen, eine *tragfähige Beziehung* herzustellen, welche es den neuen HeimbewohnerInnen ermöglicht, eine nachhaltige *Vertrauensbasis* aufzubauen. Bei dieser Methode kommt der Fähigkeit der Beraterin bzw. des Beraters, eines ‚Sich in die Rolle des Gegenübers Versetzen‘ und dessen Bedürfnisse nachempfinden zu können, bzw. eine „existenzielle mitmenschliche Bezogenheit“ herzustellen, wie Reichel in seiner Definition des Begriffes „psychosozial“ treffend beschreibt, und wie bereits in Punkt 2.3 eingangs erwähnt, höchste Bedeutung zu (Reichel, 2016, S. 23). Solche Empathie und ein Sich-Einlassen-Können auf die/den KlientIn bildet die Grundlage eines tieferen Verständnisses für den Menschen und seine besondere Lebenssituation.

2.3.3 Orientierungshilfe und Unterstützung bei der Eingewöhnung

In den ersten Tagen der Eingewöhnungsphase ist eine Orientierungshilfe, insbesondere bei demenzkranken HeimbewohnerInnen, unerlässlich. Wesentlich dabei ist das persönliche Begleiten und Abstimmen der Hilfsmittel an den jeweiligen

Zustand bzw. das Bedürfnis der Betroffenen, was mit Empathie und achtsamer Begleitung liebevoll-kreativ gestaltet werden kann (Grünberger & Löw-Wirtz, 2007).

Eine wesentliche Rolle übernehmen BeraterInnen auch als VermittlerInnen zwischen PBZ-Team und HeimbewohnerInnen für deren besondere Anliegen, sobald solides Vertrauen geschaffen werden konnte. Dies geschieht insbesondere dann, wenn diese Rolle von den Angehörigen nicht übernommen wird oder werden kann, und die Betroffenen ihre Bedürfnisse gegenüber dem Pflegepersonal aus Ängstlichkeit bzw. aufgrund von Schamgefühlen nicht äußern möchten. Eine solche einfühlsame wie geschickte Vermittlung kann einen erheblichen Beitrag zum Wiedererlangen des Wohlbefindens der neuen BewohnerInnen darstellen (ebd.).

2.3.4 Biographiearbeit – Ressourcenarbeit

Für eine psychosozial adäquate Beratung und Begleitung ist die Biographiearbeit - ebenso wie die Ressourcenarbeit - unerlässlich. Zur Befragung werden gelegentlich auch Angehörige herangezogen, insbesondere dann, wenn eine solche bei den Betroffenen aufgrund von psychischen bzw. kognitiven Beeinträchtigungen nicht im ausreichenden Umfang möglich ist. Durch das Wissen um die Lebensgeschichte der Klientinnen wird ein tieferes Verständnis bestimmter Gefühle und Verhaltensweisen erst möglich, und psychosoziale Begegnung kann tatsächlich stattfinden.

Biographiearbeit setzt einmal mehr eine solide Vertrauensbasis und entsprechend Zeit und Raum für aktives Zuhören und Verstehen voraus. Sie sollte nicht als Therapie verstanden werden, sondern als „ein Mittel zum besseren Verstehen, zur Kommunikation, zur Stärkung der Identität oder zur geistigen Aktivierung“ (Kastner & Löbach, 2010, S. 69).

Wie sich im Laufe der Praktikumstätigkeit immer wieder zeigte, konnten Befragte, bei welchen Biographiearbeit direkt möglich war, nicht nur kognitives Training, sondern auch seelische Erleichterung durch Bewusstwerden und Aussprechen von belastenden, bisher noch nicht verarbeiteten Lebensereignissen, erfahren. Darüber hinaus können Ressourcen, insbesondere bezogen auf Autonomie und Widerstand gegen Stressoren, aufgespürt und zur psychischen Stabilisierung herangezogen werden.

Biographiearbeit kann sich nicht nur als Belebung der persönlichen Erinnerung, sondern auch als Unterstützung des Selbstbewusstseins bei der Entdeckung

persönlicher Ressourcen auswirken (Grünberger & Löw-Wirtz, 2007). Außerdem erlauben die persönlichen Verhältnisse ebenso wie soziale Interaktionen einen Einblick in die Verhaltensweisen der Betroffenen. Für BeraterInnen gilt es, die Fähigkeit eines Miteinander-Kommunizierens mitzubringen, und „sich selbst und den anderen als Menschen mit einer individuellen Lebensgeschichte zu sehen“ (ebd.).

Mit der Ressourcenarbeit stellt die psychosoziale Beratung besonders in der Eingewöhnungsphase eine wesentliche Unterstützung zum Existenzbewusstsein und dem Gefühl des Angenommen-Seins der Betroffenen dar, und kann so deren Kohärenzgefühl (Antonovsky, 1997) auch ‚im Nachhinein‘ stärken. Die wesentlichen, individuellen Ressourcen stellen dabei einerseits das Bewusstmachen/Bewusstsein von dem, was im Leben bisher geschafft bzw. geschaffen wurde, und welche Herausforderungen bewältigt werden konnten, dar. Andererseits auch die Erinnerung an besonders glückliche Momente im Leben der Betroffenen, welche zur Wiederherstellung von deren Wohlbefinden es zu nutzen gilt.

2.3.5 Validation

Unter Validation wird eine Kommunikationsmethode verstanden, über welche man mit alten, verwirrten - meist demenzerkrankten - Personen in Beziehung treten und bleiben kann, auch wenn diese sich verbal nicht mehr oder nur mehr sehr schwer auszudrücken vermögen. Feil (2010, 2013) hat diese Methode in den 1960er bis 1980er Jahren entwickelt, aufbauend auf dem Verständnis des Verhaltens der Erkrankten. Auch bei dieser Methode steht Empathie und echte Wertschätzung an erster Stelle.

Es gilt, sich ganz auf die betroffene Person einzulassen, ihr liebevolle Aufmerksamkeit zu schenken und Verständnis entgegenzubringen. Dabei ist es auch von besonderer Bedeutung, dem mangelhaft orientierten bzw. desorientierten Menschen Raum für das Ausdrücken seiner Gefühle zu gewähren, um unbewältigte Konflikte zu lösen (Feil, 1982/2013).

Das Verhalten von mangelhaft orientierten oder desorientierten Persönlichkeiten stellt in Pflege- und Betreuungszentren eine besondere Herausforderung für Personal und MitbewohnerInnen, nicht zuletzt für diese Personen selbst, dar. Dieses auffällige Verhalten äußert sich nach Feil (1982/2013) oft in Form von Beschuldigungen, Jammern, (Hilfe-) Schreien, ständigem Klopfen oder Auf- und Abgehen und hat seinen

Ursprung im dringenden Bedürfnis der Betroffenen, die über lange Zeit unterdrückten Gefühle auszudrücken und unerledigte Konflikte in Frieden abschließen zu dürfen.

Ziel der Validation ist es, das Bedürfnis zu verstehen, das hinter einem bestimmten Verhalten steht. Durch das bedingungslose Einfühlen in die Welt der/des Betroffenen, können deren/dessen Gefühle in Worte gefasst, und die Person validiert werden. Durch die ehrliche Anteilnahme und Wertschätzung fühlt sich der Mensch verstanden und akzeptiert, kann allmählich Frieden schließen, und sein Verhalten ändert sich.

Feil (1982/2013) verwendet in ihren Ausführungen stets Beispiele aus der Praxis, und nimmt dabei immer wieder Bezug auf die humanistische Psychologie, insbesondere auf Rogers' klientenzentrierte Annäherung durch Empathie.

So kehren laut Feil (2010) desorientierte Persönlichkeiten in die Vergangenheit zurück, um eine Verletzung, die ihnen in dieser Zeit zugefügt worden ist, endlich zu pflegen und heilen zu lassen. Eine validierende – wertschätzende Begleitung kann diesen Menschen helfen, ihren Wert wiederzuerlangen. In ihren Sammelwerken über jahrzehntelange Forschung und Erfahrungswerte über Validation konstatiert Feil (2010, 2013), dass validierte Betroffene wieder zur Wirklichkeit der Gegenwart zurückkehrten, bei manchen auch Sprachverbesserungen und wiedererlangte Kontrolle über bestimmte soziale Bereiche festgestellt werden konnten.

Unabhängig vom jeweiligen Stadium der Erkrankung zeigte die während der Praktikumszeit bei den HeimbewohnerInnen angewandte Validation erstaunliche, positive Veränderungen bezüglich deren Verhalten sowie kognitivem und psychischem Zustand.

2.4 Adäquate Grundhaltung

Alte Menschen sind in ihrer Wahrnehmung ebenso wie in ihrem Auftreten ehrlich und echt, intuitiv fühlend und wissend, dass sie niemandem mehr etwas vormachen müssen. Unverarbeitete Erlebnisse, drängende Gefühle, welche sich Ausdruck verschaffen möchten, kommen auch bei voll orientierten Persönlichkeiten zum Vorschein und können mitunter sehr schmerzhaft für die Betroffenen sein. Daher ist das *empfindsame, bedingungslose Akzeptieren und Wertschätzen der Gefühle* dieser Menschen zur Schaffung einer nachhaltigen Vertrauensbasis in der gerontopsychosozialen Beratung von besonderer Bedeutung, den 3 therapeutischen Grundhaltungen Rogers' (1994) aus der humanistischen Psychologie folgend:

- Einführendes Verstehen
- Bedingungslose Wertschätzung
- Kongruenz; Echtheit und Aufrichtigkeit der TherapeutInnen bzw. BeraterInnen

Insbesondere beim betagten Menschen ist es wesentlich, die in der Beratung „begleitenden Einstellungen“ bzw. Gefühle zu bestimmten Themen zu erkennen und „zu ihrem Ausdruck zu verhelfen“ bzw. „zur Selbstoffenbarung zu führen“ (Rogers, 1994, S. 128 f.).

Längles Existenzanalyse folgend, steht der Mensch als geistige Person zeitlebens in Beziehung zu anderen Menschen, ohne die er „nicht überleben kann“ (Längle 2013, S. 41). Die 2. Grundmotivation des *Leben Mögens* zu fördern, kann somit die optimale Grundhaltung einer adäquaten gerontopsychosozialen Beratung ausmachen. BeraterInnen unterstützen demnach die Betroffenen dabei, „*Beziehung, Zeit und Nähe* zu erfahren, um den Wert des Lebens“ auch in dieser besonderen Phase „zu fühlen“ (Längle, 2013, S. 65). Dies kann durch regelmäßig abgehaltene psychosoziale Beratungseinheiten innerhalb eines adäquaten Rahmens geschehen und bei der einfühlsamen Unterstützung, soziale Kontakte innerhalb der Gemeinschaft im PBZ zu knüpfen.

Die Grundlage einer solchen Beziehung bildet die wertschätzende Haltung bzw. gelebte Validation durch die BeraterInnen der neuen BewohnerInnen von Pflege- und Betreuungszentren, auf welcher „psychosoziale Begegnung“ tatsächlich stattfinden, und somit ein Beitrag zu mehr Wohlbefinden bei Betroffenen, insbesondere in dieser schwierigen Phase, geschaffen werden kann.

Eine solche adäquate Grundhaltung mag auch Reichels (2016) hypothetische Auflistung von Anregungen für professionelle Berater zur Unterstützung von Menschen mit psychosozialen Problemen darstellen; die drei folgenden daraus werden hier als wesentlichste für die gerontopsychosoziale Beratung hervorgehoben:

- „4. dass ich den Eindruck habe, eine hilfreiche und wertschätzende Begegnung oder Beziehung anbieten zu können (...);
- 7. dass ich den Menschen in seiner ‚Leibhaftigkeit‘ sehe, und daher auch seine körperliche Verfassung mit seinem psychosozialen Problem verbunden sehe;

8. dass das soziale Umfeld (Kontext, Lebenswelt) Bestandteil des hilfesuchenden Menschen, seines Problems und seiner Lösung ist;“ Reichel (2016, S. 89).

Ebenso unterstreicht Salzmann in ihrer Master These über *Haltung und Methodik der therapeutischen Präsenz in Beratung und Therapie* die Bedeutung von Empathie in diesem Zusammenhang: „Empathie oder Einfühlungsvermögen ist die Fähigkeit, unsere Aufmerksamkeit auf andere zu richten und ihre ‚Essenz‘ innerlich aufzunehmen (Siegel, 2012, S. 69; zitiert nach Salzmann, Erika, 2015, S. 48). Dem müsse laut Salzmann eine „gewisse Offenheit“ vorausgehen, ohne die es für BeraterInnen oder TherapeutInnen nicht möglich ist, die innere Welt der Ratsuchenden in sich aufzunehmen und damit zuzulassen, dass diese die/den BeraterIn oder TherapeutIn in diesem Moment beeinflussen und deren/dessen Sein in gewisser Weise mitgestalten. „Einfühlung erfordert also Präsenz, verbunden mit fokussierter Aufmerksamkeit auf die andere Person“ (Salzmann, Erika, 2015, S. 48).

Eine solche Präsenz und Aufmerksamkeit gilt es, insbesondere dem älteren Menschen während der Eingewöhnungsphase in die neue Lebenswelt entgegenzubringen, und damit herauszufinden, wodurch er unterstützt werden kann, sein persönliches Wohlbefinden (wieder) zu erlangen.

Wie sich in der Praxis zeigte, wird von den meisten BewohnerInnen eines PBZ *Wohlbefinden* in erster Linie mit *Schmerzfreiheit* und *Zufrieden-Sein* assoziiert. Wie in Punkt **2.2 – Umgang mit der neuen Situation** bereits konstatiert, stellt ein mehr oder weniger erfüllt empfundenenes, bisheriges (Er-) Leben sehr wahrscheinlich einen wesentlichen Einflussfaktor auf das Gefühl von Wohlbefinden bei Betroffenen dar.

Für gegenständliche Master These über Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung von Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum ist von besonderem Interesse, das subjektive Empfinden des vieldimensionalen Begriffes von *Wohlbefinden* Betroffener weiter zu erforschen. Aufschluss darüber soll der folgende, empirische Teil bringen.

3. Empirie

3.1 Einleitung

Die Fragestellung führte zu einer empirischen, qualitativen Datenerhebung mithilfe von Einzelinterviews mit BewohnerInnen mehrerer Pflege- und Betreuungszentren im Rahmen des von Barney G. Glaser und Anselm L. Strauss in den 1960er Jahren entwickelten methodologischen Verfahrens der *Grounded Theory* (GTM), welche in Punkt 3.3 näher erläutert wird.

Dazu wurde das problemzentrierte, halbstrukturierte Einzel-Interview als geeignete Vorgangsweise gewählt, und ein entsprechender Leitfaden mit offenen Fragen zu relevanten Faktoren erstellt.

Die in den Interviews erhobenen Daten werden im Rahmen der *Grounded Theory* Methode nach Strauss & Corbin (1996) ausgewertet, und deren Ergebnisse in der Diskussion zusammengefasst und reflektiert. Eine Implikation für die psychosoziale Beratungspraxis bildet den Abschluss gegenständlicher Arbeit.

Forschungsfrage und Hypothese

Das Hauptinteresse liegt an der Erforschung der Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung auf das Wohlbefinden der Betroffenen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum.

Die daraus abgeleitete, vorläufige Hypothese lautet:

Psychosoziale Beratung bzw. Begleitung fördert das Wohlbefinden von älteren Menschen, welche die Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum als belastend erleben.

Wie erleben die Älteren tatsächlich die Eingewöhnungsphase in das neue zu Hause, wie erleben sie die psychosoziale Beratung und/oder Begleitung während dieser besonderen Zeit?

Dabei wurden auch folgende Unterfragen beleuchtet:

- Welche Methode(n) bzw. Interventionen der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung stellen im Vergleich die höchsten Wirkfaktoren in Bezug auf das

Gefühl von Wohlbefinden der Betroffenen während der Eingewöhnungsphase dar?

- Welchen Einfluss haben Sinnfragen auf das Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen während der Eingewöhnungsphase?
- Welchen Einfluss hat Religiosität/Spiritualität auf das Wohlbefinden der Betroffenen?

3.2 Entscheidungskriterien zur qualitativen Forschung

Die Wahl fiel auf eine qualitative Studie, um das Forschungsergebnis aus den Aussagen bzw. Empfindungen der Betroffenen zu generieren.

Hinsichtlich des fortgeschrittenen Alters und des sehr unterschiedlichen kognitiven und physischen Zustandes der HeimbewohnerInnen wurde eine quantitative Erhebung mittels selbständig auszufüllenden Fragebogens als nicht sinnvoll erachtet.

Ebenso wird auf die Komplexität des Untersuchungsfeldes und die in immer noch sehr vielen Pflege- und Betreuungszentren herrschenden, fraglichen Gegebenheiten bezüglich psychosozialer Begleitung hingewiesen. So konstatiert auch Flick nach McKinlay (1995), dass „in den Gesundheitswissenschaften auf der Ebene der sozialpolitischen Themen und Zusammenhänge gerade wegen deren höherer Komplexität qualitative Methoden eher zu relevanten Ergebnissen führen.“ (McKinlay, 1995; zitiert nach Flick, 2017, S. 42).

Des Weiteren soll, wie erwähnt, auf den ausführlichen wie eindrücklichen Studien Betz' (2010), Mayrings & Saups (1990 et al.) und Peters' (2006) über die psychosozialen Bedürfnisse der Älteren, insbesondere beim Ankommen und Eingewöhnen in ein Pflege- und Betreuungszentrum, angesprochen werden. Im Bewusstsein eines evolvierenden Forschungsprozesses – auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung in Österreich und darüber hinaus – wird hier besonders auf die *Angemessenheit* der qualitativen Forschung dem Forschungsgegenstand gegenüber hingewiesen (Flick, 2017).

3.3 Die Grounded Theory Methode (GTM)

Die Entscheidung zur Grounded Theory Methode (GTM) als Forschungsverfahren wurde aufgrund ihrer Beschaffenheit als *gegenstandsverankerte* Theoriebildungsmethode gefällt.

Die Theorie soll induktiv aus der Untersuchung des Phänomens, das sie abbildet, abgeleitet werden. Durch das systematische Erheben und Analysieren von Daten, die sich auf das untersuchte Phänomen beziehen, wird die in den Daten „geerdete“ (*grounded*) Theorie entdeckt, aufbereitet und zunächst bestätigt. „Folglich stehen Datensammlung, Analyse und Theorie in einer wechselseitigen Beziehung zueinander“ (Strauss & Corbin, 1996, S. 7 f.).

Die folgende Abbildung soll die Besonderheiten der GTM noch mehr verdeutlichen:

Abbildung 06 – Konzipierungshintergrund der Grounded Theory

Die analytischen Verfahren der GTM wurden konzipiert um:

1. eher eine Theorie zu entwickeln als sie nur zu überprüfen.



2. dem Forschungsprozess die notwendige methodische Strenge zu verleihen, die eine Theorie zur 'guten' Wissenschaft macht.



3. dem Analysierenden zu helfen, seine mitgebrachten und während des Forschungsprozesses entwickelten Verzerrungen und Vorannahmen zu durchbrechen.



4. für Gegenstandsverankerung (*grounding*) zu sorgen; Dichte, Sensibilität und Integration zu entwickeln, die benötigt werden, um eine dichte, eng geflochtene, erklärungsreiche Theorie zu generieren, die sich der Realität, die sich repräsentiert, so weit wie möglich annähert.

(Quelle: Helga Burian-Ruf nach Strauss & Corbin (1996, S. 39))

Dabei wird der Fokus auf folgende, wesentliche Kriterien gerichtet:

- a. *Theoriebildung*: Im Gegensatz zu den meisten, deskriptiven Zugängen in der Forschung geht es hier um eine theoriebildende Methodologie
- b. *Gleichzeitigkeit der Arbeitsschritte*: Das Hauptmerkmal der GTM ist das gleichzeitige, ständige Ineinandergreifen von Handlung (Datenerhebung) und Reflexion (Datenauswertung und Theoriebildung)
- c. *Durchführung der drei Grundpraktiken*: Diese bestehen aus dem *Kodieren* (Konzeptualisieren der Daten und Kategorienentwicklung); dem ‚*Theoretical Sampling*‘ (Auswahl der jeweils folgenden Interviews und deren Transkription bzw. anderer Daten basierend auf den ersten Auswertungen und daraus entstandenen Memos); und der *Methode des permanenten Vergleichens* (Gerlich 2014, S. 65).

3.3.1 Die Hauptverfahren der GTM

Die kennzeichnenden Verfahren und Grundpraktiken der GTM werden hier nun näher erläutert:

Offenes Kodieren

In der ersten Phase des Kodierens werden die erhobenen Daten sehr genau – Zeile für Zeile – gelesen und analysiert, und alle auftauchenden Ideen und Interpretationen als theoretische Konzepte stichwortartig festgehalten (ebd.). Dabei sollen die in den Daten vorkommenden Phänomene identifiziert, in ihren Eigenschaften und ihrer Bedeutung hinterfragt und miteinander verglichen werden, so dass sie verschiedenen Konzepten zugeordnet, und als *Kodes* benannt werden können. Diese werden entweder direkt aus der Datenquelle (wörtlich) übernommen, so genannte *In-Vivo-Kodes*, oder auch durch selbst gewählte Kodes benannt, welche der Bildung erster vorläufiger Kategorien dienen.

Axiales Kodieren

Die zweite Kodier-Phase umfasst die gezielte Analyse bestimmter Schlüsselkategorien (ebd.), wobei die Beziehung einer Kategorie zu einer anderen Kategorie und zu Subkategorien anhand des Datenmaterials untersucht wird.

Die beim offenen Kodieren herausgearbeiteten Eigenschaften und Dimensionen bilden die Grundlage zur Entwicklung von Zusammenhängen.

Selektives Kodieren

In der Phase des selektiven Kodierens geht es darum, das zentrale Phänomen herauszuarbeiten (ebd.).

Damit ist das Auswählen einer Kernkategorie gemeint, um die sich alle anderen, wesentlichen Kategorien anordnen.

Sowohl Glaser (1978) als auch Strauss & Corbin (1996) plädieren dafür, sich beim selektiven Kodieren auf *ein zentrales Phänomen* festzulegen.

Memos

Fortlaufende Notizen (Memos) stellen während des gesamten Auswertungsprozesses einen wesentlichen Bestandteil der GTM dar. Sie dienen der Kreativität der Forscherin bzw. des Forschers, beschreiben Erkenntnisse und fördern die Wahrnehmung sowie das abstrakte Denken über die erhobenen Daten und bilden damit eine Unterstützung für die weiteren Arbeitsschritte (Strauss & Corbin, 1996).

3.3.2 Weitere Grundpraktiken der GTM

Theoretical Sampling

Sampling bedeutet, Personen für Interviews im entsprechenden Forschungsfeld auszuwählen.

Im Rahmen der Grounded Theory Methode basiert die Auswahl der jeweils folgenden Interviews auf den vorangegangenen Auswertungen und den daraus resultierenden Memos. Dieser kreisläufige Vorgang im Forschungsprozess kennzeichnet die GTM.

„Theoretical sampling is sampling on the basis of concepts that have proven theoretical relevance to the evolving theory“ (Strauss & Corbin, 1990, S. 176; zitiert nach Gerlich, 2014, S. 69).

Permanentes Vergleichen

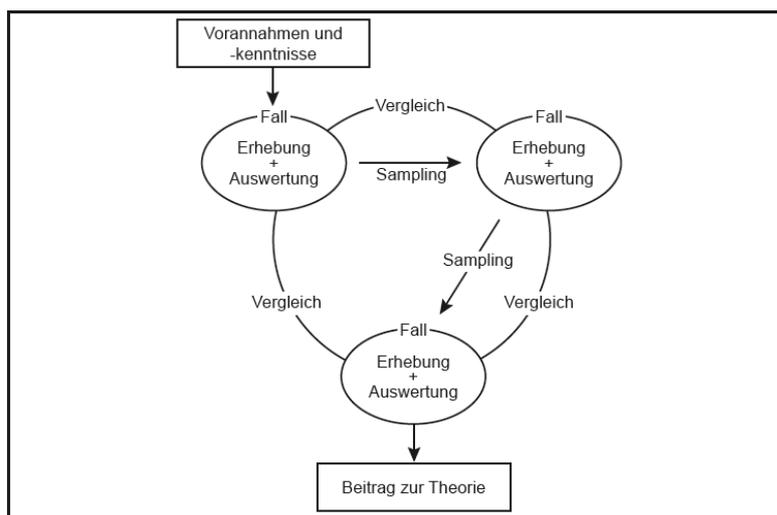
Nach Glaser & Strauss (1998/2005) sollen die erhobenen Daten mit theoretischen Vorannahmen und mit der aus den Daten generierten Theorie sowie den (gegebenenfalls) nachfolgenden, erhobenen Daten laufend miteinander verglichen

werden; ebenso geschieht dies mit den im Forschungsprozess identifizierten Phänomenen und Kategorien.

Die beiden Autoren beschreiben die Methode des ständigen Vergleichens auch in vier Phasen: „(1) Vorkommnisse für jede Kategorie vergleichen; (2) Integration der Kategorien und ihrer Eigenschaften; (3) Begrenzung der Theorie; (4) Abfassen der Theorie“ (Glaser & Strauss, 1998/2005, S. 111).

Folgende Graphik soll einen Gesamtüberblick über den Prozess der GTM schaffen:

Abbildung 07 – Zirkuläres Modell des Forschungsprozesses der GTM



(Quelle: Marshall & Rossmann, 2018)

3.4 Forschungsverlauf

3.4.1 Kontaktaufnahme/Feldzugang

Im ersten Schritt wurde Kontakt mit der Leitung einer psychosozialen Einrichtung aufgenommen, welche in mehreren Pflege- und Betreuungszentren Niederösterreichs tätig ist.

Nach einem ausführlichen Gespräch und sowohl mündlicher als auch schriftlicher Zusage zur Durchführung der Interviews einerseits und einer entsprechenden Auswahl der zu Interviewenden andererseits wurde das Sampling festgehalten, und demgemäß das Exposé inkl. eines Leitfaden-Fragebogens zu gegenständlicher Arbeit verfasst.

Nur wenige Tage nach dessen Genehmigung und Freigabe durch die Donau-Universität Krems wurde die Zusage erwähnter Einrichtung zurückgezogen, es musste ein neues Untersuchungsfeld gefunden werden. Die Begründung lag, laut Angabe der Leitung, in der ‚schlechten Erfahrung‘ bei der Befragung von HeimbewohnerInnen durch andere StudentInnen, worauf jedoch nicht näher eingegangen wurde.

Aufgrund des zunächst scheinbar *geschlossenen* Feldzuganges einerseits eröffnete sich andererseits durch die notwendig gewordene, erneute Suche ein breiteres Forschungsfeld.

Es folgte die Kontaktaufnahme mit insgesamt neun weiteren Pflege- und Betreuungszentren (PBZ), sowie mit einer Heimbewohnerin (HBW) und der Angehörigen eines Betroffenen persönlich, um ein entsprechendes Sampling für gegenständliche Thematik im Sinne der GTM dennoch zu ermöglichen.

Nachdem das Interesse der Leitung von insgesamt drei Pflege- und Betreuungszentren sowie zwei betroffenen Einzelpersonen in Niederösterreich, Wien und der Steiermark geweckt war, wurde diesen das Forschungsvorhaben telefonisch erklärt und, dem Forschungsverlauf entsprechend, jeweils Termine für ein Erstgespräch bzw. die vorgesehenen Interviews vereinbart.

In einem der drei Bundesländer zeigte man besonders großes Interesse, die Zusagen wurden innerhalb kurzer Zeit erteilt. Da der Besuch der Pflege- und Betreuungszentren in diesem Bundesland eine längere Anfahrtszeit und somit einen mehrtägigen Aufenthalt erforderte, mussten alle Interviews ressourcenbedingt innerhalb dieser Zeit geführt werden, was im vorgesehenen Rahmen der GTM eine besonders große Herausforderung darstellte.

In den anderen Bundesländern erwies sich der Zugang als schwieriger. Hier gab es in manchen Fällen – trotz mehrmaliger Anfragen - gar keine Rückmeldung.

Die Schwierigkeit lag zu Beginn vor allem darin, überhaupt eine Zusage der jeweils zuständigen Leitung eines PBZ zu erhalten. Zudem wurde die Problematik, HeimbewohnerInnen zu Eingewöhnungsschwierigkeiten *und* Inanspruchnahme psychosozialer Beratung befragen zu können, erst durch die neue Situation verdeutlicht.

Wie vermutet und aus der Praxis wahrgenommen, stellte sich heraus, dass die wenigsten der angefragten PBZ über eine *eigene* psychosoziale Beratungs- bzw. Begleitungs-Einrichtung verfügen. Jedoch wurde von der jeweiligen Leitung der in Frage kommenden PBZ versichert, dass eine solche im PBZ integriert sei, womit das neue Forschungsfeld als geeignet betrachtet wurde - insbesondere auch im Hinblick auf die Tatsache, dass empirische Forschung ja den Vergleich braucht, um überhaupt eine (neue) Theorie bilden zu können (Alheit, 1999).

Alle Zusagen kamen schlussendlich durch Kontakt-Vermittlung aus dem Freundes- und Bekanntenkreis zustande. Bei einigen zeigte man sich bereits nach dem ersten Telefonat sehr interessiert und offen für das Forschungsanliegen, eine Einladung in das Forschungsfeld wurde unmittelbar ausgesprochen. In zwei Pflege- und Betreuungseinrichtungen konnten, wie erwähnt, mehrere Interviews mit von der jeweiligen Heimleitung bzw. Pflegedienstleitung empfohlenen Betroffenen innerhalb von wenigen Tagen geführt werden.

Eine Zusage kam von der Angehörigen eines Betroffenen, welcher seit einigen Monaten ein PBZ bewohnt hatte, jedoch noch vor dem Interviewtermin verstarb. Aufgrund des Interesses der Angehörigen an der Studie, das Interview anstelle des betroffenen Verstorbenen zu führen einerseits und des Interesses der Forscherin an der Perspektive einer Angehörigen zum Thema andererseits, wurde auch in diesem Fall ein Termin zur Befragung vereinbart. Im Sinne des Theoretical Samplings – siehe auch Punkt 3.4.3 – wurde dieses Interview transkribiert und Memos verfasst, um mögliche Zusammenhänge bzw. neue Erkenntnisse im Vergleich zur vorläufigen Theorie zu gewinnen.

3.4.2 Interviewleitfaden

Zur Datenerhebung wurde das problemzentrierte, teil- oder halbstrukturierte Interview gewählt, und ein Leitfaden mit offenen Fragen erstellt (Atteslander, 2010, *Tab. 10.3*, erwähnt im Lehrbuch Döring & Bortz, 2016, S. 359), welcher dem Forschungsthema bzw. der Zielsetzung entsprechend entwickelt wurde und *Anhang 1* zur gegenständlichen Arbeit bildet. Die im Leitfaden angeführten Fragen wurden in Form und Reihenfolge bei jeder Befragung grundsätzlich eingehalten, jedoch - dem individuellen Interview-Verlauf entsprechend - angepasst.

Das weitgehende Beibehalten der entwickelten Fragen soll einerseits eine Fokussierung auf den Forschungsgegenstand bzw. das Problemfeld durch vergleichbare Wahrnehmungen der Betroffenen gewährleisten und andererseits - durch die offene Fragestellung inklusive sich aus der Situation ergebender, ergänzender Zwischenfragen - ein möglichst breites Spektrum an individuellen Erfahrungen zulassen.

3.4.3 Stichprobe / Theoretisches Sampling

Die wesentlichen Kriterien für die Auswahl der InterviewpartnerInnen bildeten die folgenden:

- BewohnerInnen eines Pflege- und Betreuungszentrums in Österreich
- Frauen und Männer ab 70 Jahren,
- welche sich an die Eingewöhnungsphase in das PBZ erinnern können, bzw. sich soeben in dieser befinden und
- kognitiv und emotional in der Lage und mit der Interviewführung einverstanden sind

Die Auswahl der Personen erfolgte – mit Ausnahme von TN01 und TN08, welche zum einen außerhalb, zum anderen innerhalb des jeweiligen PBZ, *privat* befragt wurden – jeweils nach Absprache mit der Leitung des PBZ sowie nach Einholung des Einverständnisses der InterviewpartnerInnen im Rahmen der vorgegebenen Strukturen des PBZ.

Aufgrund der Komplexität des Rahmens einerseits und der demographischen Entwicklung der Bevölkerung andererseits, wurden die zu interviewenden Personen bereits im Vorhinein mit einem Mindestalter von 70 Jahren festgelegt.

Im Sinne der Grounded Theory Methode erfolgte die systematische Auswahl der InterviewpartnerInnen im Rahmen der vorgegebenen Möglichkeiten kreisläufig, d. h. resultierend aus den jeweiligen Erkenntnissen des vorangegangenen Interviews (Gerlich, 2014).

Dabei wurde auf die im Rahmen des Feldes möglichen maximalen und minimalen Kontrastierungen wie Alter, Geschlecht, Aufenthaltsort, bisherige Aufenthaltsdauer, und Ort der Befragung soweit wie möglich geachtet.

Glaser & Strauss (1998/2005) räumen Minimierung und Maximierung bei der „Differenzierung zwischen den Vergleichsgruppen“ gleichermaßen Bedeutung ein (S. 62 ff.). Demnach führen maximale Ähnlichkeiten, also *minimale* Unterschiede in den Gruppen zu „Verifikation der Brauchbarkeit einer Kategorie; Generierung von grundlegenden Eigenschaften“ sowie zur „Formulierung einer Reihe von Bedingungen für die Abstufung einer Kategorie“, ergänzend dazu dienen die *maximalen* Differenzierungen der „Ausleuchtung fundamentaler Gemeinsamkeiten“ (ebd., S. 65).

Es bestand in keinem Fall ein Beraterin-KlientInnen-Verhältnis zwischen InterviewpartnerIn und Forscherin; in nur einem Fall war die Teilnehmerin der Autorin bereits vor der Befragung bekannt.

Die Anzahl bzw. Kontrastierung der zu interviewenden Personen ergab sich schlussendlich aus den im Forschungsfeld gegebenen Möglichkeiten und der „theoretischen Sättigung“ (Glaser & Strauss, 1998/2005, S. 69), wie folgt:

Abbildung 08 – Übersicht InterviewpartnerInnen

TeilnehmerInnen	Geschlecht	Alter	Im PBZ seit	Ort der Befragung
TN01	männlich	73	6 Monaten	Außerhalb d. PBZ
TN02	weiblich	94	3,5 Jahren	Besprechungsraum
TN03	weiblich	79	10 Monaten	Zimmer
TN04	weiblich	85	2 Monaten	Zimmer
TN05	männlich	82	7 Monaten	Besprechungsraum
TN06	w/m Ehepaar	84/89	5 Monaten	Zimmer
TN07	männlich	98	1 Jahr	Zimmer
TN08	weiblich	87	2 Monaten	Zimmer

(Quelle: Darstellung Helga Burian-Ruf, 2019)

3.4.4 Datenerhebung

Die Interviews wurden im Zeitraum zwischen Mai und September 2019 und, wie erwähnt, in verschiedenen Räumlichkeiten des jeweiligen PBZ durchgeführt, mit Ausnahme der Angehörigen-Befragung, welche an deren Arbeitsplatz erfolgte.

In jedem Fall wurden die Betroffenen, nach deren persönlichem Einverständnis im Rahmen der geltenden DSGVO, ausführlich informiert und im Sinne des Forschungsvorhabens befragt.

Entsprechende schriftliche Informationen wurden, je nach Zustand der Befragten, bei diesen persönlich oder – auf deren Bitte – bei der Leitung des PBZ hinterlegt (z.B. bei starker Einschränkung der Sehfähigkeit). Die jeweilige, seitens der TeilnehmerInnen unterzeichnete Einverständniserklärung wird gemäß DSGVO von der Forscherin aufbewahrt, je ein Formular der Einwilligungserklärung samt Infoblatt sowie der Datenschutzerklärung findet sich in *Anhang 2* und *3*.

Zur Aufnahme der Gespräche wurde ein Handy Recorder des Typs H2 der Firma Zoom verwendet, um eine hohe Qualität der Aufzeichnungen bzw. Wiedergabe zu gewährleisten.

Die Daten wurden so weit wie möglich unmittelbar nach dem jeweiligen Interview und ohne Zuhilfenahme eines digitalen Auswertungsprogrammes vollständig transkribiert und anschließend komplett vom Tonträger gelöscht.

Die Transkripte wurden anonymisiert, um einen Rückschluss auf die jeweilige Person auszuschließen. Im Sinne der Forschung und unter Berücksichtigung der DSGVO werden die Transkripte und übertragenen Audiodateien digital auf einem eigenen Datenträger der Autorin unter Passwort-Schutz aufbewahrt (siehe auch Datenschutzerklärung – *Anhang 3*).

Im Forschungsprozess sollen die persönlichen Erfahrungen der HeimbewohnerInnen beim Ankommen bzw. Eingewöhnen im neuen zu Hause und der individuelle Umgang mit der neuen Lebenssituation aufgezeigt werden.

Es soll herausgefunden werden, ob und auf welche Art und Weise Menschen in dieser besonderen Phase psychosoziale Beratung bzw. Begleitung erfahren und ebenso, ob und welche besonderen Wirkfaktoren bzw. Interventionen Einfluss auf deren Wohlbefinden haben.

Reaktionen der InterviewpartnerInnen auf das Interview

Alle KandidatInnen zeigten sich für die Fragen offen, wirkten durchwegs authentisch, die meisten von ihnen auch sehr erfreut, ein Interview geben zu dürfen. Jede Befragung konnte im Sinne des Leitfadens vollständig durchgeführt werden, in drei Fällen gab es eine kurze, jedoch sehr achtsame Unterbrechung durch das Personal, wonach das jeweilige Interview unmittelbar weitergeführt werden konnte.

Bei einigen Befragten entstand der Eindruck, dass sie nach einer negativ-kritischen Aussage einen entsprechenden Ausgleich schaffen wollten, da sie unmittelbar eine positive Kritik an positiv erlebten Gegebenheiten folgen ließen, obgleich allen KandidatInnen Anonymität zugesichert wurde.

Es wird nochmals darauf hingewiesen, dass sechs der Befragten seitens der leitenden Personen für das Interview ausgewählt wurden.

Ort der Befragung

Um das jeweilige Forschungsfeld besser kennenzulernen und eine gewisse Kontrastierung zu erreichen, war neben den verschiedenen Pflege- und Betreuungszentren bezüglich geografischer Lage auch der jeweilige Raum der Befragung innerhalb des PBZ ein Entscheidungskriterium für das nächste Sampling ausschlaggebend – siehe **Abbildung 8 – Übersicht InterviewpartnerInnen**.

So konnten die ausschließlich aus Erzählungen und Empfindungen gewonnenen Eindrücke des ersten Interviews außerhalb des PBZ, durch Beobachtungen und Eindrücke des persönlichen Wohnbereiches der Befragten ergänzt werden.

3.5 Kategorienentwicklung

Aus der Forschungsfrage ging zunächst eine *Basiskategorie* hervor:

Kategorie - EINGEWÖHNUNGSPHASE

Im Laufe des Forschungsprozesses stellte sich heraus, dass die Phase der Eingewöhnung sehr differenziert erlebt wurde.

Somit werden die während der Befragung systematisch entstandenen, folgenden Kategorien als Einflussfaktoren auf dieses Faktum näher beleuchtet.

3.5.1 Offenes Kodieren

Im Rahmen des offenen Kodierens wurde zunächst das erste Transkript Zeile für Zeile analysiert, zahlreiche In-Vivo Codes aufgelistet, Memos gebildet und Wesentliches aus den Daten gefiltert, um aus den beobachteten Phänomenen Kategorien zu bilden (Strauss & Corbin, 1996).

Es entstand eine beträchtliche Menge an Daten aus den Aussagen, Beobachtungen und Interpretationen, die zunächst mit dem Phänomen des Gezwungen-Seins zu einer Übersiedlung in die neue Lebenswelt in Zusammenhang gebracht wurden.

Um ein systematisch nachvollziehbares, weiteres Vorgehen im Forschungsprozess zu gewährleisten, wurden die theoretischen Vorannahmen zum Vergleich herangezogen, und die Ursachen für eine unausweichliche Übersiedlung als wesentlich angenommen.

Die Fragestellung zur ersten vorläufigen Kategorienbildung lautete somit:

- Welche waren die ENTSCHEIDUNGSKRITERIEN zur Einweisung bzw. Übersiedlung in ein Pflege- und Betreuungszentrum?

Ausgehend von dieser Fragestellung wurden folgende weitere *Basis Kategorien* entwickelt.

Kategorie - ENTSCHEIDUNGSKRITERIEN

Diese wurden bei allen Befragten schriftlich – im Rahmen der *Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten* (Anhang 2, S. 2) – erhoben.

Die Hauptursachen waren in sechs Fällen physische Beeinträchtigungen wie Herz-/ Lungenerkrankung, Neuroimmunerkrankung, schwere Beeinträchtigung des Bewegungsapparates bzw. bei den Höchstbetagten eine allgemeine Altersschwäche, welche sich u. a. auch in Form von starken Hör- und Sehbeeinträchtigungen zeigte; in 2 Fällen wurde die Entscheidung aufgrund von psychischer Erkrankung bzw. einer Kombination aus psychischen und körperlichen Einschränkungen gefällt.

Die nächste vorläufige Kategorie ergab sich unmittelbar aus der vorangegangenen:

Kategorie – VORBEREITUNG / AUSWAHLMÖGLICHKEIT

Drei der TeilnehmerInnen erlitten eine akute, lebensbedrohliche Krankheit und dermaßen starke Beeinträchtigung des Bewegungsapparates, dass sie plötzlich zu Pflegefällen und unmittelbar nach einem stationären Krankenhausaufenthalt in ein Pflege- und Betreuungszentrum eingewiesen wurden; somit war weder die Möglichkeit einer Vorbereitung auf die bevorstehende Situation noch die der Auswahl des neuen zu Hause gegeben.

Die anderen fünf Befragten hatten sich aus eigenen Überlegungen bzw. nach Absprache mit ihren Angehörigen für eine Übersiedlung entschieden und das neue zu Hause selbst ausgewählt; dabei wurde in zwei Fällen von der angebotenen Möglichkeit eines Probe-Wohnens im PBZ Gebrauch gemacht.

Auffallend war, dass – neben den geschilderten heftigen Reaktionen bei der Ankunft in ersteren Fällen – auch HeimbewohnerInnen mit Vorbereitungsmöglichkeit das *Ankommen* im PBZ als belastend beschrieben. Als höchst bedeutsam kristallisierte sich somit die folgende vorläufige Kategorie *Ankommen* heraus, nämlich *wie dieses* – insbesondere der erste Tag – im neuen zu Hause erlebt wurde.

Kategorie – ANKOMMEN (der erste Tag)

In den ersten drei, und insgesamt vier von acht Fällen wurde das Ankommen als *besonders belastend* erlebt, wobei dies, wie erwähnt, auch bei einer Teilnehmerin *mit* Auswahl- und Vorbereitungsmöglichkeit zur Übersiedlung der Fall war. In den anderen vier Fällen wurde dieses aufgrund des herzlichen, liebevollen Empfangs und aller Annehmlichkeiten des PBZ zwar als grundsätzlich positiv geschildert, jedoch nur in einem Fall uneingeschränkt positiv.

Erwähnenswert scheint hier auch, dass BewohnerInnen ein- und desselben PBZ das Ankommen sehr differenziert erlebten.

Somit entstanden – im Rahmen des offenen Kodierens – aus den Eigenschaften dieser Kategorie die folgenden beiden vorläufigen Subkategorien *Ankommen als Belastung* und *Ankommen als Entlastung*, welche im Weiteren aufgrund ihrer Bedeutsamkeit ausführlich beschrieben werden:

Subkategorie - ANKOMMEN als BELASTUNG

Diese Kategorie verdeutlichte sich in den Daten durch Aussagen in Bezug auf Stress, Trubel, alles neu, angewiesen sein, ausgeliefert sein, Schamgefühl, Verlassenheit, Isolation, Einsamkeit/allein sein, menschliche Kälte, lieblos, als Sache behandelt, unverstanden, Zeit zum Nachdenken – schmerzhaftere Ereignisse aus der Vergangenheit kommen hoch (z.B. schwere Kindheit, Verluste), fremd/unbekannt, Heimweh, Loslassen, Schock, Angst, gestresstes/ überfordertes Personal, schreiende MitbewohnerInnen und gestörte Nachtruhe.

TN01, welcher sich nicht auf die Übersiedlung vorbereiten konnte, bringt das Erleben des Ankommens in eine für ihn völlig neue Lebenswelt auf den Punkt:

„Also ich war so gestresst (...) und es war für mich so ungewöhnlich, weil ich einfach, ja, nie, außer z’Haus, in unserm, auf unserm Bauernhof, net wirklich sehr viel unterwegs war immer.“ (TN01, Z. 18; Z. 22 – 25). Und weiters: „... alles neu (lauter, emotionaler, denkt nach), natürlich a bissl stressig, weil für mi des ungewöhnlich war... die Körperpflege und, und, und die ganzen äh Gewohnheiten, die dort in dem Heim waren, die ganzen Leut’ kennenlernen, fremde Leut’ kennenlernen, ... sich von Damen auch behandeln lassen zu müssen quasi, war sicher ein Thema.“ (TN01, Z. 29 – 34).

TN02 (Vorbereitung möglich, Entscheidung durch TN selbst getroffen): „Niemand! Er (der erste Tag) war schrecklich (kopfschüttelnd, wirkt sehr frustriert). Es war schrecklich. Ich komm weg, von einem Leben in ein anderes, net? Ja? Des is genau, wie wenn i in a fremdes Land komm, net?“ (TN02, Z. 41 – 43).

TN03 (Vorbereitung nicht möglich): „*Verlassen* hab’ ich mich gefühlt! Wirklich! I muss es *ehrlich* sagen! Wirklich.“ (TN03, Z. 62).

TN08 (Vorbereitung nicht möglich): „Furchtbar! Furchtbar, furchtbar (lacht bitter). Aber nur *ein* Tag!“ (TN08, Z. 23).

Die anderen TeilnehmerInnen sehen ihr neues zu Hause grundsätzlich als *beste Lösung* für ihr fortgeschrittenes Alter bzw. ihren gesundheitlichen Zustand, wenn auch nicht uneingeschränkt, wie aus deren Aussagen hervorgeht.

Subkategorie - ANKOMMEN als ENTLASTUNG

Diese Kategorie mit den Eigenschaften Erleichterung, Sicherheit, versorgt sein, keine Sorgen mehr haben und Wohlfühlen entstand erstmals bei TN04 als maximale Kontrastierung zu den bisherigen Interviews.

TN04, welche den Alltag laut eigenen Angaben nicht mehr allein bewältigen und sich auf die Übersiedlung vorbereiten konnte, bringt diese folgendermaßen zum Ausdruck:

„Ich hab‘ keine Sorgen mehr. (,,,) Was ich sonst im Haus noch irgendwie erledigen muss, weil ich alleine bin, und es nicht mehr kann. Und da fang ich an zum Zittern! (Stimme wird schrill, geht nach oben). Also es is‘ seelisch und körperlich sozusagen, aber ich fühl mich da wohl (...) und des beruhigt mich, dass ich wieder wo untergebracht bin, wo ich nix, ... net soo viel denken muss.“ (TN04: Z. 51 – 61).

Memo: *TN04 bewohnt dasselbe Pflege- und Betreuungszentrum wie TN02 und TN03.*

Weitere Eigenschaften dieser Kategorie bilden die Aussagen von TN05, TN06 und TN07, die das Ankommen mit freundlichem/ herzlichem Empfangen-werden, sich willkommen fühlen, psychosoziale Begleitung/ liebevolle Betreuung, jemand kümmert sich, Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft beschreiben.

Wie erwähnt, wird jedoch auch in diesen Fällen die Schwierigkeit des Ankommens deutlich ausgedrückt:

TN04: „Des is‘ schon ein bisschen, dass man nicht mit so einer Freude herkommt, weil man weiß, wie alt man is‘, net? Des muss man ja auch berücksichtigen“ (TN04: Z. 43-45).

TN06 (Vorbereitung möglich, Ehepaar – Entscheidung/Auswahl gemeinsam getroffen) – **Frau 06:** „Am ersten Tag is‘ es halt irgendwie ah, ah ... unbekannt alles, net?“ (...) Naja, das is‘ a bisserl des Heimweh! (lächelt ein wenig wehmütig) Vom Mann, gell?“ (sieht zu ihrem Mann hinüber) – **Herr 06:** „Ja, des stimmt, ja.“ (TN06, Z. 124-126). – **Frau 06:** „...es war ja der eigene Wille da her, net? Aber trotzdem is‘ es, net? Des ‚Loslassen‘ is‘ halt mal immer wieder, gell? Ja, ja, leider!“ (TN06, Z. 135- 137).

TN07 (Vorbereitung möglich inkl. Probezeit): „Es is‘ scho a bisschen komisch g‘word’n, gell? Sag‘ ma, du bist jetzt da, du bist jetzt allein.“ (TN07, Z. 43-44)

Nur ein Teilnehmer, welcher eine Probezeit vor dem tatsächlichen Einzug in die neue Wohnstätte in Anspruch nehmen konnte, sagte aus, das Ankommen als durchwegs angenehm erfahren zu haben:

TN05: „...i bin freiwillig g'gangen, net? Und der erste Tag war angenehm. Weil i ja die Leut' schon hab kennt schon a bissel, und sie ham mi scho kennt, sehr angenehm.“

Kategorie – DER NEUE LEBENSRAUM

Schon bei den ersten beiden Interviews stellte sich eine sehr unterschiedliche räumliche Ausstattung, Organisationsstruktur und gelebte Philosophie der Institutionen heraus. So war im Fall von TN01 weder eine Zimmerwahlmöglichkeit noch die Möglichkeit der Mitnahme persönlicher Gegenstände gegeben, was jedoch bei allen weiteren besuchten Institutionen der Fall war.

TN01 (Angehörige): „(...) und um sich in einem Heim wohlfühlen, müsste man halt irgendwie Möglichkeiten schaffen, wo man sagt: „Ok, ich kann zumindest mein Kastel mitnehmen, meine Bilder mitnehmen, oder irgendet... oder oder irgendwie, ja, ein paar Sachen halt auch von z'Haus... des is in den Heimen, des geht net, net? In normalen Heimen is des fast net möglich, net. (...) irgendwie Kasteln, oder irgendetwelche Sachen, die man halt, oder irgendetwelche Sesseln, die man halt, weiß ich net, fufzig Jahr' hat, net? Wenn man da a bisserl was mitnehmen dürft', und a bisserl mehr Persönlichkeit hereinbringen.“ (TN01, Z. 310 – 321).

TN06: „Aber wir haben zum Beispiel die Bettbank, die alte da (zeigt auf eine alte, jedoch noch sehr gut erhaltene, hölzerne Couch mit rotem Stoffbezug, die sehr gemütlich wirkt) von zu Hause mit'bracht, ja? (...) das kleine Tischerl da draußen hamma von daheim mit [...] und wir ham einen Fernseher da, und wir ham einen Regelkühlschrank, wir ham an Radio, wir ham eh alles da, mein Mann hat Sauerstoff, gell? – In der Früh und auf d'Nacht immer. Und des sind unsere Fernsehsessel, na? Und die hamma von den Kindern g'kriegt, net? (Zeigt auf zwei verstellbare Massagesessel) Ja. Die, ... des is angenehm, weil im Bett möchten wir beide tagsüber net viel sein. Aber da kamma auch bissel schlafen, rasten und ruhen und schlafen, alles Mögliche, net? Des lasst sich so schön einstellen, net. Und des is echt gut!“ (TN06, Z. 51 – 56; Z. 61 – 68).

Insgesamt wurde der Lage des PBZ, der Zimmerbeschaffenheit und Einrichtungsmöglichkeit mit persönlichen Gegenständen seitens aller BewohnerInnen

eine sehr hohe Bedeutung beigemessen. In jedem der insgesamt sechs im Forschungsprozess beobachteten Zimmer fanden sich neben mitgebrachten Möbelstücken und Ziergegenständen zahlreiche Fotografien von Familienangehörigen bzw. PartnerInnen und FreundInnen. Diese wurden bei Erzählungen seitens aller TeilnehmerInnen immer wieder mit eingebunden, woraus die nächsten beiden Kategorien entstanden.

Kategorie – FAMILIE/PARTNER/ANGEHÖRIGE

Eine der wesentlichsten vorläufigen Hauptkategorien bildeten die engsten Angehörigen. In allen Fällen wurde die Familie, insbesondere PartnerInnen und Kinder, Enkel und ggf. Urenkel, aber auch Eltern – vorwiegend die Mutter – zum narrativen Mittelpunkt.

TN03: „Sechzehn Enkel hab‘ ich (stolz). ... Zehn Ur-Enkerl. Ja (lacht). Das is‘ schon ein Ur-Enkerl da! (Zeigt auf ein Foto auf dem Tisch). Der is‘ auch in XY (Bundesland) daheim. (...). Das is‘ auch ein Enkel dorten (zeigt wieder auf ein anderes Bild auf dem Tisch), der geht in die Schul‘, ja, der wird acht, der wird achte, ja. Die waren eh jetzt da, Freitag.“ (TN03, Z. 461 – 467).

TN04: „Wir haben so eine gute Ehe g‘führt. Da is‘ unser Bild! (Zeigt auf das Hochzeitsfoto an der Wand, Frau 4 mit ihrem Mann). (...) Des is‘ des Hochzeitsbild, und da waren wir in Mallorca auf Urlaub (zeigt auf ein weiteres Bild an der Wand), vier Wochen (...) Und das war in unser‘m Haus (weiteres Bild mit einem sehr schönen, kleinen Haus) ... das war unser Sommerhaus.“ (TN04, Z. 89 – 97).

Sieben von acht TeilnehmerInnen erhalten bzw. erhielten nach deren Angaben regelmäßig Besuch ihrer Angehörigen und erachten diese als wesentlichen Beitrag zu ihrem persönlichen Wohlbefinden.

Diese Kategorie geht naturgemäß Hand in Hand mit der folgenden:

Kategorie – GESCHICHTE UND BIOGRAPHIE

Bemerkenswert sind die freien, ausführlichen Erzählungen aller betroffenen TeilnehmerInnen über die (meist große) Familie und/oder Partnerschaft, insbesondere schwere *Schicksalsschläge*, welche als Subkategorie zu *Geschichte und Biographie* besondere Bedeutung erlangen.

Dieses Phänomen trat ebenso während der Praktikumszeit bei allen betreuten Personen auf, wobei dazu festgehalten werden muss, dass die psychosoziale Beratung auf eine Hilfestellung bei der Aufarbeitung schwerwiegender Lebenssituationen bzw. -ereignisse ausgerichtet ist.

Subkategorie zu GESCHICHTE UND BIOGRAPHIE - SCHICKSALSSCHLÄGE

Fünf von acht TeilnehmerInnen erzählten bei der Frage nach deren Gefühlen beim Ankommen über besonders schwerwiegende Erlebnisse wie z. B. **eigene, verstorbene Kinder** (teilweise suizidal), **Pflege und Sterbebegleitung** der eigenen **Partnerin / des eigenen Partners**, fehlendes oder **problematisches Elternhaus** und nicht zuletzt **Kriegsereignisse**.

TN03 erzählt im Rahmen der Beantwortung der Frage nach dem Ankommen: „...zuerst hab' ich noch a bissel g'weint, (Stimme verändert sich, Tränen). Wennst von daheim weg musst, wo du so lang warst, net? Da oben auch, is' ja auch mein' Mann sei' Heimat g'wesen (leise, sehr traurig, Tränen; weiter leise). Dann hab' ich vier Kinder verloren ...“. (TN03, Z. 29 – 31).

Ebenso antwortet TN04 auf die Frage, was sie am meisten beim Ankommen im PBZ belastet habe: „Ja, des war (räuspert sich), mein Mann is' g'storben.“ (*Frage: „Genau als Sie hergekommen sind, oder vorher?“*) „Nein, schon etliche Jahre zurück, ja, war schon, wo er tot is'. Aber trotzdem, es fehlt einer! Immer. Wir haben so eine gute Ehe g'führt. Da is' unser Bild! (Zeigt auf das Hochzeitsfoto an der Wand, Frau 4 mit ihrem Mann) ...“. (TN04, Z.86 – 91).

Eine weitere Teilnehmerin berichtete bereits vor Beginn des Interviews von ihrer viel zu früh, sehr plötzlich verstorbenen Tochter. Ein Teilnehmer erzählte über einschneidende Lebensereignisse im Zuge der Frage nach dem Wohlbefinden, eine Teilnehmerin im Rahmen der Glaubensfrage.

Kategorie – SUBJEKTIVES WOHLBEFINDEN

Aufgrund gegenständlicher Forschungsfrage stand das subjektive Wohlbefinden der TeilnehmerInnen als vorläufige Hauptkategorie fest und zeigte sich als solche auch in den Daten.

Die zuvor erläuterten Kategorien, insbesondere **der neue Lebensraum**, traten sowohl bei den ersten Fragen bezüglich des Ankommens als auch bei der Frage nach dem

Wohlbefinden der/des jeweiligen Betroffenen auf, was die Kategorie WOHLBEFINDEN zu einer vorläufig zentralen Kategorie bestimmt.

So bedeutet **Wohlbefinden** für die HeimbewohnerInnen einerseits ein **körperliches Wohlfühl**, resultierend aus der **Essensversorgung** (meistgenannt), der eigenen **Gesundheit**, der Möglichkeit des noch weitgehend **eigenständigen Bewegens und Handelns (Spaziergänge, Kümmern um die Balkonpflanzen)**, sowie der **allgemeinen guten Versorgung**; und andererseits ein **seelisch-geistiges Wohlfühl** aufgrund einer **liebvollen, Betreuung**, mit jemandem **sprechen zu können** und **Teil einer Gemeinschaft** zu sein, zum Teil auch der **eigenen inneren Zufriedenheit**, weiters aufgrund des „nun Eingewöhnt-Seins“ bzw. „Kennen des täglichen Ablaufs“ – der offenbar **überwundenen Eingewöhnungsphase, des Anerkannt-werdens** und nicht zuletzt aufgrund des **persönlichen Glaubens** an den **Sinn des Lebens** bzw. in manchen Fällen an **etwas Höheres**.

Kategorie – GLAUBE/RELIGIOSITÄT/SPIRITUALITÄT

Die als Unterfrage gegenständlicher Studie eingebundene Thematik stellt eine vorläufig angenommene Kategorie dar.

Für zwei TeilnehmerInnen hat diese Thematik eher kulturelle bzw. traditionelle Bedeutung; so werden Glaube und die Frage nach etwas Höherem in beiden Fällen mit Kirche und dem damit verbundenen Ritual des Kirchengehens in Verbindung gebracht. In einem der beiden Fälle wurde dies mit „sich wohler fühlen, wenn man am Sonntag in der Kirche war“ ausgedrückt (TN01, Z. 250 – 251).

Für drei Befragte wird dem Glauben an Gott bzw. einen Schutzengel eine sehr hohe Bedeutung eingeräumt und als wesentlich für deren Wohlbefinden erachtet.

Zwei weitere HeimbewohnerInnen äußerten sich enttäuscht über ihre Glaubenserfahrungen bzw. über die mit Glauben bzw. Religion verbundenen, handelnden Personen aus ihrer Vergangenheit.

Eine Befragte gab an, an die eigene Zufriedenheit zu glauben, Religiosität oder Spiritualität habe keine Bedeutung für sie.

Kategorie - SINN DES LEBENS

Alle TeilnehmerInnen sagten aus, an einen Sinn des Lebens zu glauben. Die im Leitfaden festgehaltene Frage danach wird von den meisten TeilnehmerInnen mit

Familie, insbesondere den eigenen Kindern und der Partnerin/dem Partner: Seitens der männlichen Teilnehmer wurde dieser mit **Etwas-im-Leben-schaffen, Verantwortung übernehmen** und **Sparsamkeit**, seitens der weiblichen mit **dem Leben selbst, dem eigenen Beitrag zum Ganzen, mit Religion bzw. Glauben** und **mit sich selber fertig zu werden** assoziiert.

TN02 fasst den Sinn des Lebens für sich folgendermaßen zusammen: „Der Sinn des Lebens is‘ des Leben selbst (...) I hab da ... I hab des Leben weitergegeben, meine Familie gut behandelt, und meinen Sinn. Und des is der Sinn des Lebens. Der Sinn, dass man was schafft, dass man was macht.“ (TN02, Z. 311 - 316).

Kategorie – WERTE

In dieser, ebenfalls bereits im Leitfaden vorläufig angenommenen Kategorie finden sich einige Eigenschaften vorangegangener Kategorien. So befanden alle Befragten das Großziehen ihrer **Kinder** und deren Wohlergehen oder die **gut geführte Ehe** als wesentlichsten Wert, wobei sich zwei der befragten Frauen mit Betonung auf das **weitergegebene Leben** dazu äußerten. Ebenso fanden das **persönliche Wohlbefinden bzw. Gesundheit, Glaube** und **Sinn des Lebens** hier (wieder) ihren Platz.

Bemerkenswert ist die Schilderung aller TeilnehmerInnen von **Schicksalsschlägen** auch im Zuge der Werte-Frage, wobei an dieser Stelle **deren Bewältigung** sowie der **starke Zusammenhalt der Familienmitglieder** im Mittelpunkt stand.

Sieben von acht TeilnehmerInnen sagten aus, dass ihre Werte dieselben geblieben wären im Vergleich zu jenen vor dem Umzug ins neue zu Hause; in einem Fall wurden in diesem Zusammenhang die Gegebenheiten des PBZ erneut stark kritisiert und betont, dass man erst durch diesen Vergleich das frühere zu Hause tatsächlich WERT-schätzen gelernt hätte.

Kategorie – PSYCHOSOZIALE BERATUNG/BEGLEITUNG

Die Eigenschaften der vorläufigen Kernkategorie bildeten **die Gespräche** mit den betreuenden bzw. beratenden Personen, deren **persönliches Sich-Kümmern** um die Betroffenen, deren **Herzlichkeit** beim Ankommen im neuen zu Hause, sowie deren Unterstützung bei der **sozialen Eingliederung** in das neue Lebensraum-System sowie bei der **Motivation zu körperlichen und kognitiven Aktivitäten** und zur **Teilnahme an traditionellen Festen**.

Vier von acht TeilnehmerInnen gaben an, psychosoziale Beratung bzw. Begleitung als wesentlichen Beitrag für ihr persönliches Wohlbefinden erlebt zu haben, insbesondere in den ersten Tagen des Ankommens.

TN03: „Ja des war, wie soll ich denn sagen? - Die *Betreuung!* Jeder hat sich bemüht mit mir, dass sie's mir können angenehm machen, ja. (...). Die Pfleger und die Pflegerinnen, die Schwestern, die was da sind, ja. Die haben mich wirklich auf'baut! Es is' halt nachher langsam g'gangen, ... ja (Pause ... Ist sehr berührt, wischt sich die Tränen weg...).“ (TN03, Z. 284 – 286; Z. 342 – 344).

TN06: „Naja. Des is eigentlich die Pflegedienstleisterin, die Frau X. Des war schon amal ganz super.“ Herr 6 wirft ein: „Ja! Des kamma schon sagen, des passt gaunz, gaunz (ganz)! Die passt für des!“ (...) „...hauptsächlich is' die X. sowieso eine Ansprechpartnerin, mit der was man zu allem kommen kann. Also sie ... is' immer wieder behilflich, net?“ (TN06: Z. 194 – 196; Z. 238 – 240).

Eine der TeilnehmerInnen gab an, sich von Beginn an alleingelassen gefühlt zu haben und erst nach eigener Anfrage Unterstützung erhalten zu haben.

Von zwei BewohnerInnen verschiedener Pflege- und Betreuungszentren konnte mangels Einrichtung bzw. Angebot keine psychosoziale Beratung oder Begleitung in Anspruch genommen werden.

Eine weitere Teilnehmerin gab an, eine solche nicht benötigt zu haben, da sie zufrieden sei und sich wohlfühle.

So antwortet TN04 auf die Frage, was Wohlbefinden für sie bedeute: „Wohl? Des is' da, eigentlich. Jetzt fühl ich mich da wohl, was will ich mehr? (...) Und dass ich niemand brauch'. Das war schon alleweil mein Ding. Ich hoff', ich muss niemand mehr so in Anspruch nehmen. (...) Und ich war immer zufrieden. Und wird' mich auch nimmer ändern, net? Hahaha (lacht herzlich).“ (TN04, Z. 266-267; Z. 314 – 316; Z. 332 – 334).

Zur Frage, was ihr am meisten bei der Eingewöhnung geholfen hätte, sagte TN04 aus: „Ich selber. Ich hab mit den andern g'sprochen, wie man sagt, und, und, die waren sehr nett. Und, ja. Und die, ich kann mich schnell fügen, oder wie soll man da sagen, oder die ander'n fügen sich mit mir (lacht), ah so. Aber ich nehm' das alles locker.“ (TN04, Z. 381 – 385).

Kategorie – ANNEHMEN / AKZEPTIEREN der Situation

Bereits nach den ersten beiden Interviews zeichnet sich die Hypothese ab, dass die jeweilige Ausprägung des Annehmens der neuen Situation einen wesentlichen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden hat, woraus sich folgende Subkategorien zu Akzeptanz ableiten ließen:

Subkategorie – Nicht-Akzeptanz

Bei TN01 wurde aufgrund der Angehörigen-Angaben eine Nicht-Akzeptanz bis zuletzt (Patient verstarb nach 6 Monaten Aufenthalt im PBZ) festgestellt, welche mit den Gegebenheiten des PBZ (keine Möglichkeit eines Einzelzimmers, Zusammenlegung schwer geistig behinderter Menschen mit nicht-behinderten, etc.) bzw. dem dort gelebten Alltag und dem Bewusstsein begründet wurde, dass dies ‚die letzte Station sei‘, wie mehrmals betont wurde.

TN01, im Zuge des Beklagens über die Zusammenlegung von geistig behinderten mit geistig ‚normalen‘ Personen im PBZ: „Alte, kranke Leut, die wissen, es is die letzte Station, mögen net mit no(ch) schlechtere Sachen in Be... - in Berührung kommen. Die verdrängen das in irgendeiner Form; oder es geht ihnen schlecht, na? Also des is wirklich schrecklich g'wesen, find' ich (leiser, traurig, wischt sich Tränen aus den Augen).“ (TN01, Z. 107 – 111).

TN01, auf die Frage nach dem Wohlbefinden: „Naja, man kommt dann irgendwann einmal drauf, dass man eigentlich, dass des eigentlich die letzte Station jetzt dann ist. Dass man da halt dann nimmer rauskommt, net?“ (TN01, Z. 231 – 233).

In diesem Fall gab es laut Angaben der Angehörigen keine psychosoziale Beratung oder Begleitung.

Subkategorie – Vernunft-Akzeptanz

Drei TeilnehmerInnen konnten in die Subkategorie Vernunft-Akzeptanz eingereiht werden, was über verbale und paraverbale Äußerungen der Teilnehmerinnen als *Abfinden mit der Situation* im Zuge des Interviews ausgedrückt wurde

In allen drei Fällen handelt es sich um weibliche Personen. TN02 und TN03, Bewohnerinnen desselben PBZ, jeweils mit und ohne Vorbereitungsmöglichkeit und TN08, welche sich ebenso nicht auf die Übersiedlung vorbereiten konnte. – TN02 wurde, wie erwähnt, nach deren Angaben beim Ankommen psychosozial begleitet, im

Fall von TN03 fanden auf deren eigene Initiative bzw. Bitte unterstützende Gespräche mit einer Beraterin statt, im dritten Fall wurde keine psychosoziale Beratung angeboten.

TN02: „Ja, i hab meine Vernunft eing'schaltet und mithilfe des Radio und mit Tonträgern ha- hab' ich mich dann, ja, is's dann besser word'n, net? Ja, is' wahr. Ja, des war die Eingewöhnung.“ (TN02, Z. 81 – 84).

TN08: „Du musst des nehmen, was's gibt, und du musst es nehmen, ah ah, weiß ich, man muss sich so ... des Leben hergeben, wie man's glaubt. Und, aber man darf net, weiß ich, ein' anderen (Pause)“ ... *Schuld geben, oder so?* „Ja. Des geht net. Du musst mit dir selber fertig werden. Net?“ (TN08, Z. 262 – 266).

Subkategorie – Verinnerlichte Akzeptanz

Bei TN04, TN05, TN06 und TN07 HeimbewohnerInnen konnte mittlerweile *eine verinnerlichte* Akzeptanz festgestellt werden.

TN05: „Ich sag', ich bin ein so ein Mensch, der alt wird, und hab mi da eing'lebt, und jetzt is' die Zeit.“ (TN05, Z. 50 – 51).

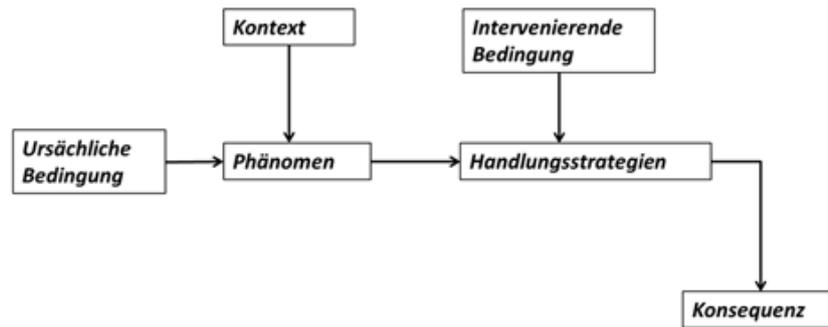
3.5.2 Axiales Kodieren

In der zweiten Kodier-Phase erfolgt nun die Verbindung der bisher entdeckten Kategorien zu Schlüsselkategorien und deren Analyse (Strauss und Corbin, 1996).

Ausgehend von den hypothetischen Verknüpfungen wurden im Forschungsprozess die vorliegenden und folgenden, noch zu erhebenden Daten durchforstet, um frühere provisorische Vermutungen und Hypothesen zu stützen, zu erweitern oder zu widerlegen (ebd., 1996, S. 76).

Aufgrund der Komplexität an Kategorien und deren Eigenschaften aus dem Prozess des offenen Kodierens fiel die Entscheidung auf die Weiterführung der Auswertung nach Strauss & Corbin (1996) anhand des folgenden Paradigmas:

Abbildung 09 – Kodierparadigma in Anlehnung an Strauss & Corbin (1996)



(Quelle: sozialraum.de, 2019)

Aus diesem systematischen Leitfaden zum Verbinden der bisher entwickelten Kategorien ließen sich folgende Elemente aus der Datenanalyse zusammenfassen, welche als relevant erachtet wurden:

Ursächliche Bedingungen

Pflegebedürftigkeit, Notwendigkeit der Übersiedlung aufgrund fehlender Ressourcen; das Ankommen sowohl als Belastung als auch als Entlastung

Phänomen

Existenzieller Wunsch nach Wohlbefinden

Kontext

Vermissten der vertrauten Umgebung, insbesondere des eigenen Heims, der Familie, der eigenen Gegenstände, der Heimat, der persönlichen Freiheit/Eigenständigkeit; Versorgung, Sicherheit, Lebenserhalt

Bedürfnis nach: Verständnis und Trost, Nähe und Rückzug, Angenommen-werden und Anerkennung, Autonomieerhalt, Verbesserung bzw. Erhaltung der Gesundheit, Verpflegung/Versorgung, Gemeinschaft

Handlungs- und interaktionale Strategien

Schock, Rückzug, Coping-Reaktionen (Längle 2013, 2015); sich den Angehörigen oder anderen Bezugspersonen (Leitung, ggf. Beratung, Personal) anvertrauen - um Unterstützung bitten, Hilfe annehmen, Kontakt zu anderen MitbewohnerInnen suchen, Kontakt nach außen durch Telefon (nach Möglichkeit bzw. Fähigkeit der Verwendung) und/oder Medien (Radio, Fernsehen), Zerstreuung suchen und über Musik/

Literatur/Philosophie und Pflegen der eigenen Pflanzen finden, Zurückhaltung gegenüber ‚gestresstem Pflegepersonal‘, um möglichst wenig zur Last zu fallen; in Bewegung bleiben, soweit wie möglich eigene Körperpflege, Verpflegung/Versorgung annehmen, an Gemeinschaftsaktivitäten teilnehmen

Konsequenzen

Sich verloren fühlen, Verlassenheit, Resignation, Einsamkeit, Verschlimmerung der Krankheit, Tod;

Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens durch Befriedigung der menschlichen Bedürfnisse: auf physischer Ebene durch medizinisch-pflegerische Versorgung und Nahrungsversorgung; auf psychosozialer Ebene: Sicherheit durch persönliche Beziehung und Nähe – auch durch Rückzug; persönliche Zimmergestaltung; Medien, Musik und Pflanzen als Ressourcen für Seele und Geist

Intervenierende Bedingungen

Zurechtfinden mit der eigenen Identität in der neuen Umgebung: Wie sieht mich meine neue Umgebung? Werde ich in meiner Identität unterstützt und in meinem So-Sein angenommen und anerkannt?

Verbindung der Hauptkategorien und deren Neuordnung

Die Hauptgeschichte, welche schlussendlich aus allen, während des gesamten Forschungsprozesses entwickelten Memos, Kodes und Kategorien hervorging, handelt davon, wie ältere Menschen sich fühlen, wenn sie in ein PBZ übersiedeln, wie sie die Eingewöhnungsphase durchleben, wie sie mit der neuen Situation umgehen, und was ihnen, im Sinne des existenziellen Wunsches nach Wohlbefinden dabei hilft, dieses (wieder) zu erlangen.

Dabei liegt das Hauptaugenmerk auf der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung im Sinne der Forschungsfrage bzw. vorläufigen Hypothese.

Die im Zuge des offenen Kodierens ermittelten Kategorien werden dazu im Folgenden zusammengefasst bzw. neu geordnet:

Schlüsselkategorie – EINGEWÖHNUNGSPHASE

Als Hauptbestandteil der Forschungsfrage wird diese nun ebenfalls eingehender beleuchtet.

Bei TN01 (PBZ D – ohne psychosoziale Beratung bzw. Begleitung), TN02 und TN03 (beide PBZ B) konnte die Eingewöhnungsphase, insbesondere das Ankommen, laut deren Angaben als sehr belastend definiert werden.

Obwohl TN02 und TN03 dasselbe, mit psychosozialer Beratung bzw. Begleitung ausgestattete Heim (PBZ B) bewohnen, differierten deren Aussagen über die Betreuung innerhalb dieser Phase stark.

Wie erwähnt, fühlte sich TN02 völlig alleingelassen und gab auf die Frage, was sie besonders belastet habe in der Eingewöhnungsphase, folgendes an: „Die Kälte. Die Kälte und die liebele, also Liebe ... ja, die Kälte und die... Die Kälte, ja. Die menschliche Kälte“ (TN02, Z. 93 – 94).

TN03, welche neben medizinischer Notversorgung aufgrund wiederkehrender, lebensbedrohlicher Symptome beim Ankommen auch psychosoziale Begleitung erfahren hatte, beantwortete die Frage, was ihr am meisten zur Eingewöhnung geholfen hätte, folgendermaßen: „Ja, weil ich ‚studiert‘ hab. Weil, alleine, fangst an zum Studier’n, Denken, net? I hab ah (auch) a (eine) schwere Kindheit g’habt...“ (TN03, Z. 89 – 90).

TN04, welche dasselbe PBZ (B) bewohnt wie TN02 und TN03, stand erstmals im Gegensatz zu den bisher geführten Interviews. Diese Teilnehmerin gab an, das Ankommen mit Freude erlebt zu haben, weil ‚der Alltag allein nicht mehr zu bewältigen‘ gewesen sei. Die Nebenwirkungen der Übersiedlung seien erst später eingetreten, sie habe jedoch keine besondere psychosoziale Beratung bzw. Begleitung benötigt, da sie mit der allgemeinen Versorgung zufrieden (gewesen) sei.

TN05, TN06 und TN07 (PBZ A) erlebten das Ankommen trotz der anfänglichen, einhergehenden Gefühle des Alleinseins und Heimwehs als sehr herzlich und liebevoll. Das Hilfreichste für die Bewältigung der Eingewöhnungsphase mit all ihren Eigenschaften seien die Rundumpflege, die Probezeit, die gute Aufnahme und die Gespräche mit der Heim- bzw. Pflegedienstleitung gewesen.

TN08 (PBZ C) gab an, das Ankommen (den ersten Tag) als äußerst belastend und keine psychosoziale Beratung bzw. Begleitung erhalten zu haben. Ihr größter Wunsch sei es gewesen, anerkannt zu werden, was ihr – aus Eigeninitiative – durch Ansprechen der MitbewohnerInnen und Zurückhaltung sowie Wertschätzung gegenüber dem Pflegepersonal gelungen sei.

Dieses Phänomen des unterschiedlichen Erlebens trotz gleicher Voraussetzungen hinsichtlich der äußeren Umstände (dasselbe PBZ zu bewohnen; dieselben Möglichkeiten, psychosoziale Beratung und Begleitung zu erfahren; Zimmerwahlmöglichkeit) kann auf die folgende neu entstandene Kategorie bzw. deren Eigenschaften zurückgeführt werden:

Schlüsselkategorie - PERSÖNLICHE RESSOURCEN

Als neue Kategorie bildet **persönliche Ressourcen** eine Achse, um welche sich die Kategorien **Sinn des Lebens, Werte, Glaube/ Religiosität/ Spiritualität, Familie/ Partner / Angehörige, Geschichte/ Biographie** und **Schicksalsschläge** bzw. deren Bewältigung drehen.

Die bereits genannten Eigenschaften und Phänomene dieser neuen Kategorie bilden in Summe die Basis zu den **handlungs- und interaktionalen Strategien** sowie den **Konsequenzen** laut Kodierparadigma. Gemeinsam mit den Eigenschaften und Phänomenen der Kategorie psychosoziale Beratung/Begleitung stellen sie die Grundlage des subjektiven Wohlbefindens der Befragten dar.

Schlüsselkategorie – SUBJEKTIVES WOHLBEFINDEN

Das subjektive Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen stellte bereits im Sinne der Forschungsfrage eine vorläufige Hauptkategorie dar.

Nach eingehender Datenanalyse wurde das für alle TeilnehmerInnen allgemein gültige Phänomen *existenzieller Wunsch nach Wohlbefinden* entdeckt und zur Bildung einer neuen (*grounded*) Theorie zu subjektivem Wohlbefinden verwendet, welche im selektiven Kodieren seine Offenbarung findet.

Schlüsselkategorie – WIRKFAKTOREN DER PSYCHOSOZIALEN BERATUNG BZW. BEGLEITUNG

Die bereits im Sinne der *theoretischen Sensibilität* entwickelte Kategorie wird nun im Rahmen des Zusammenfassens und Neuordnens der Kategorien aufgeschlüsselt bzw. präzisiert. Wie beim offenen Kodieren bereits erwähnt, wurde die Phase der Eingewöhnung sehr differenziert erlebt. Aufgrund dieses Phänomens konnte die Kategorie Akzeptanz in die vorläufige Schlüsselkategorie Eingewöhnungsphase integriert werden.

Zur weiteren Verdichtung musste im Sinne der Forschungsfrage festgestellt werden, welche psychosozialen Interventionen während der Eingewöhnungsphase Anwendung fanden und das Wohlbefinden der Betroffenen positiv beeinflussten.

Die folgenden Ausführungen gingen in erster Linie aus den Interviews und Gesprächen mit der jeweiligen PBZ- bzw. Pflegedienstleitung sowie anhand von Beobachtungen des Forschungsfeldes und einschlägigem Informationsmaterial über das jeweilige Zentrum hervor. Schließlich wurde folgende Gliederung nach Interventionszeiträumen als wesentlich erachtet:

- a. Interventionen vor Ankunft der neuen BewohnerInnen**
- b. Interventionen beim Ankommen**
- c. Interventionen während der Eingewöhnungsphase**

Die in der näheren Ausführung enthaltene Reihung der untersuchten Pflege- und Betreuungszentren (A, B, C, D) nach der *umfangreichsten* psychosozialen Versorgung (PBZ A), *weniger umfangreichen* psychosozialen Versorgung (PBZ B), *geringen* (PBZ C) bzw. *sehr geringen* psychosozialen Versorgung (PBZ D) wurde an die Wahrnehmungen laut Aussagen der InterviewpartnerInnen angelehnt und steht in keinem Zusammenhang mit der (zeitlichen Abfolge-) Reihung der TeilnehmerInnen aus Abbildung 8.

Die Elemente aus den vorläufigen Kategorien **Ankommen als Entlastung** und **der neue Lebensraum** konnten hier zusammengeführt und integriert werden.

- a. Interventionen vor Ankunft der neuen BewohnerInnen**
 - Vorbereitungsgespräche der nächsten Angehörigen mit den Betroffenen

- Persönliche Gespräche der Heimleitung und/oder DGKS- bzw. DGKP-Leitung mit den Betroffenen und deren nächsten Angehörigen vor der Übersiedlung (PBZ A, B)
- Biographiearbeit tatsächlich angewendet (PBZ A); Biographiearbeit laut Angebot PBZ A, B, C)
- Besichtigungsmöglichkeit (PBZ A, B, C)
- Möglichkeit einer Probezeit (PBZ A)
- Wahlmöglichkeit Einzel- /Doppelzimmer (PBZ A, B, C)
- Ausstattung bzw. wohnliche Gestaltung des Zimmers mit persönlichen Gegenständen der neuen BewohnerInnen, gegebenenfalls meist auch in zusätzlicher Absprache mit den nächsten Angehörigen (PBZ A)

b. Interventionen beim Ankommen

- Einzelgespräche mit den Ankommenden; wenn gewünscht, in Anwesenheit der nächsten Angehörigen (PBZ A, B)
- Herzliches Empfangen durch Leitung, Pflegeleitung und Personal (PBZ A; B – in diesem Fall unterschiedliche Wahrnehmung der TeilnehmerInnen; C, D)
- In akuten, schweren Krankheitsfällen psychosoziales Begleiten neben der medizinischen Versorgung, durch mehrmalige Besuche, Interesse an und Frage nach dem seelischen Befinden, sowie Mut zusprechen (PBZ A, B)
- Zeit und Nähe schenken (PBZ A, B – differenzierte Wahrnehmung der TN)
- Biographiearbeit tatsächlich angewendet (PBZ A); Biographiearbeit laut Angebot PBZ A, B, C)
- Rückzug gewähren, Unterstützung bei sozialer Eingliederung (PBZ A, B)
- Aktives Schaffen einer Vertrauensbasis (PBZ A, B)
- Auf besondere Wünsche bezüglich Zimmerbeschaffenheit und -einrichtung eingehen (PBZ A, B, C)
- Gegebenenfalls Krisenintervention (PBZ A, B, C; D konnte nicht eruiert werden)

c. Interventionen während der Eingewöhnungsphase

- Einzelgespräche (PBZ A, B)
- Gruppengespräche und -aktivitäten (PBZ A, B, C, D)
- Biographiearbeit tatsächlich angewendet (PBZ A); Biographiearbeit laut Angebot PBZ A, B, C)

- Rückzug gewähren, Unterstützung bei sozialer Eingliederung (PBZ A, B)
- Aktives Schaffen einer Vertrauensbasis (PBZ A, B)
- Gegebenenfalls Krisenintervention (PBZ A, B, C; D konnte nicht eruiert werden)

Genannte Interventionen erfolgen bzw. erfolgten durch:

- Heimleitung (PBZ A, B)
- Pflegedienstleitung (PBZ A, B, C)
- PflegerInnen (PBZ A, B, C)
- PsychologInnen (PBZ B, C)
- Seelsorge (PBZ A, B, C)
- Die eigenen Angehörigen

Die drei TeilnehmerInnen aus **PBZ A** bestätigten die Befriedigung ihrer psychosozialen Bedürfnisse während der drei genannten Phasen der Eingewöhnung sowie eine daraus resultierende Verbesserung ihres subjektiven Wohlbefindens.

Im Zuge der Beobachtungen und Analyse des Forschungsfeldes **PBZ B** stellte sich heraus, dass dessen psychosoziales Beratungs- bzw. Begleitungsangebot seitens der BewohnerInnen sehr unterschiedlich erlebt wurde.

So betonte eine Teilnehmerin zu Beginn der Befragung, gar keine Unterstützung beim Ankommen erfahren zu haben, erst nach Auftreten eines spezifischen Problems und der eigenen Bitte um Hilfe.

Die beiden anderen TeilnehmerInnen aus **PBZ B**, welche aufgrund der akuten Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes eingewiesen wurden, betonten die besonders liebevolle Betreuung während ihres Einzuges. Eine der beiden Teilnehmerinnen gab an, während der Eingewöhnungsphase psychosoziale Beratung und Begleitung erfahren zu haben, insbesondere beim Ankommen.

Die andere Teilnehmerin betonte, den Alltag aufgrund ihrer Krankheit allein ohnehin nicht mehr bewältigt zu haben und aufgrund der guten allgemeinen Versorgung im PBZ keine zusätzliche Beratung oder besondere Begleitung benötigt zu haben.

In **PBZ C**, welches als Forschungsfeld über einen längeren Zeitraum von mehreren Monaten beobachtet wurde, wird psychosoziale Begleitung weitgehend über das Pflegepersonal selbst, zum Teil im Rahmen einer Einrichtung der klinischen Psychologie sowie einer Seelsorgeeinrichtung, angeboten. Eine solche wurde laut

Angaben der befragten Bewohnerin jedoch nicht kommuniziert, ein Interesse an einer Seelsorge sei ihrerseits auch nicht vorhanden.

PBZ D konnte nicht beobachtet werden, da der Patient, wie erwähnt, kurz vor dem Interviewtermin verstarb, und auch seitens der befragten Angehörigen keine Angaben zu PBZ D erfolgten; laut deren Angaben wurde keine psychosoziale Beratung oder Begleitung angeboten, eine Akzeptanz der Situation wurde, wie erwähnt, bis zum Tod des Heimbewohners nicht erreicht.

3.5.3 Selektives Kodieren – Ergebnisse

Anhand der zentralen Frage um die Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung auf das Wohlbefinden von älteren Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum werden nun die Ergebnisse, wie folgt, zusammengefasst:

Fünf von acht TeilnehmerInnen bestätigten, dass die ihnen zuteil gewordene psychosoziale Beratung bzw. Begleitung ihr persönliches Wohlbefinden während der Eingewöhnungsphase positiv beeinflusst habe.

Davon leben drei (TN05, TN06 und TN07) in ein- und demselben Pflege- und Betreuungszentrum - PBZ A. All diese TeilnehmerInnen hatten die Möglichkeit, sich auf den Umzug vorzubereiten, zwei davon nutzten die Gelegenheit des Probewohnens.

Die Zimmer der hier befragten TeilnehmerInnen vermitteln eine wohnliche Atmosphäre, und gleichen mehr einem Hotel- als einem Pflegezimmer. Leitung und Personal fallen durch besondere Offenheit und Herzlichkeit auf. Es wurde der Eindruck einer wahrnehmbaren Freude an deren Beruf(ung) vermittelt, für die Beantwortung der Fragen zum Forschungszweck nahm man sich im Rahmen des Möglichen ausreichend Zeit. Tatsächlich herrscht hier eine angenehme, familiäre Atmosphäre, man hat den Eindruck, dass die Menschen zueinander in Beziehung stehen, man kennt einander. PBZ A stellt derzeit etwa 70 Betreuungsplätze zur Verfügung.

Alle TeilnehmerInnen aus PBZ A gaben an, sich mit all ihren Problemen an den „Chef“ (Heimleitung) oder die „Chefin“ (Pflegedienstleitung), wenden zu können, und äußerten sich ausnahmslos begeistert über deren rasche Hilfe bei der Lösungsfindung. Besonderen Wünschen, z. B. betreffend Zimmerverlegung aufgrund

der leichteren Zugänglichkeit oder wegen gestörter Nachtruhe durch schreiende Demenzpatienten, wurde nachgekommen.

TN05 fasst die Ursache seines subjektiven Wohlbefindens eindrücklich zusammen:

„Die ganze Umgebung und die gute Betreuung. ... Da, die Landschaft da und die Ding, die Betreuerinnen und Betreuer, sag ich, uns geht's sehr gut. Uns geht's sehr gut. Des muss ma' ... des, wer des net versteht da, na da kann ma' net reden, net? (wir lachen). Ja, wir haben, erstens hamma (haben wir) a (ein) ganz a gutes Essen, zweitens hamma schöne Zimmer, drittens hamma a ganz a gute Betreuung, vom Chef bis zu die letzten Aufräumerinnen, net? Und viertens ah (auch) die ärztliche Versorgung; is' sehr guat.“ (TN05, Z. 31 – 38).

Auch PBZ B erfreut sich einer ruhigen Lage in ländlicher Umgebung, umfasst die Betreuung von derzeit etwa 75 Personen und vermittelt eine angenehme Atmosphäre. Heimleitung und Pflegedienstleitung fallen ebenso durch Freundlichkeit und Entgegenkommen bei der Fragenbeantwortung sowie der Besichtigung des Forschungsfeldes auf.

Dennoch machen einige BewohnerInnen hier einen verlorenen Eindruck.

Auch erleben die beiden weiteren der fünf genannten TeilnehmerInnen die hier angebotene psychosoziale Beratung bzw. Begleitung sehr unterschiedlich.

So gab TN02 an, während der ersten Tage des Ankommens gar keine Unterstützung erhalten zu haben, sie habe 3 Jahre gebraucht, um sich einzugewöhnen. Zu einem späteren Zeitpunkt der Befragung erklärte diese, sich wegen eines spezifischen Problems aus eigenem Handeln ratsuchend an eine der Beraterinnen gewendet und daraufhin Unterstützung bei der Lösung erhalten zu haben.

Die folgenden beiden Zitate sollen die Differenziertheit der Gefühle von TN02 beim Ankommen und im Moment der Hilfestellung durch die Beraterin verdeutlichen:

So entrüstet sich TN02 bei der Frage, ob sie beim Ankommen von jemand begleitet worden wäre: „Nein. Gar nichts! Nichts, gar nichts! Nicht. Null Komma Josef. Bin da her'kommen, und, und sozusagen gleich mit'm Rüssel gleich gegen die Wand g'fahrr. Keine. Ja. Wenn die Schwester reinkommen is', kann's ja, net: Ich bin die und die, und i bin jetzt Ihre Pflegerin und so, net? – Nicht! Nicht! Paar... bei ein paar Damen hab

ich dann nachg'fragt, oiso des, die Frau X (Name), und dann is' noch eine, also eine beratende Frau da.“ (TN02, Z. 136 – 141).

Jedoch in Bezug auf die Hilfestellung erklärt TN02: „Die Frau X (Name) Ja. Sie passt für das, was sie da aus-, aus-... ausführt. Was sie da macht. Sie passt für das, net? Sie is' eine geeignete Person, net? Sie kann natürlich nichts ändern, aber es is' schon, dass man, dass man sich aussprechen kann, is' schon eine Erleichterung, net?“. (TN02, Z. 295 – 298).

TN03 bestätigte die psychosoziale Begleitung durch die BetreuerInnen als wesentlichen Beitrag für ihr Wohlbefinden während der als schwierig erlebten Eingewöhnungsphase: „Ja des war, wie soll ich denn sagen? - Die Betreuung! Jeder hat sich bemüht mit mir, dass sie's mir können angenehm machen.“ (TN03, Z. 284 – 286).

TN01, TN04 und TN08 wurde nach eigenen Angaben bzw. der Aussagen einer Angehörigen keine psychosoziale Beratung bzw. Begleitung zuteil. TN01 verstarb nach 6 Monaten; TN04 gab an, eine solche nicht zu benötigen; TN08 gab an, kein Angebot einer solchen erhalten zu haben.

Nach den ersten sieben Interviews von Menschen in eher kleinen, familiären Pflege- und Betreuungszentren wurde – im Sinne einer weiteren Kontrastierung - TN08, welche in einem sehr großzügig angelegten Zentrum (PBZ C) wohnt, befragt.

PBZ C liegt in gut erreichbarer städtischer Ruhelage und bietet über 300 Plätze für pflegebedürftige Menschen. Sowohl Eingangsbereich und Gemeinschaftsräume als auch die einzelnen Zimmer fallen durch Großzügigkeit und angenehme Farbgebung auf. Die meisten handelnden Personen wirken freundlich, einige besonders herzlich, einige auch hastig und weniger freundlich. Eine Differenziertheit zwischen den kleineren Pflege- und Betreuungszentren und dem sehr ausladenden ist sofort deutlich spürbar. Obwohl in Informationsmaterialien aufgelistet, erfährt TN08 laut eigenen Angaben keine besondere Begleitung bzw. Beratung in psychosozialer Hinsicht.

Nach längerer Beobachtung und späteren Erzählungen der Teilnehmerin – nach bereits geführtem Interview – wird dieser jedoch durch die Pflegeleitung eine vertrauensvolle und aufmerksame psychosoziale Beratung und Begleitung zuteil, allerdings nicht regelmäßig und nur innerhalb kurzer Zeitfenster.

Nach einiger Zeit konnte bei TN08 eine örtliche Orientierung und ein offener Zugang auf MitbewohnerInnen sowie Personal beobachtet werden.

Geschichte der Kernkategorie nach der Grounded Theory (GT)

Die Geschichte wird schlussendlich aus der Summe der Haupt- bzw. Schlüsselkategorien geschildert und der vorangegangenen Hypothese gegenübergestellt (Strauss & Corbin, 1996).

Der Gedankenprozess hin zur endgültigen Kernkategorie wird im Folgenden nachgezeichnet:

Abbildung 10 - Zusammenfassung Kategorienbildung

OFFENES KODIEREN <i>Die Reihenfolge d. vorläufigen Kategorien aus Leitfaden u. Aussagen v. oben nach unten</i>	AXIALES KODIEREN <i>Schlüsselkategorien</i>	SELEKTIVES KODIEREN
Eingewöhnungsphase (Forschungsfrage)	Schlüsselkategorie Eingewöhnungsphase (Forschungsfrage)	Kernkategorie Identität
Entscheidungskriterien (Krankheit/Zustand)		Psychoziale Beratung – Identitätsarbeit durch:
Vorbereitung/Auswahlmöglichkeit	Schlüsselkategorie Psychoziale Beratung (Forschungsfrage)	Zeit und Nähe; Ressourcenarbeit (Biographie, Lebensgeschichte); Glaube/Religiosität/Spiritualität; Sinn des Lebens; Werte
Ankommen (2 Sub)		
Als Belastung – Als Entlastung		
Der neue Lebensraum		
Familie/Partner/Angehörige	Schlüsselkategorie Subjektives Wohlbefinden (1 Sub) wurde ‚zugunsten‘ der neuen Schlüsselkategorie IDENTITÄT gestrichen	
Geschichte/Biographie (1 Sub)	Neue Kategorie Persönliche Ressourcen	
Schicksalsschläge		
Subjektives Wohlbefinden (Forschungsfrage)		
Glaube/Rel./Spirit. (Unterfrage)		
Sinn des Lebens (Unterfrage)		
Werte (Leitfaden); beinhaltet auch Eigenschaften anderer Kategorien		
Psychoziale Beratung/Begleitung (Forschungsfrage)		
Akzeptanz (3 Sub)	Schlüsselkategorie Wirkfaktoren der Psychos. Beratung/Begleitung (Forschungsfrage)	
Nicht – Vernunft – Verinnerlichte Akzeptanz		

(Quelle: Darstellung Helga Burian-Ruf, 2020)

Hinweis: Die kleinere Schriftart (Calibri 11 bzw. Arial 11) wurde aus Platzgründen für die Betrachtung der beiden Seiten (Kategorienbildung) nebeneinander zur besseren Nachvollziehbarkeit gewählt

Zusammenfassung Kategorienbildung- Erläuterungen

Eingewöhnungsphase ist Teil der Forschungsfrage.

Entscheidungskriterien wurden als relevant erachtet, da der Zustand der HeimbewohnerInnen Einfluss auf das subjektive Wohlbefinden hat, und somit auch als Teil der psychosozialen Beratung einfließt.

Vorbereitung/Auswahlmöglichkeit wurde von den TN selbst erzählt und war im Forschungsfeld wesentlicher Teil der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung vor u. während der Eingewöhnungsphase und wurde deshalb ebenso in die Schlüsselkategorie Psychosoziale Beratung integriert.

Ankommen wurde durch die Frage, wie war der erste Tag und wie waren die folgenden Tage als relevant inkl. der beiden Subkategorien (Ankommen als Belastung, Ankommen als Entlastung) erachtet, welche aus den Aussagen der TN entstanden und ebenso als wesentlicher Bestandteil der psychosozialen Beratung in diese integriert wurden.

Der neue Lebensraum umfasst sowohl die Lage des PBZ als auch das bewohnte Zimmer u. a. Räumlichkeiten; stellt laut Aussagen der TN und Feldbeobachtungen einen besonderen Wirkfaktor auf das subjektive Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen, und somit wesentlichen Bestandteil der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung dar.

Familie/Partner/Angehörige wurden immer wieder bei den unterschiedlichen Fragen erwähnt und auf Bildern gezeigt; diese Kategorie wurde in die neue Kategorie – Persönliche Ressourcen integriert.

Geschichte/Biographie – immer wieder wurden Geschichten aus dem Leben, angenehme wie belastende Erinnerungen, in zwei Fällen auch Kriegereignisse, erzählt. Wurde in die neue Kategorie – Persönliche Ressourcen integriert.

Schicksalsschläge (vorläufige Subkategorie zu Geschichte/Biographie) - 7 von 8 erzählten über schwerwiegende Ereignisse; Ausnahme war die Angehörige des nach 6 Mon. Aufenthalt verstorbenen Patienten. Diese Kategorie wurde ebenso in die neue Kategorie – Persönliche Ressourcen integriert.

Glaube/Religiosität/Spiritualität ist Teil der Forschungsfrage, deshalb im Leitfaden und hat in einigen Fällen positive Wirkung auf das subjektive Wohlbefinden. Wurde in die neue Kategorie – Persönliche Ressourcen integriert.

Sinn des Lebens ebenso Teil der Forschungsfrage – wesentlich – alle TN glauben an einen Sinn des Lebens. Wurde in die neue Kategorie – Persönliche Ressourcen integriert.

Werte – deckt sich teilw. mit Sinn des Lebens, wurde in die neue Kategorie – Persönliche Ressourcen integriert.

Psychosoziale Beratung/Begleitung ist Hauptteil der Forschungsfrage, bildet somit eine Schlüsselkategorie.

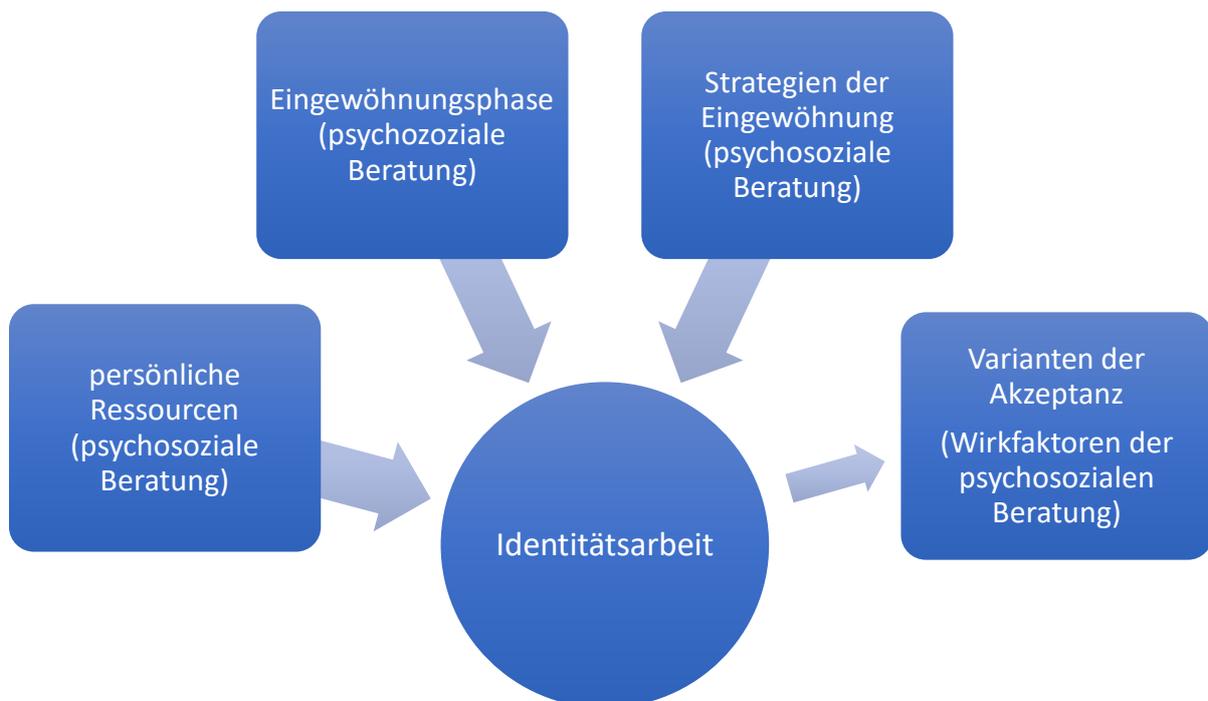
Akzeptanz hat sich am Ende der jeweiligen Befragung aus den Aussagen der TN ergeben und bezieht sich auf den Jetzt-Zustand (Zeitpunkt der Befragung); wird aufgrund der Differenziertheit als relevant f. d. psychosoziale Beratung erachtet.

Als Ergebnis der Theoriebildung nach der GT über ältere Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein PBZ kann aufgrund der Daten die folgende Geschichte der Kernkategorie „Identitätsarbeit“ erzählt werden:

Menschen, die in der Lebenssituation einer Eingewöhnung in eine betreute Einrichtung gelangen, sehen sich dadurch mit einem Einschnitt in ihren Lebensverlauf konfrontiert. Um mit diesem Einschnitt umgehen zu können, treten alle Befragten in eine Form der Identitätsarbeit ein. Diese Arbeit wird von ihren persönlichen Ressourcen, der Art der Eingewöhnungsphase, den Strategien der Eingewöhnung positiv oder negativ beeinflusst. Alle diese Schlüsselkategorien werden bzw. können durch konkrete Interventionen der psychosozialen Beratung innerhalb der Einrichtung unterstützt werden.

Als Folge dieser Identitätsarbeit konnten 3 Varianten der Akzeptanz identifiziert werden, welche die Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung darstellen.

Abbildung 11 – Ergebnis Kernkategorie IDENTITÄTSARBEIT



(Quelle: Darstellung Helga Burian-Ruf, 2020)

Für die vorliegenden Daten heißt dies konkret, dass jede/r einzelne HeimbewohnerIn aufgrund ihrer/seiner Einzigartigkeit und individuellen Geschichte die Eingewöhnungsphase sehr unterschiedlich erlebt und damit umgeht; und somit eine sinnvolle, auf das subjektive Wohlbefinden ausgerichtete psychosoziale Beratung bzw. Begleitung nur über das Kennen und Achten der Identität dieser Menschen möglich ist.

Petzolds (1993) Definition von Identität kann hier somit gestützt und als Basis einer solchen Beratung und Begleitung betrachtet werden: „Identität ist nicht nur Geschichte und Geschehen, sie ist auch Entwurf, Prospektion, als ausgefaltete Struktur des Leibselbst an die Temporalität des Leibes gebunden. Identität als Verkörperung gesellschaftlicher Verhaltenserwartungen bzw. sozialer Attributionen ist damit immer auch leibliche Formung des Selbst“ (Petzold, 1993, S. 369).

Kernkategorie – IDENTITÄTSARBEIT als BASIS der psychosozialen Beratungs- bzw. Begleitungsansätze

Wenn es gelingt, den ankommenden, älteren Menschen in seinem ganzen Sein bereits vor der Übersiedlung kennenzulernen, diesem zu vermitteln, dass er in seinem So-Sein willkommen und angenommen ist, und man um dessen psychosoziale Bedürfnisse weiß, kann diesem auch Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der neuen Situation (Antonovsky, 1997) vermittelt werden, wie die Studie zeigt.

4. Diskussion der Ergebnisse

Die Ergebnisse werden den vorläufigen Annahmen aus der theoretischen Sensibilität gegenübergestellt und abgehandelt und im Anschluss als Implikationen für die Beratung zusammengefasst.

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass eine Theorie aus den Daten generiert werden konnte, und diese weitgehend mit der theoretischen Sensibilisierung bzw. den Vorannahmen übereinstimmt.

Die Kernkategorie IDENTITÄTSARBEIT entstand aus der Summe der Antworten der Befragten sowie deren frei erzählter Geschichten.

Die Studie ergab im Wesentlichen, dass psychosoziale Beratung für den älteren Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein PBZ auf dessen ureigener *bisheriger* Identität, seiner Geschichte und ebenso unter Berücksichtigung seiner sich neu entwickelnden Identität, welche aus der neuen Umgebung entsteht, ausgerichtet werden sollte. Dies beginnt, wie erwähnt, bereits in der Vorbereitungsphase.

Die Möglichkeit der Befriedigung des existenziellen Wunsches nach Wohlbefinden findet sich auf psychosozialer Ebene in den Eigenschaften der Kategorie *Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung*, welche sich der Kategorie *Ressourcen* bedienen kann und soll.

Dabei ist es besonders wichtig, dem Menschen mit Empathie und Kongruenz zu begegnen, und seine Lebensgeschichte erfahren zu wollen, seine Biographie kennenzulernen und daraus Ressourcen zu erarbeiten.

Die Biographie eines Menschen

Wie aus der Studie hervorgeht, stellt der *existenzielle Wunsch nach Wohlbefinden* ein für alle TeilnehmerInnen gültiges Phänomen dar, dessen Erfüllung bzw. Befriedigung auch in den persönlichen **Ressourcen** des Einzelnen zu finden ist.

Diese können insbesondere im Zuge der Biographiearbeit herausgearbeitet und zur Verbesserung des Wohlbefindens eingesetzt werden. Auch die seitens der TeilnehmerInnen direkt ausgesprochene oder umschriebene Einsamkeit kann durch einen aktiven, aufmerksamen Zuhörer gemildert werden. So postuliert auch Petzold (1993, S. 394), dass die „*Narration* als ko-respondierendes Geschehen“ einen Menschen aus der Einsamkeit, sowie aus der Entfremdung nähme und ihm die Möglichkeit biete, sich zu erkennen, „weil er in der Erzählung erkannt wird, weil ihm Unbewußtes [*sic*] aufgezeigt, Bewußtes [*sic*] bestätigt, Selbstbewußtes [*sic*] zum Selbstgewissen werden kann.“

Wenn man die Geschichte des Menschen kennt, kann man dessen Verhalten besser verstehen und diesem in seiner Ganzheit tatsächlich begegnen, was ihm (wieder) seine Identität verleiht und ein Angenommen-Werden in seinem So-Sein bestätigt.

Deshalb wird der Biographiearbeit unter der Voraussetzung einer adäquaten Grundhaltung höchste Bedeutung beigemessen. Auch wenn diese als angewandte

Intervention nicht in allen Fällen bestätigt werden konnte, wird hier nochmals explizit darauf hingewiesen, dass alle TeilnehmerInnen über einschneidende Erlebnisse aus ihrem Leben, insbesondere schwere Schicksalsschläge berichteten, ohne dass eine diesbezügliche Frage vorausgegangen war.

Alle TeilnehmerInnen erzählten, wie erwähnt, von schwerwiegenden Ereignissen in ihrem Leben, manche bereits bei der Frage nach dem Ankommen im PBZ:

TN03: „(...) zuerst hab' ich noch a bissel g'weint, (Stimme verändert sich, Tränen). Wennst von daheim weg musst, wo du so lang warst, net? Da oben auch, is' ja auch mein' Mann sei' Heimat g'wesen (leise, sehr traurig, Tränen; weiter leise). Dann hab' ich vier Kinder verloren ...“. (TN03, Z. 29 – 31).

TN05: „und Tiefschlag hab' ich g'habt, weil ah, ah Sohn is verunglückt mit vierunddreiß'g Jahr... und vor elf Jahr' is' mei Frau g'storben. (...), aber wir haben des – die Tochter und ich und der Schwiegersohn und die Enkelkinder... und alle z'sammg'halten und des ... bewältigt.“ (TN05, Z. 213 – 217).

Bezüglich der drei TeilnehmerInnen, welche keine psychosoziale Beratung bzw. Begleitung aus eigenem Willen in Anspruch nahmen bzw. nicht nehmen konnten, wird hier nochmals zusammengefasst, dass TN01 nach 6 Monaten Aufenthalt im PBZ verstarb, TN04 nach eigenen Aussagen keine benötigte, und TN08 sich mangels eines diesbezüglichen Angebotes, nach ihren Angaben so schnell wie möglich der neuen Umgebung anpasste.

Bei TN08 konnte bei mehrmaligem Aufsuchen des Forschungsfeldes eine auffallende, örtliche Orientierungsstörung in den ersten Tagen des Ankommens beobachtet werden, welche sich in Umherirren auf der Suche nach ihrem Zimmer äußerte und in den beobachteten Momenten keine Unterstützung seitens der Betreuung fand.

TN08, welche zum Zeitpunkt der Befragung erst 2 Monate im PBZ wohnte, erzählte zudem auch von einem Schock-ähnlichen Zustand, den sie bei der Nachricht der notwendig gewordenen Übersiedlung in ein PBZ erlitten hätte. Diesen hätte sie aus eigener Kraft überwinden können, berichtete jedoch gleichzeitig über MitbewohnerInnen, welche nach mehreren Jahren Aufenthalt im PBZ immer noch weinen würden.

Wie erwähnt, wurde das Forschungsfeld der TN08 über einen längeren Zeitraum beobachtet. Das von ihr bewohnte PBZ stellt eine sehr moderne, großzügige Einrichtung dar, das Personal hinterließ jedoch an mehreren Beobachtungstagen einen überforderten Eindruck, was auch durch TN08, wie bereits erwähnt, bestätigt wurde.

Biographie ist Identität

Petzolds (1993) Definition von Identität, wie bereits auf Seite 74 gegenständlicher Arbeit zitiert, soll dazu Aufschluss geben und wird im Weiteren auch als stützender Beitrag in den unter Punkt 5 angeführten Implikationen für die Praxis angeführt.

Wesentlich dabei ist, die Neuankömmlinge als Personen, und nicht als Subjekt einer Erwerbstätigkeit zu erkennen und zu erleben, sondern in ihrer Ganzheitlichkeit. Dies bedeutet, den Menschen und seine Geschichte tatsächlich kennen zu lernen, um dessen Verhalten nachvollziehen und dessen Bedürfnisse berücksichtigen zu können.

So schreibt auch Christa Gansch (2006) in ihrer Master Thesis eindrücklich über Biographiearbeit als Ressource in der Pflege von alten Menschen: „Biografiearbeit ist Erinnerungsarbeit. Dabei spielen soziale und historische Verhältnisse der Vergangenheit aber auch die persönliche geistig-seelische Entwicklung eine große Rolle. Dadurch können Entwicklungen besser verstanden werden und Motive für das gegenwärtige Verhalten aus der individuellen Lebensgeschichte herausgearbeitet werden.“ (S. 25 f.).

Im Forschungsfeld konnte ein solcher Ansatz teilweise beobachtet werden, insbesondere wo ausreichend Personalressourcen festgestellt werden konnten.

Zeit und Nähe

Mit Ausnahme der BewohnerInnen des PBZ A bezeichneten alle TeilnehmerInnen das Pflegepersonal als überfordert und gestresst. Es wird diesbezüglich darauf hingewiesen, dass selbst ein fundiert psychosozial geschultes Pflegepersonal in Zeiten der (ständigen) Überforderung keine adäquate psychosoziale Betreuung darstellt, wie auch aus den Beobachtungen hervorgeht.

TN01: „Zeit hat sowieso *Keiner* in einem Pflegeheim, und da auch net, aber... a *bisserl* a Zeit wenigstens, dass man das *G'fühl* hat, ja? (...), dass sich jemand sorgt, und ein

bisserl Zeit hat, des is *schon* wichtig, net? (...). Natürlich können's nicht immer freundlich sein, weil die sind ja *überfordert* alle, net?“ (TN01, Z. 282 – 287).

TN02: „(...) Weil, wer da herg'stellt wird und niemanden hat, der is' arm. Weil *da* gibt's keine Zuneigung (zeigt auf den Boden). Für des werden die Leute net zahlt, net? Sondern, dass einem den Hintern putzen.“ (TN02, Z. 386 – 389).

TN08: „(...), also man muss Rücksicht nehmen, es sind Pfleger, sicher, die sind überfordert! (...), die eine is' ein bisschen hart, net?“ (TN08, Z. 51 – 53).

Deshalb wird eingehend darauf plädiert, neuen BewohnerInnen durch die Vermittlung von Zeit und Nähe eine angemessene psychosoziale Beratung bzw. Begleitung zuteilwerden zu lassen.

Dieses Bedürfnis nach Zeit und Nähe stellte sich tatsächlich als ein existenzielles heraus, was sich auch in drei der vier Grundmotivationen der Existenzanalyse nach Längle & Holzhey-Kunz (2008, S. 30) präzisiert bzw. widerspiegelt und bereits in Punkt 2.2.1 erläutert wurde.

Neben der Grundmotivation zum physischen Überleben – *Dasein* – durch Versorgung über Nahrung, Wohnen, medizinische Versorgung und Pflege, spielt auch das *Wertsein* (im Sinne von „ich mag leben“) über Beziehung, Zeit und Nähe durch aufmerksames, empathisches Personal und Leitung, durch Kontakt zu anderen BewohnerInnen, Veranstaltungen – insbesondere traditionelle Feste - sowie Angehörigenbesuche eine zentrale Rolle für die HeimbewohnerInnen. Die folgenden Zitate unterstreichen dies eindrücklich:

TN05: „G'holfen ... hat ma da praktisch glei' alles. Von der Betreuung ang'fangen, des muss ma' immer betonen, a der Chef, weil der 100 prozentig is'. ... da is' so..., weil der hilft an' (einem) jeden. Er tut alles. Zu ihm kann ma' kommen, mit dem, was man will, alles, net?“ (TN05, Z. 134 – 137).

TN06: *Frau 6*: „Ja, wir haben ja jeden Tag was. So lieabe Sachen oft, so wie: wir haben eine Osterfeier g'habt, net? Und da ham (haben) alles Leut draußen mit Waschtroga mit an Sessel, und da Chef selber is' kommen mit an (einem) für jeden Sessel mit einer Mischung oder ein Getränk oder irgendwas, net? Und einem jeden persönlich dann die Hand g'eben und frohe Ostern und so weiter, net? Und so war's, ja, echt persönlich!

(...) Herr 6: „Da gib's nix! Wir hätten kein' Besseren erwischen können.“ (TN06; Z. 219 – 226).

TN07: „Wir tun singen miteinander, und Karten spielen, ganz. Wir sind viel beieinander. ... „Ja. *Wie Freunde, gell?*“ ... „Ja, wie Freunde, wir sitzen da am Tisch beim Essen, aber mir haben uns im Leben überhaupt nicht gekannt, und beim Singen oben, weil ma (wir) ja alle acht Tag' singen haben, oben, net, hamma uns näher kennen. Und durch des samma dicke Freunde.“ (TN06, Z. 64 – 69).

TN08: „Und dann freu ich mich, wenn eine Schwester reinkommt, ‚Sie haben's so schön immer!‘ Da freu ich mich! (lacht herzlich)“. (TN08, Z. 161 – 163).

Durch das ehrliche Interesse an den HeimbewohnerInnen und deren persönlichen Bedürfnissen ist die „Motivation zur personalen Authentizität und zu Gerechtigkeit“ (Längle & Holzhey-Kunz, 2008) im Sinne von *Ich darf so-sein*, dem dadurch vermittelten Gefühl von: ‚Ich werde angenommen, genauso wie ich bin – mit allem, was MICH ausmacht: meinem physischen und psychischen Gesundheitszustand, der auch Ursache meines Verbleibes hier ist; meinen Bedürfnissen, meiner besonderen individuellen Lebensgeschichte, meiner IDENTITÄT‘ als Selbstverständnis gegeben.

Ebenso kann die vierte Grundmotivation – *für etwas/jemanden sein* – (ebd.) als wesentliche Existenzmotivation bestätigt werden. Für alle TeilnehmerInnen spielt die Frage nach dem Sinn des Lebens nach deren Angaben und nonverbalem wie paraverbalem Ausdruck eine zentrale Rolle und verleiht diesen Mut und Kraft zu überleben und darüber hinaus, auch anderen MitbewohnerInnen ebensolchen Sinn und Mut durch geschenkte Zeit und Nähe weiterzugeben:

TN07: „Sprech' i gern an. (...) Ja, weil de sitzen und studier'n und studier'n (greift sich auf die Stirn, runzelt die Stirn wie ‚hartnäckig nachdenken, Kopf zerbrechen‘), oder was oder wia... I weiß net, wie wird des geh'n, wenn i amal so weit wäre, net? Weil i weiß, es könnt bei mir amal wer ansprechen, oder, oder was? Aber i hab schon viele ang'sprochen so, und die reden ah (auch) gern! Hauptsächlich, wenn's a weing' (ein wenig) so sein (sind), dass man noch a weing' reden kann mit se (ihnen). Gell? Dass's a bisschen no sich was tut. Ja, die g'frein si, wenn man sie anred't, und dass man sie begrüßt, oder dass man sie fragt, wie alt sie sind, oder von wo's her sind, und so. Des san viele.“ (TN07, Z. 124 – 133).

Im Zuge der Feldforschung wurde festgestellt, dass psychosoziale Beratung bzw. Begleitung seitens der Institutionen sehr unterschiedlich verstanden wird, und in machen Einrichtungen eine solche immer noch gänzlich fehlt.

In einem konkreten Fall verstarb der Patient (TN01) bereits sechs Monate nach seiner Ankunft. Eine hohe Sterblichkeitsrate innerhalb der ersten 6 Monate nach Aufnahme in ein PBZ sind auch laut Mayring & Saup (1990) empirische Realität. Berechtigterweise stellen ebd. in diesem Zusammenhang auch die Frage, ob die „häufig konflikthaften Übersiedlungsumstände und die völlig andersartigen Lebensumstände im Alten- und Pflegeheim Gefühle der Hilf- und Hoffnungslosigkeit bei den Betagten begünstigen und zu ihrer Selbstaufgabe beitragen?“ (S. 84).

Sinn des Lebens

Alle TeilnehmerInnen gaben an, dass der Glaube an den Sinn des Lebens einen Einfluss auf deren persönliches Wohlbefinden habe. Dieser Sinn findet seine Begründung in der Familie, insbesondere auch den eigenen Kindern und der Partnerin/dem Partner. Seitens der männlichen Teilnehmer wurde dieser mit Etwas-im-Leben-schaffen, Verantwortung übernehmen und Sparsamkeit, seitens der weiblichen mit dem Leben selbst, dem eigenen Beitrag zum Ganzen, mit Religion bzw. Glauben und *mit sich selber fertig zu werden* assoziiert.

Die Gegenüberstellung mit den Ausführungen der TeilnehmerInnen zum Sinn des Lebens in Punkt 2.2.3 erwies sich als bedeutsam, da sie in vielen Punkten mit denen Viktor Frankls (2006) übereinstimmt, nämlich eine Tat zu setzen, ein Werk zu schaffen“; zum anderen „etwas oder jemanden zu er-leben“, in seiner ganzen Einzigartigkeit, diesen jemanden zu lieben; und schließlich auch in äußersten Grenzsituationen, dessen Unabänderlichkeit man sich vollkommen bewusst ist, selbst im Angesicht des Todes dennoch Zeugnis abzulegen, „wessen er und er allein fähig ist“ (S. 47).

Der differenzierte Umgang der TeilnehmerInnen mit der neuen Situation kann anhand der Forschungsergebnisse mit Antonovskys (1997) Kohärenzgefühl direkt in Verbindung gebracht werden. Dieses zeigte sich nur bei einigen Teilnehmerinnen über die Verstehbarkeit, welche laut Forschungsergebnisse mit der persönlichen Akzeptanz gleichzusetzen ist. Die Handhabbarkeit der neuen Lebenssituation konnte erst aufgrund der Interventionen sowohl auf psychosozialer als auch physischer Ebene erreicht werden. Eine Sinnhaftigkeit konnte laut Angaben der befragten

TeilnehmerInnen nur im Zusammenhang mit den eigenen noch möglichst eigenständigen Handlungen gefunden werden.

Die meisten Befragten gaben an, dass ihnen der Kontakt zu MitbewohnerInnen wichtig sei, sie sich auch gerne um andere BewohnerInnen kümmern und diesen gegebenenfalls auch Trost zusprechen würden.

Limitationen des Forschungsprozesses

Folgende Limitationen werden hinsichtlich der Komplexität des gesamten Forschungsfeldes deutlich:

- Es wurden ausschließlich Personen befragt, welche physisch, psychisch und kognitiv in der Lage waren, Interviews zu führen
- Die Personen wurden größtenteils von der jeweiligen Heimleitung bzw. Pflegedienstleitung für die Interviewführung ausgewählt
- Die Entscheidung, Personen ab einem Alter von 70 Jahren zu befragen, erwies sich als hilfreich und stellt somit in diesem Sinne ebenfalls eine Limitation dar
- Die Hypothese zu gegenständlicher Arbeit, psychosoziale Beratung bzw. Begleitung fördere das Wohlbefinden von älteren Menschen, welche die Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum als belastend erleben, findet aufgrund der Ergebnisse hinsichtlich Identitätsarbeit ebenso eine gewisse Limitation. Diese wird jedoch als konkreter valider und reliabler Ansatz für weitere diesbezügliche Forschungszwecke gesehen.

Beantwortung der Unterfragen

Welche Methode(n) bzw. Interventionen der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung stellen im Vergleich die höchsten Wirkfaktoren in Bezug auf das Gefühl von Wohlbefinden der Betroffenen während der Eingewöhnungsphase dar?

Aus den Forschungsergebnissen wird folgender Schluss über die Wirkfaktoren von psychosozialer Beratung bzw. Begleitung älterer Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum gezogen:

Den bereits im Rahmen des axialen Kodierens ausgeführten Interventionen der psychosozialen Beratung bzw. Begleitung der Betroffenen vor Ankunft, beim Ankommen und während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum werden eine gleichermaßen hohe Bedeutung eingeräumt und induktiv als Wirkfaktoren auf das subjektive Wohlbefinden der BewohnerInnen postuliert.

Welchen Einfluss haben Sinnfragen auf das Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen während der Eingewöhnungsphase?

Alle TeilnehmerInnen glauben an einen Sinn des Lebens und, dass dieser Glaube ihnen dabei hilft, sich wohl zu fühlen. Bei dieser Frage wurden die TeilnehmerInnen durchwegs als ernsthaft, nachdenklich und bei deren Aussagen dazu auffallend euphorisch wahrgenommen. Die Frage nach bzw. der Glaube an den Sinn des Lebens kann somit als die individuelle Kraftquelle, als eine Ressource des Selbst – entstanden aus der Lebensgeschichte, aus dem, was den Einzelnen ausmacht – bezeichnet werden, entspringend aus dessen ureigener *Identität*.

Der Einfluss der Sinnfragen auf das Wohlbefinden wird hiermit aus der Summe der Aussagen und Beobachtungen als Wirkfaktor der darauf ausgerichteten psychosozialen Beratung postuliert.

Welchen Einfluss hat Religiosität/Spiritualität auf das Wohlbefinden der Betroffenen?

Diese Thematik wurde seitens vier von acht TeilnehmerInnen als wesentlicher Faktor für deren Wohlbefinden (auch im Zuge der Sinnfrage) erachtet, in den anderen vier Fällen hatte sie keine Bedeutung. Damit wird eine Einbindung der Thematik in die gerontopsychosoziale Beratung als sinnvoll erachtet.

Mehr Aufschluss darüber könnte eine dieser Studie folgende, quantitative Befragung geben.

Reflexion der Grounded Theory Methode

Die abschließende Reflexion soll die Herausforderungen der Grounded Theory Methode verdeutlichen.

Die vier zentralen Kriterien der Grounded Theory zur Beurteilung ihrer Anwendbarkeit auf ein Phänomen lauten: Übereinstimmung, Verständlichkeit, Allgemeingültigkeit und Kontrolle (Strauss & Corbin, 1996, S. 8). „Wenn eine Theorie der alltäglichen

Wirklichkeit des untersuchten Gegenstandsbereiches gerecht wird und sorgfältig von verschiedenen Daten abgeleitet ist, dann sollte sie mit diesem Gegenstandsbereich übereinstimmen“ (ebd.).

Eben diesen Kriterien aus einer unterschätzten Datenmenge gerecht zu werden, erwies sich als große Herausforderung.

Im Zuge der Auswertung nach der Grounded Theory Methode war die Autorin bestrebt, den ersten Schritt des offenen Kodierens einerseits ‚streng‘ einzuhalten, was sich im Zuge des doch vorgegebenen Forschungsfeldes als schwierig herausstellte. Andererseits fand danach im Zuge der Anwendung des Kodierparadigmas im weiteren Verlauf des Forschungsprozesses tatsächlich ein Ineinandergreifen des axialen und selektiven Kodierens seine Anwendung, was in diesem Sinne auch als einer der spannendsten Momente der Analyse beschrieben werden kann.

Die Kernkategorie Identitätsarbeit spiegelt das Forschungsfeld und die daraus gewonnenen Erkenntnisse zur Beantwortung der Forschungsfrage am umfassendsten wider: nämlich, dass eine sinnvolle, auf das subjektive Wohlbefinden ausgerichtete psychosoziale Beratung bzw. Begleitung über das Kennen und Achten der Identität der Älteren möglich ist.

Die erfahrenen Forscherinnen Truschkat, Kaiser & Reinartz (2005) weisen darauf hin, dass einerseits das systematische Vorgehen der drei Kodierschritte nach Strauss & Corbin (1996) besonders für unerfahrene GTM-AnwenderInnen sehr hilfreich sei, aber eine gewisse ‚nötige Offenheit‘ nach Glaser nicht abhandenkommen sollte, was hiermit gestützt wird.

Ebenso wird von ebd. bezüglich des Samplings betont, dass die Zirkularität von Datenerhebung und Datenauswertung zwar gewährleistet werden soll, aber immer auch die Möglichkeiten in der Forschungspraxis sowie das Forschungsziel im Auge behalten bzw. ausgelotet werden müssen.

„Zum einen ist es entscheidend, wie die Kontakte zum Untersuchungsfeld aussehen, zum anderen muss man die zur Verfügung stehende Zeit im Auge behalten“ (Truschkat, Kaiser & Reinartz, 2005, [36]), was in Bezug auf die *notwendige Anpassung an das Forschungsfeld* nachdrücklich unterstrichen werden kann.

5. Implikationen für die Beratung

Vorliegende Arbeit über die Wirkfaktoren der gerontopsychosozialen Beratung versteht sich als Beitrag für die psychosoziale Beratung älterer Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum.

Aufgrund des Fokus auf kognitiv orientierte Personen bei der Befragung sowie der Auswahl der BewohnerInnen durch die jeweilige Heim- oder Pflegestationsleitung in sechs von acht Fällen, wird hier nochmals explizit auf die Limitation der Studie hingewiesen.

Adäquate Grundhaltung als Wirkfaktor

Die in Punkt 2.4 erläuterte adäquate Grundhaltung der beratenden bzw. begleitenden Personen stellt zweifelsohne eine Grundvoraussetzung und gleichzeitig einen der wesentlichsten Wirkfaktoren der gerontopsychosozialen Beratung bzw. Begleitung dar.

Diese kann nach eingehender Beobachtung des Forschungsfeldes und deren handelnder Personen in PBZ A sowie anhand der Angaben dessen befragter BewohnerInnen TN05, TN06 und TN07 bestätigt werden. Die aus einschlägigem Informationsmaterial der Institution mit „Einfühlungsvermögen, Verständnis und Wertschätzung für den älteren Menschen“ entnommene Grundhaltung wird hier als tatsächlich gelebt und positiv wirkungsvoll auf deren Wohlbefinden konstatiert.

Ein solches Erleben von Wohlbefinden wurde, wie erwähnt, seitens aller befragten TeilnehmerInnen dieses PBZ durch mehrere Aussagen bestätigt.

Identitätsarbeit als Wirkfaktor

Das Wohlbefinden älterer Menschen fördern durch:

- Zeit und Nähe durch echtes Interesse an deren Identität und somit an deren
- Biographie; Biographiearbeit durch aktives Zuhören; es hat sich herausgestellt, dass alle Befragten sowohl über schöne Erinnerungen als auch über Belastendes in ihrer Lebensgeschichte erzählten
- Ressourcenarbeit; in Bezug auf: Familie/Partner/Angehörige, Geschichte/Biographie, Glaube/Religiosität/Spiritualität, Sinn des Lebens, Werte
- Die Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung, wie im Rahmen des axialen Kodierens erwähnt;

Die Überlegungen Mayrings & Saups (1990; S. 95 ff.) „zur Verbesserung der Wohn- und Lebensqualität im Altenheim bzw. PBZ“ hinsichtlich der Notwendigkeit einer „mitmenschlichen Begleitung und intensiven psychosozialen Betreuung während der Übersiedlungs- und Eingewöhnungsphase“ werden hiermit vehement gestützt.

Die wesentlichsten Fakten zur Erreichung eines persönlichen Wohlbefindens laut Aussagen der Befragten zusammengefasst:

- Antizipation und Vorbereitung des Umzugs
- Wahlmöglichkeit zwischen Einzel- oder Doppelzimmer; *Mehrbettzimmer* waren in keinem der besuchten PBZ (mehr) gegeben
- Mitnahme von persönlichen, geliebten Einrichtungsgegenständen
- Trennung der Bereiche orientierter/nicht orientierter HeimbewohnerInnen
- „Mitmenschliche Begleitung und intensive psychosoziale Betreuung während der Übersiedlungs- und Eingewöhnungsphase“ (Mayring & Saup, 1990, S. 95)

Im Zuge der Felderforschung hinsichtlich Zimmerangebot und -ausstattung der Pflege- und Betreuungszentren konnte in drei von insgesamt sieben besuchten Institutionen festgestellt werden, dass offensichtlich wesentlichen Hinweisen aus Forschung und gesammelten Praxiserfahrungen zur Verbesserung des Wohlbefindens der HeimbewohnerInnen nachgekommen und entsprechende Einrichtungen tatsächlich geschaffen wurden. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um

- Unterstützung bei Antizipation und Vorbereitung des Umzugs
- Eine ausreichende Anzahl von Einzelzimmern/Doppelzimmern
- Möglichkeit der Mitnahme von geliebten Einrichtungsgegenständen und kleinen, persönlichen Dingen
- Trennung der Bereiche orientierter/nicht orientierter HeimbewohnerInnen
- Fallweise mitmenschliche Begleitung und intensive psychosoziale Betreuung während der Übersiedlungs- und Eingewöhnungsphase

Schlussendlich wird davon ausgegangen, dass aufgrund der unterschiedlichen kulturellen, nationalen, familiären und zeitgeschichtlichen Prägungen jeder / jedes einzelnen Teilnehmerin bzw. Teilnehmers und des Faktums, dass die Eingewöhnungsphase, insbesondere das Ankommen, für sieben von acht Befragten als belastend bezeichnet wurde, die psychosoziale Beratung bzw. Begleitung der Älteren in dieser besonderen Situation über die Identitätsarbeit eine adäquate

Begleitung darstellt und sich in jedem angewandten Fall positiv auf das Wohlbefinden der HeimbewohnerInnen auswirkte.

Ebenso wird postuliert, dass im Sinne des Forschungsergebnisses Identitätsarbeit auch in Fällen von stärkeren bzw. sehr starken physischen, kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen als sinnvoll erachtet wird und Anwendung finden sollte.

Im Falle fehlender Personalressourcen, welche eine solche Möglichkeit bieten sollten, ist eine psychosoziale Beratung bzw. Begleitung durch einschlägig ausgebildete BeraterInnen mit adäquater Haltung gegenüber den Betroffenen und eine diesbezügliche, entsprechende finanzielle Unterstützung der Pflege- und Betreuungszentren anzudenken.

Als *glücklich* kann die *Fügung des neuen Forschungsfeldes* bezeichnet werden, da diese zur Erkenntnis führte, dass es unter den Pflege- und Betreuungseinrichtungen in Österreich tatsächlich Beispiele mit Vorbildwirkung zur Umsetzung einer angemessenen psychosozialen Beratung bzw. Begleitung zu nennen gibt.

WAS IST GLÜCK? Wohlwollen finden. Und Vertrauen. Sich willkommen fühlen. Miteinander lachen können. Sein dürfen, wie man ist. Unverstellt. Sich gut aufgehoben fühlen. Verstanden, geborgen, geliebt.

(Jochen Mariss)

6. Literaturverzeichnis

- Alheit, Peter. (1999). *Grounded Theory. Ein alternativer methodologischer Rahmen für qualitative Forschungsprozesse*. Göttingen. S. 1-19. Zugriff am: 16.07.2019: Verfügbar unter http://www.global-systems-science.org/wp-content/uploads/2013/11/On_grounded_theory.pdf
- Antonovsky, Aaron. (1997). *Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Dgvt-Verlag.
- Atteslander, Peter. (2010). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Schmidt.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. (2011): *Demenzreport. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Gebrüder Kopp GmbH & Co. KG, Köln S. 9. Zugriff am 23.06.2019: Verfügbar unter https://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Demenz/Demenz_online.pdf
- Betz, Fritz. (2010). *Lebensphasen und Kontingenz: Alte Menschen im Pflegeheim*. Graz 2010. Zugriff am 15.03.2019: Verfügbar unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/betz-pflegeheim.html>
- Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. (2016). *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016. Berichtszeitraum 2005-2014/15*. Zugriff am: 21.07.2019. Verfügbar unter <https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/6/7/3/CH3961/CMS1515593643220/gesundheitsbericht2016.pdf>
- Döring, Nicola & Bortz, Jürgen. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Feil, Naomi. (2010). *Validation in Anwendung und Beispielen – Der Umgang mit verwirrten alten Menschen* (6., aktualisierte und erweiterte Auflage). München: Ernst Reinhard-Verlag.
- Feil, Naomi & de Klerk-Rubin, Vicki. (1982/2013). *Validation – Ein Weg zum Verständnis verwirrter alter Menschen* (10. Auflage). München: Ernst Reinhard-Verlag.
- Flick, Uwe. (1995, 2002, 2007, 2017). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek: Rowohlt Verlag GmbH.
- Frankl, Viktor E. (2006). *Der Mensch vor der Frage nach dem Sinn: eine Auswahl aus dem Gesamtwerk*. 19. Aufl. München: PIPER Verlag GmbH.
- Fritsche, Caroline & Reutlinger, Christian. (2012). *Massnahmen im öffentlichen Raum*. In: sozialraum.de (4) Ausgabe 2/2012. Zugriff am 15.11.2019. Verfügbar unter <https://www.sozialraum.de/massnahmen-im-oeffentlichen-raum.php>,

- Gahleitner, Silke Brigitta, Schmitt, Rudolf & Gerlich, Katharina. (Hrsg.). (2014). *Qualitative und quantitative Forschungsmethoden für EinsteigerInnen aus den Arbeitsfeldern Beratung, Psychotherapie und Supervision*. Weitraamsdorf-Weidach: ZKS-Verlag.
- Gansch, Christa. (2006). *Biografiearbeit als Ressource in der Pflege von alten Menschen*. Masterthesis, Donau-Universität Krems, Krems.
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm. (1998, 2005): *Grounded Theory. Strategien qualitativer Sozialforschung*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Grünberger, Elisabeth & Löw-Wirtz, Alexandra. (2007). *Anforderungsprofil an Praktikumsstellen in Alten- und Pflegeheimen*. Wien: Böhlau.
- Kastner, Ulrich & Löbach, Rita. (2010). *Handbuch Demenz. 2. Auflage*. München: Urban & Fischer.
- Kinzl, J. Z. (2013). *Psychische Erkrankungen bei Frauen und Männern im Alter*. *Gerontol Geriat.* (2013). 46: 526. Zugriff am 23.06.2019. Verfügbar unter <https://doi.org/10.1007/s00391-013-0527-3>
- Klotz, J. (2013). *Steigende Lebenserwartung – länger gesund oder krank?* In: Pinter G., Likar R., Schippinger W., Janig H., Kada O., Cernic K. (eds) *Geriatrische Notfallversorgung*. Zugriff am 15.01.2019. Verfügbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-7091-1581-7_2
- Krause, Florian. (2017). *Die drei Dimensionen + Einflussfaktoren zum Kohärenzgefühl nach Antonovsky*. Zugriff am 28.12.2019. Verfügbar unter https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Dreieck_der_Salutogenese.png#/media/File:Dreieck_der_Salutogenese.png
- Längle, Alfried. (2013). *Lehrbuch zur Existenzanalyse. Grundlagen*. Wien: facultas wuv.
- Längle, Alfried. (2015). „Was hat Sinn ‚mit mir‘ zu tun?“ *Das Verhältnis von Sinn und Person*. Zugriff am 16.03.2019. Verfügbar unter http://www.viktorfranklsymposium.at/downloads/2015/vfs2015_laengle.pdf
- Längle, Alfried & Holzhey-Kunz, Alice. (2008). *Existenzanalyse und Daseinsanalyse*. Wien: facultas wuv.
- Mayring, Philipp & Saup Winfried. (Hrsg.). (1990). *Entwicklungsprozesse im Alter*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Peters, Meinolf. (2006). *Psychotherapie und psychosoziale Beratung im Alter*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Petzold, Hilarion G. (1993). *Integrative Therapie. Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie. 1. Klinische Philosophie*. Paderborn: Junfermann Verlag.

- Platon, Griech. Philosoph (400 v. Chr./2010 – 2019, 11. Sprichwort). *Sprichworte der Welt. Platon Zitate*. Zugriff am 15.05.2019. Verfügbar unter http://www.sprichworte-der-welt.de/sprichworte_aus_europa/griechische_sprichworte/platon_zitate.html
- Reichel, René. (2016). *Beratung Psychotherapie Supervision. Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft*. Wien: facultas Universitätsverlag.
- Reichel, René. (2018). *Vom Sinn des Sterbens. Gedanken und Anregungen für den Umgang mit Sterben und mit Sterbenwollen*. Wien: facultas Universitätsverlag.
- Rogers, C.R. (1994). *Die nicht-direktive Beratung*. Frankfurt: Fischer.
- Salzmann, Erika. (2015). *ICH BIN GANZ DA – FÜR DICH. Haltung und Methodik der therapeutischen Präsenz in Beratung und Therapie*. Masterthesis, Donau-Universität Krems, Krems.
- Schubert, Christian mit Amberger, Madeleine. (2017). *Was uns krank macht, was uns heilt. Aufbruch in eine neue Medizin*. (2. Auflage). Munderfing: Fischer & Gann.
- Statistik Austria. (2018). *Betreuungs- und Pflegedienste 2017: 149.500 Personen zu Hause, 82.500 in Heimen betreut*. Zugriff am 22.12.2019. Verfügbar unter https://www.statistik.at/web_de/presse/119857.html
- Strauss, Anselm & Corbin, Juliet. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen Qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strübing, Jörg. (2004). *Grounded theory: zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: Verl. für Sozialwissenschaften. Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/105/220>
- Truschkat, Inga; Kaiser, Manuela & Reinartz, Vera. (2005). *Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten [48 Absätze]*. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), Art. 22. Zugriff am 07.02.2019. Verfügbar unter <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0502221>.
- WGKK. (2018). *Competence Center Integrierte Versorgung. Erster österreichischer Demenzbericht*. Zugriff am 16.03.2019. Verfügbar unter <https://www.cciv.at/cdscontent/load?contentid=10008.550842&version=1543285256>

7. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 01 – Ursachen für Pflegebedürftigkeit	11
Abbildung 02 – Demenzformen	13
Abbildung 03 – Epidemiologie Demenz in Österreich	14
Abbildung 04 – die 5 Säulen der Identität nach H. G. Petzold	25
Abbildung 05 – Salutogenese – Kohärenzgefühl	28
Abbildung 06 – Konzipierungshintergrund der Grounded Theory	39
Abbildung 07 – Zirkuläres Modell des Forschungsprozesses der GTM	42
Abbildung 08 – Übersicht InterviewpartnerInnen	46
Abbildung 09 – Kodierparadigma in Anlehnung an Strauss & Corbin (1996)	61
Abbildung 10 - Zusammenfassung Kategorienbildung	72
Abbildung 11 – Ergebnis Kernkategorie IDENTITÄT	74

8. Anhang

8.1 Anhang 1 ... Interviewleitfaden

LEITFADEN

Im Vorfeld:

- Biographische Eckdaten der KlientInnen befinden sich auf der Einwilligungserklärung; im Sinne der DSGVO erfasst
- Begrüßung, Vorstellen und Information über das Vorhaben mit betontem Hinweis auf Anonymität

Fragebogen

1. Wie lange sind Sie bereits im PBZ?
2. Wie war der erste Tag/Einstieg im PBZ für Sie?
 - a. Wie waren die folgenden Tage?
 - b. Wie fühlten Sie sich in dieser Zeit?
 - c. Was hat Sie speziell/besonders belastet?
3. Mit wem hatten sie Kontakt in dieser Zeit?
 - a. *Eventuell-Frage: Sobald KlientIn von selbst oder durch die Hilfe der Fragestellerin auf die BeraterIn zu sprechen kommt - Wie oft kommt diese/r BeraterIn zu Ihnen?*
4. Konnten Sie Vertrauen in diese Person/en herstellen?
 - a. Sie hatten also regelmäßig Gespräche mit einer/einem BeraterIn, Wie waren diese Gespräche/Wie haben Sie diese empfunden?
Erzählen lassen...
5. Haben Sie Kontakt zu anderen HeimbewohnerInnen?
Erzählen lassen ...
6. Haben Sie hier eine Aufgabe übernommen?
 - a. Wenn ja, welche?
7. Wie fühlten sie sich dabei?
 - a. Hat sich seither etwas verändert?
 - b. Wie fühlen Sie sich jetzt?
8. Was bedeutet ‚Wohlbefinden‘ für Sie?
 - a. Hat sich Ihr Wohlbefinden nach der Beratung/Begleitung verändert?
 - b. Wenn ja, in welche Richtung?
 - c. *Wenn besser - Was hat Ihnen dabei geholfen?*

- d. Glauben Sie an etwas ‚Höheres‘ ... eine ‚höhere Macht‘ ... ‚Gott‘ ... ‚Sinn des Lebens‘?
 - e. *Eventuell-Frage: Wenn ja und falls weitere Ausführung nicht von selbst kommt – Ist dieser Glaube wichtig für ein ‚gutes Lebensgefühl‘ (‚Wohlbefinden‘)?*
9. Was war für Sie das Hilfreichste/Wesentlichste an der Betreuung / bzw. was hat Ihnen am meisten geholfen, sich gut einzugewöhnen/sich wohl zu fühlen?
10. Darf ich Sie zum Abschluss noch fragen, was Ihnen generell wichtig ist im Leben? Welche Werte beispielsweise.
- a. Haben sich diese verändert?
 - b. Wodurch?
11. *Abschluss, Dankesworte und Frage: Möchten Sie über das Ergebnis informiert werden? Wenn ja -> Zusage (auch tatsächlich ausführen).*
12. *Verabschiedung*

8.2 Anhang 2 ... Einverständniserklärung inkl. Informationsblatt

Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten

Interviewerin/Interviewer: _____

Datum des Interviews: _____

Beschreibung des Forschungsprojekts und der erhobenen Daten:

Für eine Masterarbeit im Rahmen des Studiums Psychosoziale Beratung sollen **die Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung von älteren Personen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum** erhoben werden.

Es werden **betroffene Personen** oder **nahe Angehörige von Betroffenen** mittels Leitfadeninterview befragt.

- Mit der Unterschrift bestätige ich, über das Forschungsprojekt [mündlich] informiert worden zu sein.
- Ich bestätige, dass mir **ein Informationsblatt (siehe Seite 3)** zum Projekt ausgehändigt wurde, und dass ich ausreichend Gelegenheit hatte, die Information zur Kenntnis zu nehmen.

Eine Erhebung besonderer Kategorien personenbezogener Daten findet ausschließlich in Bezug auf Gesundheit statt.

(Beispiele von Datenkategorien personenbezogener Daten: rassische und ethnische Herkunft, politische Meinungen, religiöse oder weltanschauliche Überzeugungen, Gewerkschaftszugehörigkeit, genetische Daten, biometrischen Daten zur eindeutigen Identifizierung einer natürlichen Person, Gesundheitsdaten oder Daten zum Sexualleben oder der sexuellen Orientierung.)

Die Interviews werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und von Helga Burian-Ruf im Rahmen ihres Forschungsprojekts in Schriftform gebracht. Die Aufnahmen werden anschließend gelöscht. Die Transkripte werden, wenn es für den Zweck der Forschung unerlässlich ist, an die Forschungspartner im Projekt weitergegeben. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung der Interviewtexte werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Die Teilnahme an den wissenschaftlichen Interviews ist freiwillig. Rechtsgrundlage ist Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DSGVO, §17 DSG NRW. Sie haben zu jeder Zeit die

Möglichkeit, ein Interview abubrechen, weitere Interviews abzulehnen und Ihr Einverständnis für eine Aufzeichnung und Niederschrift des/der Interviews zurückzuziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von Interviewdaten getrennt und für Dritte unzugänglich gespeichert. Nach Beendigung des Forschungsprojekts werden Ihre Kontaktdaten automatisch gelöscht, außer Sie stimmen einer weiteren Speicherung zur Kontaktmöglichkeit für themenverwandte Forschungsprojekte ausdrücklich zu (siehe unten). Selbstverständlich können Sie einer längeren Speicherung zu jedem Zeitpunkt widersprechen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview/ an mehreren Interviews teilzunehmen.

ja

nein

Ich bin damit einverstanden, für zukünftige themenverwandte Forschungsprojekte kontaktiert zu werden. Hierzu bleiben meine Kontaktdaten über das Ende des Forschungsprojektes hinaus gespeichert.

ja

nein

Vorname, Nachname

Geschlecht, Alter

Begründung PBZ-Einweisung (Gesundheitszustand z. Zeitpunkt der Einweisung)

(E-Mail, Tel.)

Ort, Datum / Unterschrift

Information zum Forschungszweck

Die Interviews bilden die empirische Grundlage für die Masterarbeit im Rahmen meines Studiums *Psychosoziale Beratung* an der Donau Uni Krems, die sich mit den ‚*Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung von alten Menschen während der Eingewöhnungsphase in ein Pflege- und Betreuungszentrum*‘ auseinandersetzt.

Dazu habe ich vor, empirisch, qualitativ anhand von Leitfaden-Interviews zu forschen. Es sollen dazu mehrere ältere Personen in PBZs (weiblich/männlich, verschiedenen Alters, mit unterschiedlichen Einweisungskriterien, kognitiv und emotional in der Lage) befragt werden, wie sie die Eingewöhnungsphase erlebt haben; wenn möglich insbesondere Personen, die den Übergang als belastend empfunden und psychosoziale Unterstützung erhalten haben.

Das Hauptinteresse liegt an der Erforschung der Wirkfaktoren der psychosozialen Beratung auf das (subjektive) Wohlbefinden, also: ob die gerontopsychosoziale Beratung eine Förderung des Wohlbefindens darstellt und welche Methode(n) bzw. Interventionen der psychosozialen Beratung im Vergleich die höchsten Wirkfaktoren in Bezug auf das Gefühl von Wohlbefinden der Betroffenen während der Eingewöhnungsphase darstellen.

Diese Forschungsmethode wurde gewählt, um die Arbeit aus den persönlichen Aussagen bzw. Empfindungen der Betroffenen zusammenzustellen. Und somit, gemeinsam mit den bereits vorhandenen Einrichtungen wie ihr es seid, vielleicht einen kleinen Beitrag zur Unterstützung einer Verbesserung für das Wohlbefinden von alten Menschen in Österreich, für die ein Pflege- und Betreuungszentrum notwendig geworden ist, leisten kann.

Meine Motivation, die Arbeit diesem Thema zu widmen, ist durch ein 7monatiges bereicherndes wie bewegendes Praktikum in einem PBZ in NÖ im Rahmen der LSB-Ausbildung und einer anschließenden Weiterbildung zur ‚Gerontopsychosozialen Beraterin‘ entstanden.

Die daraus abgeleitete, praxisbezogene Grundannahme lautet:

Gerontopsychosoziale Beratung stellt einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung bzw. Wiederherstellung des *Wohlbefindens* betroffener ‚neuer‘ HeimbewohnerInnen innerhalb der neuen Lebenssituation dar und sollte einen fixen Platz in der PBZ-Landschaft österreichweit einnehmen.

Hinweis: Es ist mein persönliches Anliegen und Selbstverständnis, den HeimbewohnerInnen bzw. Angehörigen beim Interview mit höchster Wertschätzung und Empathie zu begegnen.

Helga Burian-Ruf

8.3 Anhang 3 ... Datenschutzerklärung

Helga Burian-Ruf – Soul and System – die Lebensfreudeberatung

Lebensberatung - Kinesiologie - Aufstellungen - Supervision - Gerontopsychosoziale Beratung

Stadtplatz 24/3
3400 Klosterneuburg

Informationsblatt zur Datenschutzgrundverordnung 2018 - Interviewführung zur Masterarbeit an der Donau-Universität Krems 2019

Zweck der Datenanwendung:	Kontaktaufnahme zur Vereinbarung von Interview-Terminen – über die Heimleitung
Kontaktaufnahme durch:	Helga Burian-Ruf
Interviewführung durch:	Helga Burian-Ruf
Aufnahme mittels Aufnahmegerät ‚ZOOM‘:	Helga Burian-Ruf
Personenkategorien:	Personen, die der Interviewführung sowie der DSGVO ausdrücklich zugestimmt haben
Datenkategorien:	Vollständiger Name; ev. Adresse (zur Interviewführung); Telefon
Anonymisierung:	Anonymisiertes Interview – siehe Erklärung
Datenerfassung mittels:	Datenblatt persönlich oder elektronisch
Datenerfassung durch:	Helga Burian-Ruf
Rechtsgrundlage:	Einwilligung (DSGVO Art. 6/1a)
Speicherort:	Datenbank, gesichert
Sicherheitsmaßnahmen:	Backup – Externer Speicher ‚Ashampoo Pro 11‘ wöchentliche Sicherung
Zugriffsmöglichkeit:	Helga Burian-Ruf
Datenweitergabe/Nutzung:	Es werden keine Daten an Dritte weitergegeben
Löschfristen:	Sofort bei: schriftlich erklärtem Wunsch der/des Betroffenen bzw. den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen von 90 Jahren entsprechend

Datenschutz und
Kommunikation:

Helga Burian-Ruf

Helga Burian-Ruf – Soul and System – die Lebensfreudeberatung

Lebensberatung - Kinesiologie - Aufstellungen - Supervision - Gerontopsychosoziale Beratung

Stadtplatz 24/3
3400 Klosterneuburg

Informationsblatt zur Datenschutzgrundverordnung 2018 Interviewführung zur Masterarbeit an der Donau-Universität Krems 2019

Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über Ihre Daten, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung der Daten sowie ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung der Daten und das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Bitte wenden Sie sich dazu an Helga Burian-Ruf, E-Mail: office@soul-and-system.at,
oder Tel: +43 676 643 94 10

Details zur DSGVO können unter www.dsb.gv.at nachgelesen werden.