



universität  
wien

# MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

Soziale Beziehungen im Pflegeheim - unter besonderer  
Berücksichtigung der Beziehung der Großeltern zu den  
Enkelkindern

verfasst von / submitted by

Andreas Stöger, BSc

angestrebter akademischer Grad/ in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2021 / Vienna, 2021

Studienkennzahl lt. Studienblatt /  
degree programme code as it appears on  
the student record sheet:

UA 066 330

Studienrichtung lt. Studienblatt /  
degree programme as it appears on  
the student record sheet:

Masterstudium Pflegewissenschaft

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

## **Zusammenfassung**

**Hintergrund.** BewohnerInnen von Pflegeheimen weisen unterschiedliche soziale Beziehungen auf. Während sich jedoch Forschungsarbeiten eher mit der punktuellen Erhebung sozialer Beziehungen beschäftigen, fehlt es an einer Darstellung von Themen, welche die Veränderung des sozialen Gefüges bei Eintritt in die institutionelle Pflege erklären.

**Methode.** Es wurden narrative Interviews mit 10 BewohnerInnen durchgeführt. Die Analyse erfolgte mittels offenen und axialen Kodierens der Grounded Theory nach Glaser und Strauss.

**Ergebnisse.** Die zentrale Kategorie heißt "Soziale Beziehungen verlagern sich von Außen nach Innen". Dabei entstanden die drei Themen „Kontakte gehen verloren“, „Neue Kontakte knüpfen“ und „Beziehungen nach Außen erhalten wollen“.

**Schlussfolgerungen:** Diese dynamische Beziehung macht deutlich, dass der Eintritt in die institutionelle Pflege starken Einfluss auf das soziale Gefüge der BewohnerInnen hat, auf die in künftiger Forschung weiter eingegangen werden sollte.

**Schlüsselbegriffe:** *Soziale Beziehungen, Institutionelle Pflege, Großeltern*

## **Abstract**

**Background.** *Nursing home residents exhibit a variety of social relationships. However, while research tends to focus on the selective elicitation of social relationships, there is a lack of representation of themes that explain changes in the social fabric upon entry into institutional care.*

**Method.** *Narrative interviews were conducted with 10 residents. Analysis was conducted using open and axial coding of grounded theory according to Glaser and Strauss.*

**Results.** *The central category is "Social relationships shift from outside to inside". Three themes emerged: "Contacts are lost", "Making new contacts" and "Wanting to maintain relationships externally".*

**Conclusions:** *This dynamic relationship highlights that entry into institutional care has a strong influence on the social fabric of residents, which should be further addressed in future research.*

**Keywords:** *social relationships, institutional care, grandparents.*

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Hintergrund.....	3
2.1	Soziale Beziehungen im Kontext der stationären Langzeitpflege .....	7
2.2	Großeltern .....	27
2.3	Resümee .....	29
2.4	Forschungsziel .....	31
3	Methodik .....	31
3.1	Gütekriterien qualitativer Forschung .....	33
3.2	Methode zur Datenerhebung.....	34
3.3	Leitfadenerstellung und Transkription .....	35
3.4	Die Datenanalyse.....	37
3.5	Offenes Kodieren.....	37
3.6	Axiales Kodieren .....	38
3.7	Kodierparadigma .....	39
4	Umsetzung.....	39
4.1	Feldzugang und Rekrutierung der InterviewpartnerInnen .....	39
4.2	Ethische Aspekte .....	40
5	Ergebnisse.....	40
5.1	Charakteristika der TeilnehmerInnen .....	40
5.2	Zentrale Kategorie "Soziale Beziehungen verlagern sich von Außen nach Innen" .....	41
5.3	Kategorie: Die Entfernung ist zu groß .....	42
5.4	Kategorie: Viele sind bereits verstorben .....	43
5.5	Kategorie: Besuche nehmen ab.....	45
5.6	Kategorie: Mit MitarbeiterInnen zusammenkommen .....	47
5.7	Kategorie: Sich mit anderen BewohnerInnen zusammenfinden .....	49
6.5.1.	Hürden.....	49
5.8	Kategorie: Enkelkinder bleiben wichtig.....	52
5.9	Kategorie: Kinder als Brückenbauer .....	55
6	Besondere Umstände dieser Arbeit .....	56
6.1	Maßnahmen zu Covid19 als Verstärker der zentralen Kategorie .....	57
6.1.1	Nicht hinauskönnen.....	58
6.1.2	Unterversorgt sein.....	58
6.1.3	Keine Besuche erhalten können.....	59
6.1.4	Auf andere Möglichkeiten ausweichen .....	59
6.1.5	Sich dennoch geschützt fühlen .....	60

6.1.6	Verständnis für die Situation aufbringen .....	60
7	Diskussion.....	61
7.1	Kontakte gehen verloren.....	61
7.2	Neue Kontakte knüpfen .....	65
7.3	Beziehungen nach Außen erhalten wollen.....	71
8	Limitationen/Methodenkritik.....	73
9	Praxis Ausblick .....	74
10	Literaturverzeichnis.....	74
11	Abbildungsverzeichnis.....	79

# 1 Einleitung

Neben den erwerbstätigen 20 bis 64-Jährigen, deren Anteil an der Gesamtbevölkerung innerhalb der letzten neunzehn Jahre - vornehmlich 2000 bis 2019 - mit 0,2 Prozent gestiegen ist, sinkt dieser nicht nur voraussichtlich im Zeitraum 2019 bis 2030 um 4,2 %. Der Anteil der 65-Jährigen und Älteren wird - neben einer Steigerung in der Vergangenheit - auch in der Zukunft weiter anwachsen, und zwar in den nächsten 21 Jahren um 4,3%. Mit 23,3% stellt dies immerhin beinahe ein Viertel der Gesamtbevölkerung im Jahre 2030 dar (Statistik Austria, 2020).

Die subjektiv als sehr gut empfundene Gesundheit der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren ist dabei zwar seit 1978 sowohl bei Männern und bei Frauen kontinuierlich gestiegen - und zwar auf knapp 10 Jahre angestiegen, während die mit sehr schlecht empfundenem Gesundheitszustand gesunken sind. Allerdings steht diesen maximalen 10 als sehr gut empfundenen Lebensjahren mit einem Gesamalter von 75 Jahren eine Lebenserwartung bei Männern von etwa 80 Jahren gegenüber und bei Frauen rund 84. Tendenz steigend. Mit dieser Zahl einhergehend, steigt auch die Zahl der 60-Jährigen und Älteren seit 2006 kontinuierlich an, die eine dauerhafte Krankheit oder ein chronisches Gesundheitsproblem angeben (Statistik Austria, 2020).

Zunahmen von Gesundheitsproblemen scheinen damit auch ein Teil des Alterns zu sein und mit ein Grund, warum von Zuhause in die institutionelle Pflege gewechselt wird. Immerhin stiegen die gepflegten Personen im Jahre 2013 von 20 Millionen (in Jahressummen) auf rund 25 Millionen in 2018. Demgegenüber stand eine Zunahme der Betreuungs- und Pflegepersonen von rund 1000 im selben Zeitraum. Gleichzeitig wurde der stationäre Bereich von Betreuungs- und Pflegeangeboten zu 80% von 75-Jährigen oder Älteren in Anspruch genommen. Generell lässt sich aber sagen, dass der Großteil der BewohnerInnen sehr alt ist (Tobin, 1981). Während auch die Anzahl der Betten der Allgemeinen Krankenanstalten, Sonderkrankenanstalten und Sanatorien seit 1985 zurückgingen, stiegen jene für Pflegeanstalten für chronisch Kranke immerhin um rund 1300 (Statistik Austria, 2020). Die Einteilung nach Geschlechtern ergibt dabei einen Frauenanteil von rund 72% in der stationären Pflege, während die einen Männeranteil von rund 28% ausmacht (Statista, 2018).

Dabei prophezeite Friedmann schon 1999, daß die Institutionalisierung ein wichtiges Thema in der Forschung werden würde, alleine durch die Tatsache, daß die ansteigende Anzahl der über 65-Jährigen die nächsten zwei Dekaden über zu einem Anstieg der Pflegeheime führen würde

(Friedmann, 1999). Ebenfalls konstatierte Nakrem (2011), dass mit der steigenden Lebenserwartung die Nachfrage nach institutioneller Pflege dramatisch steigen würde. Obwohl mobile Dienste rund 150.000 pflegebedürftige Menschen versorgen, steht diesem Modell eine tendenziell sinkende Zahl potentieller pflegender Angehöriger entgegen, die heute noch einen Großteil der Pflegeleistungen übernehmen (Statistik Austria, 2018).

Anders als im eigenen Zuhause, stellt jedoch der Eintritt in die institutionelle Pflege die BewohnerInnen und ihre Familien vor große Herausforderungen. Auf familiärer Seite wird der Übergang in eine Institution als eine Familienkrise beschrieben (Brody, 1977 in Gaugler, 2004). Die Familien erfahren dabei starke Gefühle der Schuld und Konflikte in Bezug auf ihre Entscheidung, ein Familienmitglied institutionalisiert zu haben (Spark & Brody, 1970 in Gaugler, 2004, Tobin, 1981), außerdem eine Mehrdeutbarkeit ihrer Rolle, die sie in der Institution übernehmen sollten (Bowers, 1988 in Friedemann, 1999) die durch institutionelle Faktoren und die Beziehung zu den Pflegepersonen beeinflusst wird (Stephens, Bridges, Ogrocki, Kinney und Norris, 1988 in Friedemann, 1999). Im Besonderen spielt es auch eine Rolle, ob BewohnerInnen verheiratet sind oder nicht. Immerhin sind besonders die Frauen durch die ihr höher zu erreichendes Alter oft diejenigen, die zuhause die Fürsorge des anderen übernehmen, wobei es auch sie sind, die alleine und beeinträchtigt oft lange zuhause bleiben (Tobin, 1981). Dass der Eintritt in die institutionelle Pflege eine Bedeutung für soziale Beziehungen – wie etwa die der besonderen „Ehe“ – hat, illustriert Kaplan (1991) damit, dass Gattinnen von Bewohnern eine Veränderung ihrer Ehe wahrnehmen. Einen Gatten in der institutionellen Pflege zu haben ist, als hätten sie einen Gatten und – so empfinden sie es genauso – als hätten sie keinen Gatten. Die unterstreicht, dass das Überleben bloßer Beziehung nicht unbedingt die Qualität einer Ehe erreicht (Ade-Ridder, 1985 in Kaplan, 1991). Dabei scheinen Frauen durch den Gesundheitszustand des Gatten mehr beeinflusst zu werden als umgekehrt (Atchley & Miller, 1983 in Kaplan, 1991). Immerhin verbringen die Gattinnen viel Zeit mit dem Gatten in der institutionellen Pflege. Somit verwenden sie dennoch viel Zeit und Energie auf die Versorgung ihres Gatten, auch wenn dieser nicht mehr zuhause ist – und vergessen dabei, ihr eigenes Netzwerk an Unterstützung zu erhalten (Kaplan, 1991).

Das Forschungsziel besteht daher darin, zu klären, wie sich die Gestaltung des sozialen Gefüges von BewohnerInnen bei Eintritt in die institutionelle Pflege verändert unter dem besonderen Gesichtspunkt der Gestaltung der Beziehung zu den Enkelkindern.

## 2 Hintergrund

Umberson (2010) konstatiert, daß es unterschiedliche Ausprägungen sozialer Verbindung gäbe, die durch Beziehungen überhaupt erst dargestellt werden würden. Die soziale Isolation verweist auf eine relative Abwesenheit sozialer Beziehungen. Soziale Integration verweist auf ein umfassenderes Level an Eingebunden sein mit informellen sozialen Beziehungen, wie etwa eine/n Gatten/in zu haben, und formellen sozialen Beziehungen, wie religiöser Institutionen und Freiwilligen Organisationen. Die Qualität von Beziehungen inkludiert positive Aspekte dieser, wie etwa emotionale Unterstützung, oder auch angespannte Aspekte wie Konflikte und Stress. Als soziales Netzwerk wird ein Netz sozialer Beziehungen bezeichnet, das um ein Individuum gesponnen ist, im Einzelnen, strukturelle Eigenschaften wie Typ und Stärke jeder einzelnen sozialen Beziehung (Umberson, 2010).

Caccioppo (2014) bemerkt hingegen, daß die Analyse sozialer Netzwerke, als Teil, wie soziale Beziehungen gedacht werden können, objektive Charakteristiken der Beziehungen einer Person fokussieren. Im Speziellen werden die sozialen Beziehungen einer Person als Teil von Netzwerken gesehen, in dem jedes Individuum einen Knoten und die Beziehungen zwischen den Individuen ein Band darstellen (Scott, 1991, in Caccioppo, 2014). Die Betonung liegt auf relationalen Daten (wie etwa eine Person zu einer anderen steht) eher als auf attributiven Daten (Glauben, Einstellungen, Wahrnehmung oder andere Charakteristiken von Individuen). Weil relationale Daten definiert sind als Charakteristiken eines Systems von Individuen, nicht der Individuen selbst (Scott, 1991, in Caccioppo, 2014), ignorieren Analysen von sozialen Netzwerken typischerweise die Wahrnehmung Einzelner und quantifizieren die Verbindungen zwischen Individuen in Begriffen ihrer Rollen, Kontakthäufigkeiten oder notwendigen Verbindungen, die Menschen zusammenhalten (Cacioppo, Fowler, & Christakis, 2009, in Caccioppo, 2014).

Aus diesem Grund ist es wichtig, soziale Beziehungen erstens in einem größeren Kontext zu sehen, und zweitens, sich von der quantifizierenden Vorstellung der Charakteristik der Netzwerke selbst zu distanzieren und den Fokus auf die Wahrnehmungen Einzelner zu lenken. "Rollen" sind zwar gut quantifizierbar, sagen jedoch nur begrenzt etwas über die soziale Beziehung zwischen zwei Individuen aus, da sie in der Regel als Summe normativer Erwartungen definiert werden, die andere Personen an den Inhaber einer Position stellen (Heigl, 1984). Rollen erleichtern jedoch auch das menschliche Zusammenleben, indem sie das Verhalten der Beteiligten vorhersagbarer machen. Die zentrale Bedeutung besteht in der

individuellen und sozialen Identitätsfindung und vermittelt Erfahrungen bezüglich eigener Kompetenz und hat daher Einfluss auf den Selbstwert eines Menschen (Frese, 1982, in Heidbrink, 2009). Heigl (1984) konstatiert, daß Plessners Position (Plessner, 1966 in Heigl, 1984) davon ausgehe, daß der Mensch von sich aus nie etwas anderes sei als die Möglichkeit zur Identifikation mit den sozialen Normen seiner Umgebung, aber eine Identifikation, in der er nie ganz aufgehen würde, von der er sich distanzieren und darüber reflektieren könne. Heigl (1984) spricht bei sozialen Rollen als Bündel normativer Erwartungen, die sich an das Verhalten von Positionsinhabern in Interaktionssituationen richten. Für diese Arbeit würde der Rollenbegriff jedoch nicht weit genug reichen, da die Frage letztlich auf die Erwartungen an das Gegenüber - im vorliegenden Fall, die Erwartungen der Enkelkinder an die Großeltern - gerichtet wäre. Auch andere Begriffe wie der von "Freunden" würde das gesamte Spektrum wichtiger Beziehungen, die es zu untersuchen gilt, kaum erfassen können.

Stattdessen sollen in dieser Arbeit die sozialen Beziehungen per se in den Vordergrund gerückt werden, die die Klammer weiter setzt und alle Formen sozialer Beziehungen mit einbezieht. Heidbrink (2009) präferiert die Definition der sozialen Beziehung nach Argyle und Henderson (1986):

*"Als Beziehungen, persönliche Beziehungen oder Dauerbeziehungen bezeichnet man regelmäßige soziale Beziehungen mit bestimmten Personen über eine gewisse Zeit hinweg. In vielen Fällen finden wir Bindung oder gegenseitige Verpflichtung; das bedeutet, daß der andere bei Abwesenheit vermisst und das Ende der Beziehung als schmerzlich und belastend erlebt wird."*

Wobei der schwer einzugrenzende Begriff sozialer Beziehungen durch eine Einordnung in Dimensionen wie nach Argyle und Henderson (1986) in Heidbrink (2009) als

- eng - oberflächlich
- freundschaftlich - feindselig
- egalitär - hierarchisch
- aufgabenorientiert - gesellig

den breiten inklusiven Charakter sozialer Beziehung deutlich macht. Auch Werth (2020) sieht in Rollen nur eine kulturell bedingte Erwartung an das Gegenüber in verschiedenen Arten von Beziehungen.

*"Eine soziale Beziehung besteht dann, wenn Menschen miteinander interagieren und wenn sie sich in ihrem Erleben und Verhalten gegenseitig beeinflussen."*(Werth, 2020)

Als Art sozialer Beziehung sind sogenannte **Freundschaftsbeziehungen** als Begriff für empirische Forschung schwer fassbar, da wir den Begriff im Alltag in unterschiedlichen Bedeutungen verwenden (Heidebrink, 2009). Dabei können wir mit diesem Begriff nicht nur die Art einer Beziehung bezeichnen, sondern auch die Qualität. Der informelle und undifferenzierte Charakter zeichnet sich außerdem dadurch aus, dass in einer Beziehung diese von einer Person als Freundschaft angesehen oder eingeschätzt werden kann, während das Gegenüber die Betonung auf der Arbeitsbeziehung sieht. Eine semantische Überschneidung ergibt sich allfällig zwischen Freundschaft und Liebe, da diese Arten von Beziehungen nicht exakt abgegrenzt werden können. Während Kolip (1993 in Heidebrink, 2009) Freundschaften definiert als freiwillige Zusammenschlüsse zwischen Menschen beiderlei Geschlechts, die auf wechselseitiger Intimität und emotionaler Verbundenheit begründet sind - die eine sexuelle Komponente nicht explizit ausschließt - fassen Argyle und Henderson (1986 in Heidebrink, 2009) Ergebnisse von Untersuchungen aus verschiedenen Ländern so zusammen, dass Freunde Menschen sind, die man mag, deren Gesellschaft man genießt, mit denen man Interessen und Aktivitäten genießt, die hilfreich und verständnisvoll sind, denen man vertrauen kann, mit denen man sich wohl fühlt und die emotionale Unterstützung gewähren. Dies impliziert nicht unbedingt eine sexuelle Komponente. Wie schwer dies jedoch zu beurteilen ist - die Übergänge scheinen oft fließend zu sein - zeigt, dass zwar Befragte (Eberhard und Krosta, 2004, in Heidebrink, 2009) angeben, dass ihnen der Unterschied klar wäre, sie ihn aber nicht benennen könnten. Etwas allgemeiner beschreibt Wright (1969 in Werth, 2020) Freundschaften, indem er angibt, sie wären freiwillige, auf Gegenseitigkeit beruhende Beziehungen, die wir als belohnend empfinden.

Der Beziehungstyp der **Partnerschaft** - ob innerhalb oder außerhalb einer Ehe - ist gleichzeitig eine sexuelle und soziale zwischen zwei und mehr Menschen (Werth, 2020). Sie wird häufig in wissenschaftlichen Untersuchungen als relativ neutrale Bezeichnung für eine enge Beziehung zwischen zwei Menschen gewählt. Es kann sich hierbei um eine eheliche, nicht-eheliche Lebensgemeinschaft, um eine enge Liebesbeziehung oder eine lockere Zweckgemeinschaft handeln (Heidebrink, 2009). Dabei spielt insbesondere die Bindungstheorie Bowlbys (1958 in Werth, 2020) bei Paarbeziehungen eine besondere Rolle. Paare als LebenspartnerInnen suchen körperliche Nähe zueinander, fühlen sich gestresst, wenn sie unangenehme Situationen alleine meistern sollen, suchen und spenden sich gegenseitig Trost und trauen sich mehr, wenn sie zuvor Nähe und Unterstützung des/r PartnerIn erfahren haben (Werth, 2020).

Die Beziehungen zwischen **Eltern und Kindern** bestehen in der Regel mehrere Jahrzehnte und durchlaufen einen nicht unerheblichen Wandel von der Fürsorge für das Neugeborene bis hin zu eher partnerschaftlichen Beziehungen zwischen Eltern und - mittlerweile - erwachsenen Kindern. Eltern-Kind-Beziehungen werden an sich als unilateral und komplementär beschrieben, also einseitig und asymmetrisch. Komplementär bedeutet, dass sich die Rollen gegenseitig bedingen. Durch diese Asymmetrie - eher den jüngeren Kindern vorbehalten - unterscheiden sich jedoch Eltern-Kind-Beziehungen auffällig von Partnerschafts-, Freundschafts- und Bekanntschaftsbeziehungen, die dennoch einer Entwicklung unterliegen. Es fehlt hier auch die für andere Beziehungen oft typische Freiwilligkeit, deren konsekutive Bindung durch genetische Ähnlichkeit und einen ähnlichen Erlebnisrahmen - etwa Klima, tagesrhythmus, Nahrung und so weiter - ergänzt wird (Heidenbrink, 2009). Wie Eltern ihre erzieherische Aufgabe erfüllen, ist somit ebenso abhängig von kulturell herrschenden Normen (Werth, 2020).

**Geschwisterbeziehungen** zählen zu den am längsten bestehenden Beziehungen überhaupt und weisen Ähnlichkeiten zu den Eltern-Kind-Beziehungen auf. Sie sind unfreiwillig und verändern sich oftmals stark im Laufe des Lebens (Heidebrink, 2009), wobei sie ebenso tief verwurzelt lange Zeit bestehen bleiben können (Werth, 2020). In den meisten Kulturen nehmen Geschwister im Laufe des Lebens unterschiedliche Rollen ein, wie Vertraute, Vorbilder oder Rivalen, die jedoch wiederum unterschiedliche Formen annehmen können (Whiteman et al., 2011 in Werth, 2020).

Des Weiteren finden sich bestimmte Arten von Beziehungen am **Arbeitsplatz und im Bekanntenkreis**. Das Besondere an Beziehungen zwischen Arbeitskollegen liegt in der ausgeprägten Organisiertheit des sozialen Kontextes, das heißt, in der Rolle der Organisation für die Beziehungen der Mitglieder. Sie sind gekennzeichnet durch sowohl Vorgaben der Ausrichtungen des Unternehmens, als auch den zwischenmenschlichen Herausforderungen, die sich im Arbeitsfeld ergeben, wie etwa die Konkurrenz um Ressourcen (Heidebrink, 2009). Bekannte zeichnen sich hingegen durch sogenannte schwache Verbindungen aus (Granovetter, 1973 in Werth, 2020), da man mit jedem/r Bekannte/n relativ wenig Zeit verbringt, die Beziehung emotional nicht intensiv ist und man sich wenig verpflichtet fühlt, sich zu helfen.

**Professionelle Beziehungen** kommen dagegen durch einen direkten Austausch von Gütern und Dienstleistungen zustande. Es handelt sich zwar um einen vertrauensvollen, aber in erster Linie aufgabenorientierten Kontakt, der sich im Laufe der Zeit zu einer sehr intensiven Beziehung entwickeln kann. Dabei variieren der Grad an Nähe, Offenheit, Dauer, emotionaler Bindung

und Machtverteilung nach Art der professionellen Beziehung erheblich. Gemeinsam ist ihnen die Ungleichheit der Rollen (Werth, 2020).

## 2.1 Soziale Beziehungen im Kontext der stationären Langzeitpflege

Soziale Beziehungen, die trotz der Institutionalisierung aufrechterhalten werden können - diese Verbindungen gehen oft durch den Eintritt in ein Pflegeheim verloren (Cantor, 1979; Brown, 1981 in Gutheil, 1991) - führen zu einem geringeren Level an sozialer Einsamkeit. Besonders eine hohe Kontakthäufigkeit mit Söhnen, Töchtern und Großkeltern führte bei Drageset dabei zu einem signifikant geringeren Level an sozialer Einsamkeit (Drageset, 2004). Laut der Einschätzung des Pflegepersonals sind Familienmitglieder wichtig für die Lebensqualität von BewohnerInnen, da sie die Atmosphäre "heimlicher" und "normaler" gestalten, wobei manche Angehörige mehr Aufforderung bräuchten, sich einzubringen als andere. Besuche von Kindern gestalten sich sehr lohnend, können aber auch zu Problemen führen (Russell, 2002).

Die Bemühungen, die Versorgung betagter Menschen so lange wie möglich in deren Zuhause durchzuführen, gelangen irgendwann aus multifaktoriellen Gründen an einen Punkt, an dem der Umzug in eine stationäre Einrichtung unerlässlich wird (Graber-Dünow, 2003 in Fichtenbauer, 2019), der auch mit einem Bruch bestehender Sozialkontakte einhergehen kann. Der Wechsel von zu Hause in eine stationäre Einrichtung Die schmerzliche Entscheidung, dass der Übergang in stationäre Pflege notwendig ist, wird oft prolongiert (Hildebrandt 2002 in Fichtenbauer, 2019). Selten finden gedankliche Austausche oder Vorkehrungen statt. Es könnte auch damit zu tun haben, dass die stationäre Pflege immer noch negativ assoziiert ist, ein Umstand, der - von der Geschichte geprägt – vom tatsächlichen Bestand von Altenheimen als „Verwahrungsorte“ in den 60ern, noch immer im allgemeinen Bewusstsein verankert zu sein scheint. Ein weiterer Grund mögen sogenannte Pflege-Skandale dafür sein, dass die allgemeine Meinung eher weniger positiv geprägt ist (Graber-Dünow 2003 in Fichtenbauer, 2019). Darüber hinaus werden Altenheime per se mit nicht optimaler Pflege und Versorgung assoziiert (Hildebrandt 2002 in Fichtenbauer, 2019), durch den Umstand getriggert, dass Altenheime für die betreffenden Menschen den letzten Ortswechsel ihrer Lebensstätte darstellen (Graber-Dünow 2003 in Fichtenbauer, 2019). Andererseits werden ebenfalls gewisse Umstände auch geschätzt, die mit dem Einzug einhergehen: das Ausmaß und die Kontinuität pflegerischer Leistungen, Abnahme weiterer Verpflichtungen, die den Haushalt betreffen oder schlicht ein gewisses Maß an Sicherheit. So sehr diese Aspekte jedoch angenehm zu sein scheinen, gibt es ebenfalls welche, die Angst machen können und zur Furcht vor dem Verlieren des vormals

gelebten Alltagsgeschehens führen. Immerhin wird ein gewisses Maß an selbstbestimmtem Leben durch anstaltsimmanente Regeln heruntergebrochen, die die eigenen Vorstellungen einer gegliückten Lebensführung eingegrenzt (Hildebrandt 2003 in Fichtenbauer, 2019) und letztlich auch einen wesentlichen Einfluss auf das soziale Gefüge eines/r BewohnerIn hat.

Immerhin benannten bei Bitzan (1990) 41% der BewohnerInnen ihr Kind als jemanden, zu dem sie - trotz des Lebens in der institutionellen Pflege - nach draußen in enger Verbindung stehen, 11% Geschwister, 4,5% den/die EhepartnerIn, 21% einen anderen Verwandten und 12% einen Freund, wobei Männer eher die Ehefrau angeben und Frauen eher die Kinder. Auffällig ist auch ein Zusammenhang zwischen der Verbindung zu den Kindern, die in weiter Folge zu häufigeren Familientreffen führen könnten. Bei Tobin (1981) gaben insgesamt rund 55% an – ohne Bezug auf das Geschlecht - dass ihr nächster Angehöriger Sohn oder Tochter war, gefolgt – mit einigem Abstand – von mit rund 7% dem/r EhegattIn und mit rund 15% von Geschwistern. Von den 65- bis 79-Jährigen gaben dabei wiederum immerhin beinahe 30% an, keine Familie zu haben, wobei angenommen werden kann, dass hier wenigstens zum Teil verstorbene Mitglieder der ehemaligen Stammfamilie gemeint sein werden. Daneben versuchen ältere Personen – ehe sie in die möglicherweise weiter entfernte institutionelle Pflege eintreten – zu ihren pflegenden Kindern zu ziehen oder wenigstens in die Nähe. Dass die Übernahme der Pflege dennoch scheitern kann, liegt laut Tobin (1982) hauptsächlich an der Pensionierung der Kinder mit anschließendem Wegzug oder auch dem Fehlen von Kapazitäten und dem Versterben eines Kindes. Die Bürde der Versorgung und Krankheiten weiterer, pflegender Angehöriger kommen als Grund für den Eintritt in die institutionelle Pflege noch hinzu und erschweren das Aufrechterhalten des Kontaktes.

Richtig ist jedoch – um die Gestaltungsmöglichkeiten des sozialen Lebens fortzuführen - daß Verbindungen zu den Angehörigen bestehen bleiben können und die Angehörigen Möglichkeiten haben, sich auch in den für alle neu gestaltenden Pflegealltag einzubringen. Zu diesen Aktivitäten werden Besuche und sozio-emotionale Formen der Hilfe ebenso genannt wie die Hilfestellung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), als auch bei sogenannten instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) (Linsk, Miller, Pflaum & Ortigara-Vick, 1988; Moss & Kurland, 1979; Rubin & Shuttlesworth, 1983; Schwarz & Vogel, 1990; Shuttlesworth, Rubin & Duffy, 1982 in Gaugler, 2004). Gaugler (2004) hat dabei zwar herausgefunden, daß familiäres Einbeziehen nicht mit Gefühlen des Gefangenseins in einer Rolle einhergehen und die Übernahme der ADL und IADL nicht mit familiären Konflikten assoziiert waren. Aber die größere Involvierung in instrumentelle Aktivitäten des täglichen

Lebens führte zu einem niedrigeren Niveau an intemem Austausch mit den Angehörigen (Gaugler, 2004). Diese Rolle und den damit verbundenen Aspekt der Gestaltung sozialer Beziehung auszuüben, sind jedoch mehrere Grenzen gesetzt, nicht zuletzt durch die Gegebenheiten und Regeln einer Institution. So beschäftigen sich viele Studien mit dem Verhältnis der Angehörigen zum Personal und den Auswirkungen auf von den Angehörigen erlebte Zufriedenheit mit der Pflege. Russell beschreibt dabei als einziger einige Punkte, die BewohnerInnen von Pflegeheimen beim Aufrechterhalten ihrer sozialen Beziehungen besonders wichtig sind. Dabei wollen sie ihre eigenen Rechte im Planen ihrer Pflege gewahrt wissen. Es ist nicht selbstverständlich, daß die Angehörigen ihre personellen Präferenzen kennen. Dennoch sollte es den Angehörigen ermöglicht werden, Unterstützung zu übernehmen, wobei es – auch abseits der Übernahme von Unterstützungsleistungen - adäquaten, privaten Raum geben sollte, um Zeit mit Familienmitgliedern zu verbringen (Russell 2002). Dies zeigt jedoch eine stark separierende Sicht auf die Beziehungen von BewohnerInnen, deren soziales Gefüge bei Eintritt in eine völlig neue Institution stark beeinflusst wird.

Bei Davies (2004) hatten dabei der Umgang und die Handlungen der MitarbeiterInnen vor Ort das Potenzial, einen positiven Einfluss auf die Erfahrungen in dieser schwierigen Zeit zu nehmen. Der Tag des Einzugs ins Heim kann hierbei durch praktische Vorkehrungen, wie etwa einen angemessenen Transport, einen herzlichen Empfang bei der Ankunft und die Sicherstellung, dass das Zimmer der älteren Person vorbereitet war, den Umgang mit dieser – so wie Davies (2004) sie beschreibt - traumatischen Erfahrung erleichtern. Die Untersuchung fand jedoch wenige Hinweise darauf, dass BewohnerInnen und ihre Angehörigen vorbereitet wurden auf den Heimalltag und den Tagesablauf. Darüber hinaus gab es anscheinend nur spärliche Versuche, mit den Angehörigen zu besprechen, wie sie ihre zukünftige Rolle im Heim sahen oder ausfüllen konnten, was im Hinblick auf das Aufrechterhalten sozialer Beziehungen von entscheidender Bedeutung sein könnte. Die Ergebnisse dieser Studie legten zudem nahe, dass Angehörige sich selbst sehr stark in der Verantwortung sehen, die ältere Person mit den MitarbeiterInnen und anderen BewohnerInnen "vertraut" zu machen, zusätzlich zur Schaffung von Vertrautheit für sich selbst in der neuen Situation (Davies, 2004).

Dabei sollte die Beachtung der Umstände eines Umzugs wesentlich weiter reichen, da zu den Faktoren, die bei Eintritt in die institutionelle Pflege für ein wesentliches Ansteigen von Angst verantwortlich sind, folgende zählen, auf die möglicherweise nur unzureichend vorbereitet werden kann, die aber jeweils mehr oder weniger Bedeutung für das soziale Gefüge haben, in dem sich die BewohnerInnen befinden oder befunden haben: unfreiwilliger Wohnortwechsel,

Besitzverlust, strenger Zeitplan, Verlust der Kontrolle über Aktivitäten des täglichen Lebens und Verlust der Privatsphäre (Thomasma, 1991, in Nay, 1995). Die meisten BewohnerInnen berichteten bei Nay (1995) davon, dass der Eintritt in die institutionelle Pflege notwendig war und dass sie sich gewahr wurden, keine Alternative zu haben. Somit war es in den meisten Fällen eine erzwungene Entscheidung. Einen weiteren Punkt stellt der mit dem Eintritt parallel verlaufende Verlust des „alten“ Lebens für viele dar; vom Zuhause, Familie, Freunden, Haustieren, bevorzugten Aufenthaltsorten, Besitztümern, bekannten Rollen und Lebensstilen. Ausserdem betrachteten sie sich selbst und ihre Pflege als Bürde, die sie ihren Angehörigen nicht zumuten wollten. Viele fühlten sich, als hätten sie sich selbst zurückgelassen, als wäre der Eintritt das Ende dessen, was ihnen jemals wichtig war. Das Leben von früher ist vorbei, und sie sehen keine Zukunft. Dabei geht es vor allem auch um die Wahrnehmung der institutionellen Pflege als einen Ort, in dem alte und kranke Menschen nicht sterben wollen, aber auch befürchten, zu lange am Leben zu bleiben. Die Rolle des/r Gattin ist verloren gegangen, die Rollen der Eltern und Großeltern schwinden, sowie die Kinder die Rollen tauschen und die BewohnerInnen selbst wie Kinder behandeln (Nay, 1995).

Einen größeren Rahmen für Bedingungen des Übergangs in das Leben in der institutionellen Pflege zeigte Davies (2005) auf, indem sie die Bedeutung der Organisationskultur in Pflegeheimen betonte. Dieser Aspekt würde dabei unzureichend hervorgehoben, um wesentliche Faktoren zu identifizieren, die die Erfahrungen der Angehörigen beim Heimeintritt prägen. Die Kultur eines bestimmten Heims würde durch die Wertvorstellungen der MitarbeiterInnen - besonders in leitenden Positionen - beeinflusst. Diese Faktoren bestimmten wiederum die Wahrnehmung der Rollen und die Art der Beziehungen innerhalb des Heims. Historische Traditionen, Verfügbarkeit von Ressourcen, Führungsstil und Erwartungen der NutzerInnen spielten wahrscheinlich auch eine Rolle (Stanley & Reed 1999, in Davies, 2005). Entscheidend schien jedoch zu sein, dass das Personal, Angehörige und - bei Davies (2005) - in geringerem Ausmaß auch die BewohnerInnen das Potenzial haben, die Kultur oder den "Typ der Gemeinschaft" zu beeinflussen (Davies 2003 in Davies, 2005).

Dass die Erfahrungen mit MitarbeiterInnen - speziell den professionell Pflegenden in der institutionellen Pflege - eine große Bedeutung für die Angehörigen haben, zeigt auch Westin (2009). Dabei konnten die Angehörigen sich richtiggehend "eingeladen" fühlen, ihre BewohnerInnen zu besuchen mit dem Effekt, dass sie das Gefühl bekamen, von den professionell Pflegenden beachtet, gesehen und willkommen zu sein, was die Bedeutung und

die Komplexität menschlicher Kontakte in diesem speziellen Setting noch verdeutlicht (Westin, 2009).

Neben diesen Möglichkeiten der Einflussnahme auf den Kontakt untersuchte Mickus (2002) die Möglichkeit der Videotelefonie für BewohnerInnen, um die durch eine gewisse Entfernung erschwerte Beziehung zu den Angehörigen aufrecht zu erhalten. Die Ergebnisse umfassten die Identifizierung von technischen und konstruktiven Problemen in der Beziehungsgestaltung über die Videotelefonie, mögliche Lösungen, Faktoren, die die tatsächliche Nutzung der Geräte beeinflussen, und Bedingungen, unter denen die Vorteile der Nutzung optimal sein können. Vier von zehn Probandenpaaren benutzten weiterhin die Videotelefonie für die Dauer der Studie, und zwar mit minimaler Unterstützung, die die Videoverbindungen einleitete und/oder verbalen Hinweisen. Die häufigsten Einschränkungen der Videotelefonie beinhalteten:

- Körperliche Beeinträchtigungen wie starke Seh- oder Schwerhörigkeit und Schwierigkeiten bei der Positionierung, der Kamera zugewandt zu sein
- geringe Toleranz für Probleme bei der Bedienung des Videotelefons oder technische Schwierigkeiten und wenig Bereitschaft, Probleme zu lösen

Die Mehrheit der BewohnerInnen erlebte einen oder mehrere dieser Arten von Einschränkungen. Der Schweregrad und/oder die Kombinationen der Fähigkeitseinschränkungen waren ausschlaggebend dafür, ob sie das Gerät weiter benutzten oder nicht und zeigen einmal mehr die Vielschichtigkeit des Einflusses auf das soziale Gefüge durch den Eintritt ins und das Leben in der institutionellen Pflege.

Da jedoch nicht nur Beziehungen nach außen eine Rolle für BewohnerInnen spielen, sondern auch jene nach innen, soll weiters auf Beziehungen eingegangen werden, die „innerhalb der institutionellen Pflege“ erschlossen werden, da diese ebenfalls das soziale Gefüge maßgeblich zu beeinflussen vermögen.

Lange Zeit war dabei das Bild der institutionellen Pflege davon geprägt, eine "Endstation" zu sein, wo PflegerInnen "Bett- und Körperarbeit" an passiven BewohnerInnen (Gubrium, 1975 in Retsinas, 1985) verrichteten und institutionelle Regeln, Routinen und standardisierte Pflege-BewohnerInnen-Beziehungen es den BewohnerInnen unmöglich machten, sinnvolle soziale Verbindungen mit jenen um sie herum aufzubauen. Auf einen "Fall" reduziert und von Freunden, Angehörigen, Nachbarn isoliert, saßen – nach diesem Bild - die BewohnerInnen unterwürfig da, wartend auf Besuche (Coburn, 1977 in Retsinas, 1985).

Individuen tendieren dazu, Freundschaften mit jenen zu schließen, die ihnen ähnlich seien wie andere BewohnerInnen eines Pflegeheimes (Nahemow & Lawton, 1975 in Gutheil, 1991). Bezogen auf Freunde würde dies aber auch bedeuten, daß sich Freunde im gleichen Alter befinden und möglicherweise ebenfalls in ihrer Mobilität eingeschränkt sein könnten, was ein Zusammentreffen schwierig oder unmöglich machen würde (Gutheil, 1991). Eine Möglichkeit, sozialer Vereinsamung zu entgehen, scheint es für BewohnerInnen jedoch auch zu sein, eben innerhalb der Institution Kontakte zu knüpfen (Kang, 2017), die sie jedoch auch brauchen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, wie verbunden, respektiert und unterstützt zu sein. Sie führen auch zu positiven Outcomes wie dem Gefühl, bedeutsam und kompetent zu sein. Umgekehrt führte ein genereller Mangel an Beziehungen zu Gefühlen wie Vernachlässigung, Isolation und Hilflosigkeit. Dabei sind Beziehungen auch mit MitbewohnerInnen wichtig – und möglich – um als eigenständige Person wahrgenommen zu werden (Owen & Meyer 2012 in Kang 2017).

Retsinas (1985) fand dabei zwar heraus, daß 35% seiner Befragten alleine waren, also ohne FreundInnen in der Einrichtung. Die meisten hatten jedoch eine/n FreundIn, während die maximale Anzahl an FreundInnen 6 betrug. Geistige Klarheit, klare Aussprache und Sehen können waren die Schlüsseldeterminanten, die voraussagten, ob jemand sozial isoliert war oder auch FreundInnen hatte. Auch der Grad an Mobilität zeigte starken Einfluss. Obwohl jedoch BewohnerInnen eine negative Korrelation ihrer Mobilität mit Isolation und eine positive mit der Anzahl an FreundInnen aufwiesen, war das nur möglich, wenn diese auch geistig klar waren und eine klare Aussprache hatten (Retsinas, 1985).

Immerhin gaben bei Bitzan (1990) 58% der BewohnerInnen an, daß sie sich jemandem innerhalb der Institution nahe fühlen. 27,1% gaben eine/n MitbewohnerIn an, der/die nicht gleichzeitig der/die ZimmernachbarIn war, 6,3% die Krankenschwester, 3,3% eine/n TherapeutIn, 0,6% eine/n HausarbeiterIn und 42,7% gaben an, innerhalb der Institution niemandem nahe zu stehen (Bitzan 1990). Casey (2015) berichtete von knapp 30%, die Freundschaften mit anderen BewohnerInnen pflegten, und 30%, die zufällige, positive Beziehungen aufwiesen. 20% identifizierten positive Beziehungen mit einem oder mehr BewohnerInnen anderer Wohngruppen, 20% identifizierten MitarbeiterInnen und/oder Besucher als Freunde oder lockere Freunde. Immerhin – so räumen die AutorInnen ein - gaben die aufgezeichneten Beziehungen nur einen kleinen Teil aller möglichen Beziehungen zwischen den BewohnerInnen wider (Casey, 2015).

DiBerardinis (1981) unterteilte indes die Arten sozialer Beziehungen in der institutionellen Pflege in zwei Hauptkategorien. Erste waren die selbst-gewählten Beziehungen (wie etwa

Freunde und Familie), die zweite bestand aus jenen, die durch die Institution vorgegeben waren (etwa MitarbeiterInnen und andere BewohnerInnen). Die Wahrnehmung der Befriedigung von Bedürfnissen hing bei den BewohnerInnen dabei von der Zufriedenheit mit den institutionell bedingten Beziehungen ab, während die Zufriedenheit mit den selbst-ausgesuchten Beziehungen in Bezug auf Bedürfnisbefriedigung keine Rolle spielte. Eine individuelle Mitentscheidung bei der eingegangenen Beziehung sorgte jedenfalls für mehr Zufriedenheit (DiBerardinis, 1981), was auch in der institutionellen Pflege eine starke Rolle spielen dürfte.

Allerdings stellt sich auch die Frage - neben der Anzahl an Beziehungen - nach dem Grad der Intimität von Beziehungen und was diese ausmacht. Gutheil (1991) fand es in ihren Erhebungen nicht überraschend, daß BewohnerInnen, die in einem Heim freundschaftliche Kontakte leben, dies über das tägliche Gespräch tun. Der zweite Grund, sich zusammenzufinden, ist der über gemeinsam eingenommene Mahlzeiten, eine wichtige, soziale Komponente. Dagegen essen und jausnen BewohnerInnen eher gemeinsam, als daß sie am selben Tisch im Esszimmer sitzen, was darauf zurückzuführen ist, daß die Sitzordnung vom Personal vorgegeben wird und sich BewohnerInnen in der Folge andere Sitzgelegenheiten suchen, um gemeinsam zu essen.

Bei den Gesprächen miteinander wurde angenommen, daß eine Untersuchung der Themen Einsicht in den Grad der Intimität dieser Beziehungen genommen werden könne. Aus diesem Grund wurden die BewohnerInnen gefragt, wie sie sich fühlten, wenn sie persönliche Dinge mit anderen BewohnerInnen beredeten, wenn sie diese auch als FreundInnen bezeichneten. Etwas über ein Drittel konnten nur gewisse, persönliche Dinge besprechen, wohingegen fast die Hälfte sich überhaupt nicht frei fühlte, mit ihren FreundInnen über persönliche Dinge zu sprechen, was einer geringen Ausprägung des Grades an Intimität gleichkommt. Es gab drei Themen, über die 58% der BewohnerInnen oft oder manchmal sprachen: Gefühle darüber, in der Einrichtung zu sein, über andere BewohnerInnen und über das, worüber sie glücklich sind, wobei sich das letzte Thema auf Gefühle für die Menschen, die in der Einrichtung arbeiteten, bezog (Gutheil 1991).

Gutheil (1991) folgerte daraus, daß BewohnerInnen ihre Freundschaften in der Einrichtung als Werkzeug nutzten, um mit dem Leben in der Einrichtung zurechtzukommen, indem sie ihre Gefühle und Erfahrungen durch ihr Gegenüber abarbeiten oder legitimieren. Letztlich redeten die BewohnerInnen aber nicht nur über Gefühle des Glücklichseins, sondern auch über Ärger oder auch Traurigkeit, wobei Letzteres mit 21% ein relativ seltenes Thema zu sein scheint, möglicherweise dadurch bedingt, daß es ein intimeres Thema ist, als Ärger oder Glücklichsein. Weniger als ein Viertel der BewohnerInnen reden über ihr früheres Leben, religiöse Gefühle,

Beziehungen zu den Kindern oder andere Angehörige. Sehr wenige reden über Dinge, für die sie sich schämen, etwa ihre finanzielle Situation oder Gefühle über den Tod oder Dinge, über die sie auch mit sonst niemandem sprechen würden (Gutheil, 1991).

Jedoch – und besonders in Bezug auf erlebte, soziale Beziehungen innerhalb der institutionellen Pflege – spielt auch das Personal eine nicht zu unterschätzende Rolle, da sein Ausscheiden aus dem Unternehmen durchaus als eine Unterbrechung des sozialen Milieus erlebt wird (Cook, 2010). Jedenfalls wollen die BewohnerInnen der institutionellen Pflege ein möglichst gutes Verhältnis mit den MitarbeiterInnen leben - solange diese eben im Unternehmen tätig sind. MitarbeiterInnen sind sich dabei jedoch nicht unbedingt bewusst, dass BewohnerInnen sich auch eine Form sozialer Beziehung wünschen, die über pflegerische Routinehandlungen hinausgehen. Sich für Gespräche abseits der täglichen Pflege zu engagieren, nichtverbalen Austausch wie einfaches Lächeln zu leben und persönliche Geschichten auszutauschen, kann die weniger positiven Aspekte des Lebens in der institutionellen Pflege weniger spürbar machen. Vor allem bilden diese Interaktionen den Grundstein für Vertrauen in die institutionelle Pflege und geben das Gefühl, mehr als nur ein/e PflegeempfängerIn zu sein. Obwohl die MitarbeiterInnen oft wenig Zeit haben, um mit BewohnerInnen zusammensitzen und abseits täglicher Routinen zu reden, sind es genau diese Handlungen, die dazu führen, dass BewohnerInnen ihre Geschichten teilen können und soziale Interaktionen initiieren. Interpersonelle Interaktionen, die über die Pflegehandlungen hinausgehen, führen dazu, dass BewohnerInnen die Beziehungen zu den MitarbeiterInnen mit Worten wie Freundschaft, Liebe und Sich kümmern beschreiben. Allerdings fühlen sich MitarbeiterInnen oft in ihren Handlungsmöglichkeiten durch Schwierigkeiten bei personellen Ressourcen eingeschränkt (Cook, 2010).

Pohlmann (2006) stellt eine gewisse Ambivalenz der Pflegenden zwischen Nähe und Distanz in der Beziehung zu PatientInnen fest. Beziehungen zu PatientInnen finden innerhalb verschiedener Gegenpole statt, wie beispielsweise «Sympathie» und «Antipathie» oder «helfen können» und «Hilflosigkeit». Die Gestaltung der Beziehung erfolgt häufig wenig professionell und ist von der spezifischen Situation und den beteiligten Individuen abhängig. Es zeigt sich außerdem, dass die in der Pflege diskutierten Modelle aus der humanistischen Psychologie nicht uneingeschränkt als Grundlage für die Beziehungsgestaltung eingesetzt werden können. Ein besonderer Aspekt für die Beziehungsarbeit in der Pflege sind körperbezogene Pflegeinterventionen. Die Anwendung spezieller Konzepte, die einen spezifischen

Körperkontakt zu PatientInnen ermöglichen, bieten konkrete Anknüpfungspunkte, um die Beziehung zu PatientInnen pflegespezifisch und professionell zu gestalten.

Beschreibend fand Wilson (2009) drei Typen von Beziehungen zwischen BewohnerInnen, MitarbeiterInnen und Angehörigen heraus: Pragmatische Beziehungen, die primär den instrumentellen Teil der Pflege fokussieren; persönliche Beziehungen, die den Bedürfnissen der BewohnerInnen eher entgegenkommen; reziproke Beziehungen, die die Rollen der jeweiligen Akteure ignorieren und zum Ziel die Herausbildung eines Gemeinschaftsgefühls in der institutionellen Pflege haben (Wilson, 2009).

Nach Donabedian (1980, in Nakrem, 2011) kann die Pflege hingegen als zwei unterschiedliche, aber zusammenhängende Teile angesehen werden: die technische Pflege, definiert als Anwendung von Forschung und Technologie der Gesundheitswissenschaft, um gesundheitliche Probleme zu bewältigen; und zum anderen der interpersonale Prozess, die psychosoziale Interaktion zwischen BewohnerIn und professioneller Pflege.

Hagerty (2003) konstatiert dagegen, dass die Nurse-Patient Relationship (NPR) als Kontext angesehen werden, in dem professionell Pflegende ihre Praxis ausüben. Sie ist ein interpersoneller Prozess, der sich zwischen PatientInnen und professionell Pflegenden über die Zeit entwickelt. Elemente davon inkludieren einen Beginn oder Entwickeln von Vertrauen, eine mittlere Phase oder Arbeitsphase und ein Ende oder eine beendende Phase im Kontext der Fürsorge, des Teilens und der Zielorientierung. Dabei wurden die Annahmen bezüglich der NPR überdacht, wie sie historisch beschrieben und betrieben wurden.

### **Linearität**

Die erste Annahme betraf bei Hagerty (2003) jene der Linearität, die beginnt, wenn professionell Pflegende auf den/die PatientIn und eine Serie von Phasen treffen (Peplau, 1962, in Hagerty, 2003). Um eine erfolgreiche Beziehung für die optimale Pflege zu bilden, müssen dabei die professionell Pflegenden erst Vertrauen schaffen, eine Arbeitsphase durchlaufen und schließlich diese Beziehung wieder beenden. Dies impliziert jedoch eine hierarchische Struktur, die für effiziente Pflege maßgeblich ist mit eingeschränkter Möglichkeit überlappender Phasen. Erstens jedoch erfahren professionell Pflegende als auch PatientInnen positive Resultate von kurzen Begegnungen, die auf kurzen Krankenhausaufenthalten und kurzen Interventionstechniken beruhen, und zweitens beinhaltet der Prozess von Interaktionen multiplikative Effekte, sodass eher nonlineare Prozesse entstehen als additive. Schließlich folgert Hagerty (2003), dass sogar Peplau (1952, in Hagerty, 2003) selbst bestätigt, dass die

Phasen der Beziehung überlappen könnten. Sieht man die NPR als dynamische, iterative Interaktionen, muss in jeder Begegnung die Perspektive von professionell Pflegenden und PatientIn berücksichtigt werden, was die Linearität der NPR zumindest in Frage stellt.

### **Vertrauen**

Als zweite Annahme ist es das Vertrauen, das eine erfolgreiche NPR bedingt. Forchuck (1992, in Hagerty, 2003) spezifizierte, dass Vertrauen in der Orientierungsphase der NPR entsteht, was essentiell wäre, bevor es PatientInnen möglich ist, Probleme zu identifizieren, an denen sie mit den professionell Pflegenden arbeiten können. Dabei ist Vertrauen jedoch auch nicht allumfassend: jemandem kann für eine Sache vertraut werden, aber dafür nicht für eine andere. So kann den professionell Pflegenden beispielsweise in technisch kompetenter Pflege vertraut werden, aber nicht bei familiären Problemen, unter denen sie leiden. Dass Beziehungen nicht nur auf Vertrauen aufgebaut werden, sondern auch über das Erreichen von gegenseitigen Zielen, mag dabei in kurzfristigen Begegnungen nur teilweise von Bedeutung sein. In länger währenden Beziehungen könnte dieser Aspekt von größerer Bedeutung für eine tragfähige NPR sein.

### **Zeit**

In der dritten Annahme wird proklamiert, dass Zeit einen entscheidenden Faktor bei der notwendigen Pflege darstellt, um optimale Ergebnisse zu erzielen. Forchuck (1992, 1995, in Hagerty, 2003) und Forchuck and colleagues (1998, in Hagerty, 2003) gaben sich jedoch zumindest teilweise hinsichtlich der zeitlichen Anforderungen hinsichtlich einer Etablierung der NPR pessimistisch. Immerhin geben professionell Pflegenden zu bedenken, dass im bestehenden Gesundheitssystem mit kürzeren Spitalsaufenthalten und abnehmenden finanziellen und personellen Ressourcen das Aufnehmen von Beziehungen zu PatientInnen und deren Angehöriger zunehmend schwieriger würde, wenn nicht unmöglich. Mit dem herrschenden Druck und inadäquaten Ressourcen sei es unmöglich, Vertrauen aufzubauen und in eine sinnvolle Arbeitsphase überzugehen. In jedem Fall sei ein alternatives Paradigma, das nicht an Zeit gebunden wäre, nötig, um professionell Pflegenden den notwendigen Fortschritt in kürzeren Aufenthalten dennoch möglich zu machen (Hagerty, 2003). Einen Kritikpunkt hierzu stellt die Fokussierung auf die akute Situation im Krankenhaus dar, während in der institutionellen Pflege oftmals Beziehungen über einen längeren Zeitraum möglich und auch notwendig sind (Nakrem, 2011).

## **Rollenerwartungen**

Rollenerwartungen haben ebenfalls Einfluss auf die Beziehung. Professionell Pflegende erwarten dabei von PatientInnen, dass diese die Beziehung aus freien Stücken wollen, compliant sind und Leistungen von professionell Pflegenden erwarten können. Heifner (1993, in Hagerty, 2003) fand dabei heraus, dass professionell Pflegende die Vulnerabilität der PatientInnen als Voraussetzung dafür sahen, mit ihnen in Verbindung zu treten. Hewison (1995, in Hagerty, 2003) fand heraus, dass Interaktionen oft oberflächlich und hauptsächlich mit der Erreichung von Aufgaben verbunden war. Zusätzlich übten die professionell Pflegenden starke Kontrolle aus und verhinderten damit eine offene und sinnvolle Kommunikation und Austausch. Dabei sehen es die professionell Pflegenden als garantiert an, dass PatientInnen eine Beziehung eingehen sollten, da die professionell Pflegenden schließlich Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung feststellen und den PatientInnen zu besser Gesundheit verhelfen würden. Von PatientInnen würde dabei erwartet zuzuhören, zu kooperieren, Dinge einzuhalten und mitzumachen. Dabei sieht Hagerty (2003) auch hier die Notwendigkeit in der NPR, die Linearität, Vertrauen und Zeit, sowie den Umstand zu berücksichtigen, dass ein Festhalten an Rollenerwartungen die Autonomie des/der PatientIn tatsächlich limitieren kann.

Halldorsdottir (2008) untersuchte indes die NPR aus der PatientInnen-Perspektive, die eine dynamisch gelebte Wirklichkeit darstellt, charakterisiert durch eine spirituelle Verbindung, die als Band aus Energie erlebt wird, die manche, früheren PatientInnen als „Band aus Licht“ bezeichneten. Die höchste Qualität dieser Verbindung stellt dabei die „lebensspendende NPR“ dar, die außerordentlich ermächtigend für den/die PatientInnen ist. Grundsätze sind demnach:

1. Die NPR ist ein fundamentaler Aspekt professioneller Pflege aus PatientInnen-Perspektive
2. Voraussetzungen für die NPR und das Vertrauen in diese stellen dabei dar:
  - Wahrhaftiges Fürsorge den/die PatientIn als Person
  - Professionelle Weisheit, eine Kombination aus Wissen und Erfahrung
  - Kompetenz, die notwendigen Fertigkeiten im gebotenen Feld
3. Die NPR beinhaltet zwei, ineinander verwobene Prozesse – Entwicklung einer Verbindung, während eine angenehme Distanz aus Respekt beibehalten bleibt
4. Das Bild einer Brücke soll die Offenheit in der Kommunikation und die Verbundenheit in der Begegnung symbolisieren
5. Fünf Phasen können in der Entwicklung der NPR identifiziert werden:
  - Beginnen der Verbindung

- Absetzen der Maske der Anonymität
  - Bestätigen der Verbindung
  - Erreichen eines Levels der Wahrheit
  - Erreichen eines Sinns der Solidarität und wahre Verhandlung von Fürsorge
6. Wenn die NPR lebensspendend sein soll, muss auch die/der professionell Pflegende/r eine lebensspendende Person sein
  7. Die positive Konsequenz einer Pflegenden-PatientInnen-Verbindung kann als Ermächtigung des/r PatientInnen angesehen werden

Eine weltlichere Einteilung von Beziehungen fand Roberts (2018), indem sie Typen beschrieb, die BewohnerInnen in Graden an Positivität beschrieben. Dabei reichten die Beziehungen – zu anderen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen von kontrovers, über zweckmäßig bis hin zu freundschaftlich.

### **Kontroverse Beziehungen**

Manche Beziehungen wurden mittels negativer Interaktionen oder Konflikten beschrieben. Dabei wurden üblicherweise Beziehungen zu ZimmernachbarInnen genannt, im Besonderen, wenn diese unterschiedliche Präferenzen bezüglich täglicher Routinen und Aktivitäten aufwiesen. In Fällen kontroverser Beziehungen mit MitarbeiterInnen blieben die BewohnerInnen sparsam mit Details, gaben jedoch allgemein an, mit MitarbeiterInnen Probleme zu haben, ohne sagen zu können, wie es dazu kam oder was die Ursache wäre. Bei manchen dieser MitarbeiterInnen nahmen die BewohnerInnen eine verzögerte Versorgung wahr.

### **Zweckmäßige Beziehungen**

Im Charakter eher als neutral beschrieben, existieren zweckmäßige – oder auch als funktionell bezeichnete – Beziehungen, die hauptsächlich darauf ausgerichtet sind, Bedürfnisse zu befriedigen. BewohnerInnen erzählen dabei vom Helfen eines/r anderen BewohnerIn, mit dem/r sie keine andere Beziehung oder Verbindung haben, und unterscheiden dabei zwischen einfacher Hilfe (etwa den Fernseher einzuschalten) und dringender Hilfe im Falle eines Notfalls (etwa, wenn ein/e andere/r BewohnerIn vom Rollstuhl rutscht).

Andererseits beschreiben BewohnerInnen auch Beziehungen zu MitarbeiterInnen zuweilen als zweckmäßig aufgrund ihrer Abhängigkeit.

## **Positiv oder freundlich**

Viele der von den BewohnerInnen beschriebenen Beziehungen entstanden als Ergebnis von positiven Interaktionen. Der Begriff "freundlich" wurde von den Bewohnern häufig und zur Beschreibung vieler verschiedene positiver Beziehungen gewählt. Allerdings gab es Nuancen darin, wie "nah" sich die BewohnerInnen mit anderen in verschiedenen Ebenen freundschaftlicher Beziehungen (etwa Bekanntschaften, gelegentliche Freunde, enge Freunde) befinden.

## **Bekanntschaften**

Die BewohnerInnen gaben oft an, dass sie "viele Freunde" haben oder "mit jedem befreundet" sind. Wenn sie jedoch eindringlicher gefragt wurden, beschrieben die BewohnerInnen, was man als Bekanntschaft und nicht als Freundschaft bezeichnen würde. Die BewohnerInnen beschrieben wenig Interaktion mit diesen "Freunden", abgesehen von gelegentlichen Grüßen (etwa auf dem Flur zu winken oder im Vorbeigehen grüßen) und nur eine oberflächliche Vertrautheit miteinander. Die BewohnerInnen beschrieben zum Beispiel, dass sie nur den Namen einer Person kennen oder die allgemeine Lage des Zimmers.

## **Gelegentliche Freundschaften**

Als die BewohnerInnen gefragt wurden, ob irgendwelche Freundschaften wichtiger seien als andere, nannten sie im Allgemeinen eine innerhalb des Pflegeheims. Die BewohnerInnen benutzten die Begriffe „besonders" oder "nett", um diese Person oder Beziehung zu beschreiben. Außerdem sprachen die BewohnerInnen nicht allgemein von Bekannten, sondern nannten diese FreundInnen beim Namen. Die zwanglose Freundschaft war gekennzeichnet durch einen gegenseitigen Austausch von Informationen über die Familie des anderen. Die BewohnerInnen beschrieben auch, dass sie Zeit mit ihren FreundInnen verbringen, um Dinge zu besprechen oder zu tun, die ihnen Spaß machen. Während die Zeit in einer lockeren Freundschaft den BewohnerInnen etwas gab, worauf sie sich freuen konnten, wurden sie nicht mit so intensiven Emotionen oder Bindungen beschrieben wie enge Freundschaften.

## **Enge Freundschaften**

Die BewohnerInnen beschrieben Beziehungen, die "eng" waren, im Allgemeinen mit Bezug auf Personen, mit denen sie bereits ein Leben lang befreundet waren; Freundschaften, die außerhalb der Einrichtung bestanden oder mit Familienmitgliedern wie Ehepartnern und Kindern. Eine enge Freundschaft war sehr bedeutsam, mit großer Emotion beladen und von den

BewohnerInnen als "unersetzlich", "sehr wichtig" oder mit dem Wissen, dass der andere "sich wirklich um sie kümmert" beschrieben. Nur in wenigen Situationen beschrieben die BewohnerInnen eine solche Bindung zu MitbewohnerInnen oder MitarbeiterInnen auf der Ebene einer engen Freundschaft.

### **Gemeinsame Zeit und Erfahrungen**

Die Art und der Umfang des Engagements in gemeinsamer Zeit war auch ein Unterscheidungsmerkmal der verschiedenen Freundschaftstypen. Gemeinsame Erlebnisse wurden in einer Weise beschrieben, die darauf schließen lassen, dass sie die Bindung förderten. Bei der Beschreibung der engsten, lebenslangen Freunde war zum Beispiel eines der Unterscheidungsmerkmale dieser Freundschaft die Art der gemeinsamen Unternehmungen wie Einkaufen, Golf spielen oder Essen gehen. Die Fähigkeit, nur über Dinge zu sprechen, die man getan hat oder gerne getan hätte, reichte nicht aus, um eine tiefe Freundschaft zu pflegen. Andere gemeinsame Erlebnisse, die der Schlüssel zu engen und unersetzlichen Freundschaften waren, bildeten die eines lebensverändernden Ereignisses wie Scheidungen, Kindererziehung oder Todesfälle. In der Folge wurden diese Erfahrungen im Allgemeinen nur mit lebenslangen Freunden außerhalb der Einrichtung geteilt. BewohneInnen, die nicht mehr mit anderen Personen etwas unternehmen konnten, hatten Schwierigkeiten, eine tiefere Ebenen der Freundschaft aufzubauen. Darüber hinaus beschrieben die BewohnerInnen, dass sie keine engen Freundschaften mit Personen (typischerweise MitarbeiterInnen) hätten, mit denen sie nur interagierten, wenn sie ihre Bedürfnisse erfüllt bekamen; BewohnerInnen beschrieben dagegen enge Freundschaften, wenn sie außerhalb der Arbeitszeit Zeit mit den MitarbeiterInnen verbrachten. Zum Beispiel beschrieben die Bewohner, dass sie sich den MitarbeiterInnen nahe fühlten, die mit ihnen eine Tasse Kaffee tranken.

### **Verlassen der Umgebung**

Schließlich könnten verschiedene Ebenen von Freundschaften unterschieden werden durch die Fähigkeit der Beziehung, die Umgebung zu verlassen. Zum Beispiel sprachen die BewohnerInnen in Beschreibungen lebenslanger Freundschaften darüber, dass sie ausgehen, um etwas zu unternehmen. Für Beziehungen innerhalb des Pflegeheims bedeutet dies, dass eine Beziehung auch dann noch fortbesteht oder bestanden hat, wenn der eine oder andere nicht mehr im Heim lebt oder arbeitet. Ein Bewohner beschrieb, dass er sich einem/r MitarbeiterIn nahe fühlte, der/die ihn während seines Krankenhausaufenthaltes besuchte, und ein anderer plante, mit anderen BewohnerInnen und den MitarbeiterInnen per Telefon in Kontakt zu bleiben.

## **Persönliche Gemeinsamkeiten**

Das Finden und Verbinden mit jemandem, der ähnlich ist, beeinflusst positiv und war wesentlich für die Entwicklung von freundschaftlichen Beziehungen. BewohnerInnen, die feststellten, dass ihre Interessen denen einer/s anderen BewohnerIn ähnlich waren, entwickelten natürliche Affinitäten zueinander. Ähnliche BewohnerInnen hatten eine Gesprächsbasis und gemeinsames Wissen oder Erfahrungen, aus denen sie schöpfen konnten; sie taten dies besonders gerne durch das Schwelgen in Erinnerungen. Diese Verbindung konnte mit MitarbeiterInnen zustande kommen, war aber häufiger mit MitbewohnerInnen.

## **Persönlichkeit**

Die Persönlichkeit kann die Entwicklung von freundschaftlichen Beziehungen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. BewohnerInnen, die von Natur aus positiver, extrovertierter, freundlicher oder sozialer waren, konnten leicht Freundschaften mit anderen entwickeln und ergriffen oft die Initiative und suchten sich andere, mit denen sie sich unterhalten können. Allerdings gab es auch BewohnerInnen, die ein mangelndes Interesse an der Entwicklung von Beziehungen hatten und damit zufrieden waren, in ihren Zimmern zu bleiben.

## **Physische Nähe**

Räumliche Nähe kann die Entwicklung freundschaftlicher Beziehungen zu MitbewohnerInnen beeinflussen. BewohnerInnen, die Schwierigkeiten hatten, sich in der Einrichtung selbstständig zu bewegen, hatten die Möglichkeit, bei Aktivitäten wie Mahlzeiten oder in der Freizeit in der Nähe zu sitzen. Aber auch BewohnerInnen, die sich einigermaßen selbstständig in der Einrichtung bewegen konnten (etwa durch Schieben des Rollstuhls mit den Füßen), brauchten einen Treffpunkt, an dem sie in der Nähe anderer sein konnten und die Möglichkeit hatten, sich gegenseitig zu hören (aufgrund der Schwerhörigkeit). Zum Beispiel beschrieben einige BewohnerInnen, dass es eine große Gruppe von Freunden gab, mit denen sie um einen großen runden Tisch in der Lobby saßen. Der Raum ermöglichte ihnen einen Treffpunkt, an dem sie das "Treiben" in der Einrichtung beobachteten, sich austauschten und über gemeinsame Interessen, Familien und aktuelle Ereignisse plauderten. Ein weiterer gemeinsamer Ort, der von den BewohnerInnen als zentral für ihre Freundschaften genannt wurde, war der Tisch im Esszimmer. Dieser Raum war ein Ort, wo sie sich darauf verlassen konnten, andere regelmäßig in einer Umgebung zu treffen, in der sie die Möglichkeit hatten, einige Zeit mit ihren TischnachbarInnen zu kommunizieren. Die räumliche Nähe konnte auch der Entwicklung enger Beziehungen abträglich sein, weil sie Menschen, die sich mögen, auseinander und Menschen,

die sich nicht mögen, nahe beieinander halten kann. Beziehungen, die sich auf körperliche Nähe stützen, können leicht verändert oder unterbrochen werden, wenn der/die BewohnerIn keinen Zugang mehr zu FreundInnen hatte. Zum Beispiel beschrieb eine Bewohnerin eine enge Beziehung zu einer früheren Mitbewohnerin. Nach mehreren Stürzen wurde die Bewohnerin jedoch in ein entfernteres Zimmer verlegt.

### **Kommunikationsfähigkeit**

Die Kommunikationsfähigkeit konnte die Entwicklung freundschaftlicher Beziehungen beeinflussen. Die BewohnerInnen beschrieben, dass es ihnen schwer fiel, freundschaftliche Beziehungen, insbesondere enge Beziehungen, zu anderen BewohnerInnen aufzubauen, die sie als unfähig wahrnehmen, effektiv zu kommunizieren. BewohnerInnen, die nach einem Schlaganfall an Aphasie litten oder schwerhörig waren, wurden als schwierig beschrieben, mit ihnen in Kontakt zu treten. Die BewohnerInnen fanden es auch schwierig, mit MitbewohnerInnen mit Demenz Kontakt aufzubauen. BewohnerInnen mit Kommunikationsproblemen wurden als unfähig beschrieben, einer Unterhaltung zu folgen oder über aktuelle Ereignisse auf dem Laufenden zu bleiben, was die Interaktion unangenehm machte. Ohne die Fähigkeit, einer Konversation zu folgen, wurden BewohnerInnen mit Demenz oder anderen Kommunikationsschwierigkeiten oft nicht für Beziehungen gesucht oder ganz gemieden.

Schulze (2013) plädiert bei BewohnerInnen mit Demenz für eine separate, um nicht zu sagen in gewisser Weise abgespaltene Betreuung. Toleranz kann von nicht dementen BewohnerInnen nur in den seltensten Fällen – wenn überhaupt – aufgebracht werden, da sie sich durch den übermäßigen Drang nach Bewegung, als auch durch beispielsweise die bei BewohnerInnen mit Demenz häufig auftretende, ungewöhnliche Tag-Nacht-Umkehr äußerst gestört fühlen können. BewohnerInnen, die weitgehend oder völlig geistig gesund sind, agieren daraufhin mit Abwendung und Ausgrenzung. Sohin mit einem Muster, das die Bedeutung gesellschaftlicher Normen und eine für selbstverständlich gehaltene Normalität unterstreicht, während es gerade jene Menschen mit einer Erkrankung ausgrenzt, die diese gewünschten Normen – auch wenn dies unbeabsichtigt passiert – unterläuft. Was jedoch mit dieser Ausgrenzung geschehen mag und was dies für Menschen mit Demenz bedeuten kann, zeigt einen großen Riss zwischen sich nicht an Normen halten können und einem wie auch immer gearteten Ausdruck des Wunsches nach Nähe. Dennoch, vor der unglücklichen Tendenz, sich von den Erkrankten abzuwenden, sind wohl auch die jeweiligen Angehörigen betroffen. Hoffnung scheint es dafür zu geben, diesen Menschen gemeinschaftliche Formen des Wohnens nahezu legen oder zumindest

anzubieten, soweit sie dazu in der Lage sind abzuschätzen, ob dies – verglichen mit herkömmlichen Formen pflegerischer und auch sonstiger Versorgung (mobile Dienste für Zuhause oder eben die Versorgung in der stationären Pflege) geeigneter wäre, ihnen jene Partizipation im gesellschaftlichen Leben möglich werden zu lassen, nach der sie sich zweifellos genauso wie andere sehnen. Die sogenannten „herausfordernden Verhaltensweisen“ führen daher zur Überführung in eine separate Versorgung, da trotz dieser abweichenden Formen gesellschaftlichen Verhaltens sozusagen eine gewisse Validierung ihres Seins. Leichter durchsetzbar ist der Ansatz einer separaten Versorgung im Rahmen kleinerer Konzepte, etwa einer Wohngemeinschaft, die nicht per se Menschen ohne Demenz in ihrem Auftrag nach Betreuung ablehnen muss. Dennoch, Schulze (2013) meint, man könne davon ausgehen, dass unter jenen separierten, in ihren Krankheitsbildern möglicherweise homogen ausgestatteten BewohnerInnen die Toleranz herrscht, die ihnen in einem heterogenen Setting – also mit Menschen ohne Demenz – verwehrt bleiben würde.

### **Bedingungen, die die Entwicklung freundschaftlicher Beziehungen zum Personal beeinflussen**

Die Abhängigkeit von MitarbeiterInnen für viele tägliche Bedürfnisse (Roberts, 2018) brachte einige einzigartige Elemente für die Entwicklung von freundschaftlichen Beziehungen. Bestimmte Handlungen der MitarbeiterInnen können die Entwicklung freundschaftlicher Beziehungen beeinflussen. Die BewohnerInnen beschrieben eher, dass sie freundschaftliche Beziehungen zu MitarbeiterInnen hätten, die ihnen ein gutes Gefühl gaben, wenn sie Hilfe brauchten, ihnen Dinge brachten, die sie sich wünschten, Zeit außerhalb der Pflege-Zeit mit ihnen verbrachten und sie in besonderer Weise anerkannten.

### **Komfort**

Die BewohnerInnen beschrieben im Allgemeinen die Unterstützung bei der Pflege als unangenehm. Wenn die MitarbeiterInnen auf die Bedürfnisse der BewohnerInnen zeitnah und positiv reagierten, fühlten sich die BewohnerInnen wohler, was eine grundlegende Basis für eine freundschaftliche Beziehung ist.

### **Kleine Extras**

Die BewohnerInnen beschrieben auch, dass sie freundschaftliche Beziehungen zu MitarbeiterInnen haben, die ihnen Dinge oder Unterstützung gaben, die sie zusätzlich brauchten. Zum Beispiel brachte eine Mitarbeiterin die Lieblingsfilme einer Bewohnerin aus ihrer eigenen Sammlung zum Anschauen mit. Eine andere Bewohnerin beschrieb ihre

Lieblingskrankenschwester als jemanden, der ihr Essen brachte, das sie mochte und um das sie nicht gebeten hatte.

### **Zeit verbringen**

Wenn BewohnerInnen eine/n MitarbeiterIn als etwas Besonderes bezeichneten, beschrieben sie oft, wie diese/r MitarbeiterIn Zeit mit ihnen verbrachte, Zeit, die nicht direkt der Pflege oder der Erfüllung von Bedürfnissen gewidmet war.

### **Besonders sein**

Schließlich beschrieben die BewohnerInnen freundschaftliche Beziehungen mit MitarbeiterInnen, dass sie als etwas Besonderes oder Einzigartiges erkannt haben. Die BewohnerInnen schätzten zum Beispiel den Einsatz von spezifischem und individuellem Humor. Einige BewohnerInnen beschrieben auch dass sie es genossen, einzigartige Spitznamen zu haben. Eine Bewohnerin erzählte, wie sehr sie ihren Spitznamen und die Spitznamen der anderen mochte, die sie zu einer besonderen "Crew" machten und es ihr half, einen bestimmten Mitarbeiter zu erkennen von den vielen, an die sie sich nicht erinnern konnte, und gab ihr das Gefühl, dass man sich an sie erinnerte.

### **Professionelle Grenzen**

Nicht alle BewohnerInnen wünschten sich enge Beziehungen zu den MitarbeiterInnen. Einige BewohnerInnen beschrieben, wie wichtig es ist, professionelle Grenzen zu den MitarbeiterInnen einzuhalten, da sie der Meinung waren, dass dies der beste Weg sei, um eine qualitativ hochwertige Pflege zu erhalten. Diese BewohnerInnen investierten Energie darin, enge Beziehungen zu vermeiden. Wenn die MitarbeiterInnen Strategien zum Beziehungsaufbau mit diesen BewohnerInnen anwendete, beschrieben die BewohnerInnen, dass sie professionelle Grenzen setzen, indem sie vorsichtig auf eine Art und Weise reagieren, die die MitarbeiterInnen nicht verärgern, aber auch nicht den Eindruck erwecken, dass sie an einem persönlichen Austausch mit ihnen interessiert seien (Roberts, 2018).

Nach Nakrem (2011) gab es für BewohnerInnen einen Balanceakt zwischen dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten und dem Bedürfnis, allein zu sein. Die BewohnerInnen hatten viel Kontakt mit einer Vielzahl von MitarbeiterInnen. Jemanden zu haben, mit dem man tagsüber reden kann, wurde als wichtig für die Lebensqualität angesehen. Die meisten BewohnerInnen betonten eine enge Beziehung zu den professionell Pflegenden als einen wichtigen Faktor für einen guten Tag. Nur wenige nannten jedoch eine bestimmte Pflegekraft als besonders

hervorgehoben und das Pflegepersonal wurde von den meisten Bewohner als "alle gleich" gesehen. Viele der BewohnerInnen hatten jedoch das Gefühl, dass das Personal sich wirklich um sie auf einer persönlichen Ebene kümmerte, was sie durch gelegentliche Umarmungen oder gelegentliche, freundliche Worte zeigten. Ein gutes Gespräch wurde als eines angesehen, das eine gute Atmosphäre aufweisen konnte, in der die Pflegekraft sowohl über ihr Leben als auch über die Interessen des/r BewohnerIn sprechen konnte. Dieser wechselseitige Austausch stärkte bei den BewohnerInnen das Gefühl der Zugehörigkeit. Manchmal saß das Personal in den Kaffeepausen im gemeinsamen Wohnzimmer und führte Gespräche mit den BewohnerInnen. Dies wurde sehr geschätzt und motivierte sie zum Mitmachen. Auch wenn die meisten BewohnerInnen das Gefühl hatten, eine gute Beziehung zu den Pflegekräften zu haben, waren einige BewohnerInnen skeptisch über das, was die Beziehung ihnen bieten könnte. Manche erwähnten, dass die MitarbeiterInnen zu jung seien, um ältere Menschen zu verstehen und äußerten, dass die jungen Pflegekräfte Interessen hätten, die sie nicht interessieren. Außerdem war die einzige Zeit, in der sie die Möglichkeit hatten, ausführlich zu sprechen, während der morgendlichen Pflege, die oft von Eile geprägt war. So hatten die Bewohner das Gefühl, dass die MitarbeiterInnen das Bedürfnis nach einer engen Beziehung nicht so erfüllen konnte, wie es Freunde oder Familie können. Die BewohnerInnen hatten individuelle Bedürfnisse bezüglich enger Beziehungen in der Pflegeheimgemeinschaft; je nachdem, wie viel Kontakt sie zu ihrer Familie hatten und wie sozial aktiv sie vor dem Einzug in das Pflegeheim waren. Die Balance zwischen dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten und dem Bedürfnis nach Zeit für sich selbst wurde von den BewohnerInnen selbst hergestellt, indem sie selbst entschieden, wie viel Zeit sie in den Gemeinschaftsräumen und ihren privaten Zimmern verbrachten. Allerdings ist eine Ambiguität im psychosozialen Wohlbefinden vorhanden, da sie sagten, dass sie ihr früheres soziales Umfeld vermissen und dass ein solches im Pflegeheim nicht gefunden werden konnte. Es war schwierig, jemanden zu finden, der ähnliche Interessen hatte, und es war problematisch, eine Beziehung zu BewohnerInnen mit kognitiven Defiziten oder schweren Behinderungen herzustellen. Eine Bewohnerin äußerte das Gefühl, aus der Gemeinschaft des Pflegeheims ausgeschlossen zu sein und sagte, dass es „Cliques“ von BewohnerInnen gäbe, die nicht mit ihr reden wollten. Die BewohnerInnen, die sich bemühten, eine angenehme Gemeinschaft zu schaffen, indem sie Zeit in den Gemeinschaftsräumen verbrachten, versuchten, die Vielfalt der anderen BewohnerInnen zu akzeptieren und mit allen zu plaudern (Nakrem, 2011).

Nach Roberts (2015) entwickelten BewohnerInnen auf eine bestimmte Weise ihre Beziehungen zu MitarbeiterInnen und anderen BewohnerInnen. Sie entwickelten Beziehungen weitgehend als unbeabsichtigte Folge des Versuchs, ein Leben in der institutionellen Pflege zu führen. Ein

Leben zu haben, war ein zweistufiger Prozess. Zunächst beeinflussten die Lebensmotivationen (Selbst sein und eine positive Atmosphäre schaffen) die Präferenzen der BewohnerInnen für tägliche Aktivitäten und Interaktionsziele und in der Folge ihre Strategien, um beides zu erreichen und zu etablieren. Zweitens die Strategien, die die BewohnerInnen zur Erreichung ihrer benötigten täglichen Aktivitäten (Zeitvertreib und Bedürfnisbefriedigung) benutzten und die Interaktionsziele, die die anschließende Natur der Interaktion und die Reaktionsfähigkeit der MitarbeiterInnen oder BewohnerInnen beeinflussten. Die BewohnerInnen definierten Beziehungen als freundlich oder unfreundlich, je nachdem, ob MitarbeiterInnen oder andere BewohnerInnen positiv oder negativ reagierten. Es gab beträchtliche Überschneidungen in der Art und Weise, wie sich die Beziehungen entwickelten, und die Ergebnisse unterstreichen die Rolle der Reaktionsfähigkeit der MitarbeiterInnen und der BewohnerInnen bei der Entwicklung von Beziehungen.

Personenzentrierte Pflege ist dabei ein oft zitiertes, aber schlecht definiertes Konzept, das dennoch einen erheblichen Einfluss auf die Politik, die Praxis und die akademische Literatur, insbesondere in der Pflege, ausgeübt hat (McCormack, 2004 in Nolan, 2004). In der Tat kamen Nay et al. (2000) in Nolan (2004) nach einer Betrachtung globaler Trends in der "Altenpflege" zu dem Schluss, dass Begriffe wie "Klientenzentriertheit" zum Schlagwort für die Qualität der Pflege im einundzwanzigsten Jahrhundert werden würden. Patienten-", "Klienten-" oder "personenzentrierte" Pflege spiegeln das Aufkommen neuer Ansätze für die Arbeit mit älteren Menschen in einer Reihe von Pflegeumgebungen wider, einschließlich Langzeitpflege (Henderson & Vesperi, 1995 in Nolan, 2004). Doch einige haben begonnen, daran zu zweifeln, ob personenzentrierte Pflege tatsächlich erreicht werden kann, und in Frage gestellt, ob sie nicht einfach ein evangelisches Ideal ist (Packer, 2000 in Nolan, 2004). Das 'Senses Framework' (Nolan, 1997; Davies et al., 1999; Nolan et al., 2001, 2002 in Nolan, 2004) erfasst die subjektiven und wahrnehmungsbezogenen Dimensionen von Pflegebeziehungen und reflektiert sowohl die involvierten interpersonellen Prozesse als auch die intrapersonellen Erfahrungen des Gebens und Empfangens von Pflege. Das "Framework" wird durch die Überzeugung untermauert, dass alle an der Pflege beteiligten Parteien (die ältere Person, pflegende Angehörige und bezahlte oder ehrenamtliche Pflegekräfte) Beziehungen erleben sollten, die folgende Gefühle vermitteln:

- Sicherheit - sich innerhalb von Beziehungen sicher zu fühlen
- Zugehörigkeit - sich als "Teil" der Dinge zu fühlen
- Kontinuität - um Verbindungen und Beständigkeit zu erleben

- Zweck - ein persönlich wertvolles Ziel oder Ziele zu haben
- Erreichen - Fortschritte in Richtung eines gewünschten Ziels oder von Zielen machen
- Bedeutung - das Gefühl haben, dass "man" wichtig ist (Nolan, 2004)

## 2.2 Großeltern

Verbunden mit dem Begriff der personenzentrierten Pflege ist auch der Begriff der Familie. Ein enger Familienbegriff wird jedoch bei unterschiedlichen Lebensformen - wie Stieffamilien, Patchworkfamilien und anderen - in Frage gestellt. Dabei ist eher weniger eine Reduzierung der verwandtschaftlichen Beziehungen Kennzeichen neuerer Familienbegriffe, sondern ein Funktionswandel derselben (Heidebrink, 2009). Werth (2020) schreibt dabei eher von Verwandtschaftsbeziehungen, wobei Familienbeziehungen eine große Rolle spielen. Durch die steigende Lebenserwartung nimmt dabei die Zahl der Familien, die drei oder gar vier Generationen umfasst, immer mehr zu (Roberto und Stroes, 1992, in Werth, 2020). Dabei lösen mittlerweile verschiedene Beziehungskonzepte die klaren Rollenverteilungen früherer Generationen ab. In der Literatur findet sich zwar oft die Bezugnahme zur "Rolle" der Großeltern, die Begriffe der "sozialen Beziehung" und "Rollen" sollen jedoch im Hinblick auf die Ergebnisse dieser Arbeit reflektiert werden, da der/diejenige, der/die mit der "Rolle", die an ihn/sie herangetragen wird, konfrontiert ist, sie ausfüllt, mehr oder weniger erfüllt, daran scheitert oder auch in einen "Rollenkonflikt" geraten kann, ausgelöst durch den Konflikt unterschiedlicher, zu erfüllender Rollen (Werth, 2020).

Während manche Großeltern aktiv an der Sozialisierung der Eltern beteiligt sind, haben andere ein mehr distanziertes und formelles Verhältnis. Hierbei wird deren Verhältnis durch eine Vielzahl an individuellen und situationsspezifischen Faktoren beeinflusst, beispielsweise dem Alter, der räumlichen Distanz und dem Verhältnis der Großeltern zu den Eltern (Roberto und Stroes, 1992, in Werth, 2020). Wenn Eltern dabei nur relativ wenig Kontakt zulassen, haben die Großeltern kaum Einflussmöglichkeiten. Generell ist die Beziehung zwischen Enkeln und Großmüttern mütterlicherseits am engsten (Hartshorne und Manaster, 1983, in Werth, 2020). Verwandtschaftsbeziehungen sind generell, obwohl wenig festgelegt, vielfach sehr eng und wichtig. Am konsistentesten ist dies eben für Beziehungen zu den Großeltern der Fall (Werth, 2020). Als wichtiger Teil des Familienlebenszyklus, gibt es eine Übereinstimmung darin, daß Großeltern und Enkelkinder oft interagieren und dazu tendieren, sich emotional nah zu sein und beidseitig befriedigende Beziehungen unterhalten (Smith and Drew 2002 in Silverstein, 2007). Die Rolle der Großeltern variiert dabei von einer unterstützenden Elternschaft bis dahin, ein

wenig mehr als ein Fremder für die Enkelkinder zu sein, was es schwer macht, die Rolle überhaupt zu generalisieren (Cherlin and Furstenberg, 1986 in Marengo, 2001). Da allgemein wenig darüber bekannt ist, ist es schwierig, die multidimensionale und fluide Natur der komplexen Rolle der Großeltern in der Familie zu verstehen. Dies wird noch dadurch verstärkt, daß Großeltern ihre Enkelkinder durch höher erreichtes Lebensalter länger begleiten und sie deren Erwachsenwerden und sogar mittleres Alter miterleben (Marengo, 2001), was sich in einer Veränderung der Auslebung der Rolle im Verlauf des Großelternlebens niederschlägt. Wie Marengo (2001) herausgearbeitet hat, erhalten Großeltern eine höhere symbolische Belohnung ihrer Großelternschaft, wenn die Enkelkinder jünger sind, während sie eher als Vertraute/r fungieren, wenn sie schon älter sind. Ranst (1995) fasste in diesem Zusammenhang folgende Dimensionen zusammen, die im Sinne einer Rollenzuschreibung für Enkel wichtig sind:

- Quelle als Verbündete
- Quelle der Zuneigung und emotionaler Unterstützung
- Quelle der Anerkennung
- Quelle finanzieller Unterstützung
- Verbindung zur Vergangenheit
- Verbindung zum Älterwerden
- MentorIn und Rollenmodell
- Verbindungsglied zwischen Familienmitgliedern
- MediatorIn zwischen Heranwachsenden und Eltern
- Unterstützende Versorgung (Ranst, 1995)

Indirekt kann generell auf die Wichtigkeit dieser Rolle geschlossen werden, indem die Auswirkungen des Verlustes sichtbar werden. Drew (2000 in Silverstein, 2007) hat eine ganze Reihe negativer Konsequenzen herausgearbeitet, die mit dem Verlust des Kontaktes zum Enkelkind einhergehen. Chronische Niedergeschlagenheit, Symptome eines Posttraumatischen Stresssymptoms, kognitive Intrusion, mentale Gesundheitsprobleme, herabgesetzte Lebenszufriedenheit und Depression. Diese Großeltern sehnen sich nach einer Reunion mit ihren Geliebten, leiden nicht nur unter dem Verlust des Enkelkindes, sondern auch unter dem Verlust ihrer Rolle (Kivnick, 1982 and Drew, 2000 in Silverstein, 2007).

## 2.3 Resümee

Veränderungen im sozialen Gefüge von BewohnerInnen finden zwar offensichtlich statt, werden jedoch nur punktuell aufgegriffen, wobei auch implizit festgestellt wird, dass es notwendig wäre, sich die Veränderungen im sozialen Gefüge, die durch den Eintritt in die institutionelle Pflege entstehen, genauer anzusehen, um daraus - und das wird unter anderem explizit erwähnt - institutionelle Möglichkeiten zur Förderung positiver Beziehungen zu identifizieren oder etwa Bedingungen für die Entwicklung von Beziehungen zu MitarbeiterInnen abzuleiten, die per se eine enge und wichtige sei. So fühlen sich etwa Angehörige durch das Gefühl des „Eingeladenseins“ durch die professionelle Pflege, die BewohnerInnen zu besuchen, Erleichterung in der Pflege, die sie selbst leisten. (Westin, 2009). Und Langzeit-Perspektiven über Pflege-PatientIn-Beziehungen würde es der professionellen Pflege erlauben, ihr Wissen über die Praxis in einem turbulenten Gesundheits-Umfeld zu erweitern (Hagerty, 2003).

Eine Besonderheit der Veränderung des sozialen Gefüges von BewohnerInnen mag auch darin bestehen, dass einzelne AkteurInnen und Umstände sich gegenseitig beeinflussen. Immerhin konstatiert Drageset (2004), dass künftig danach geforscht werden sollte, welchen Einfluss soziale Netzwerke in der institutionellen Pflege auf die Qualität von Beziehungen haben. Gutheil (2008) bestätigt, dass es weiters hilfreich wäre, BewohnerInnen ohne Freunde in der institutionellen Pflege andere Wege zu identifizieren, um mit dem Leben darin zu recht zu kommen. Retsinas (1985) fügt ihren Erläuterungen hinzu, dass ein Eintritt in die institutionelle Pflege, verbunden mit dem "Entzug aus der größeren Welt draußen", möglicherweise BewohnerInnen dazu befähigt, eine neue soziale Welt zu betreten. Ohne weitere konkrete Anmerkungen bemerkt Casey (2015), dass Anbieter institutioneller Pflege auf die soziale Umgebung acht nehmen und mit den BewohnerInnen über soziale Erfahrungen und Erwartungen reden sollten. Ähnlich meint Nakrem (2011), dass die Qualität von institutioneller Pflege nur verstanden werden kann, wenn der Blickwinkel der BewohnerInnen und von Beziehungen mit einbezogen wird. Weiters sollten institutionelle Möglichkeiten für die Entwicklung positiver Beziehungen ausgeschöpft werden. Zusätzlich bemerkte Roberts (2015), dass es zwar Forschung dazu gäbe, wie MitarbeiterInnen der institutionellen Pflege Beziehungen zu BewohnerInnen aufbauen, aber relativ wenig darüber, wie die BewohnerInnen ihre Beziehungen entwickeln und wie dieser Prozess direkt unterstützt werden kann. Auch Bitzan (1990) unterstreicht die Wichtigkeit für BewohnerInnen innerhalb und außerhalb der Institution Beziehungen zu unterhalten, plädiert jedoch auch gleichzeitig für mehr Forschung

im Gebiet der Beziehungen, die BewohnerInnen mit MitarbeiterInnen eingehen, da diese oftmals als enge Beziehungen deklariert würden. Casey (2015) fordert ebenfalls eine Verbesserung der Erfahrung sozialer Beziehungen von BewohnerInnen, da diese untereinander kaum Freundschaften pflegen würden. Cook (2010) meint, dass - nicht zuletzt - an Praktiken gearbeitet werden sollte, um Barrieren sozialen Engagements zwischen BewohnerInnen und MitarbeiterInnen entgegenwirken zu können.

Letztendlich geht es aber dennoch darum zu verstehen, wie sich das soziale Gefüge verändert, beziehungsweise bewegt, besonders mit dem Eintritt in die institutionelle Pflege, da dieser als besonders markantes Erlebnis vonstatten geht. Ausgehend von der Prämisse eines äußerst dynamischen Prozesses mit sich beeinflussenden AkteurInnen und Gegebenheiten, sollte diesem besonders Rechnung getragen werden. Dass Davies (2004) davon schreibt, dass der „Neubeginn“ unterstützter, familiärer Pflege im Kontext der institutionellen Pflege das Potential hat, familiäre Beziehungen zu bereichern, als auch dass mehr darüber verstanden werden sollte, inwiefern der Übergang in die institutionelle Pflege Veränderungen im Leben vieler Personen hervorruft (Davies, 2003), zeigt nur weiteren Bedarf einer Klärung von komplexen Interaktionen auf.

Ein besonderes Augenmerk wird in dieser Arbeit auf die Beziehung der BewohnerInnen zu den Enkelkindern gelegt, deren "Rolle" - so sie nicht einem semantischen Wandel zu Beziehungskontexten unterworfen ist - nicht nur durch die gesteigerte Lebenserwartung einem stetigen Wandel unterzogen ist, sondern auch über weitere Mitglieder des sozialen Gefüges definiert wird. Wichtig ist daher auch, sich die Veränderung dieser Beziehung oder Rolle im Kontext von Krankheit und Unterbringung in die institutionelle Pflege anzusehen. Marengo (2001) merkt an, dass die höhere Lebenserwartung von Großeltern zu einer Veränderung der Rolle führt, die nicht in allen Lebenslagen bekannt ist. Zudem käme es prinzipiell auf das Verhältnis zwischen Großeltern und deren Kinder an, ob ein Zugang zu den Enkelkindern gewährleistet ist. Das würde zeigen, dass es mehrerer Mitglieder eines sozialen Gefüges bedürfe, um sich über die komplexe Rolle der Großeltern klarer zu werden. Stelle (2010) konstatierte, dass Untergruppen von Großeltern, die nicht in ihrer Forschung auftauchten, ebenfalls Beachtung geschenkt werden sollte. Diese umfassten Großeltern mit ernster und permanenter, geistiger Krankheit und solche, die in der institutionellen Pflege untergebracht seien. Die Wichtigkeit unterstrich sie damit, dass diese Untergruppen, auch wenn sie nicht der Forschung zugänglich seien, dennoch in der Anzahl wachsen würden.

## 2.4 Forschungsziel

Das Forschungsziel besteht daher darin, zu erklären, wie sich das soziale Gefüge von BewohnerInnen bei Eintritt in die institutionelle Pflege verändert unter dem besonderen Gesichtspunkt der Gestaltung der Beziehung zu den Enkelkindern.

Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, diese Veränderungen besser zu verstehen und es auf diesem Weg möglich machen, BewohnerInnen dabei zu unterstützen, alte Beziehungen aufrechtzuerhalten und neue einzugehen.

## 3 Methodik

Der sogenannte qualitative Forschungsansatz schien für diese Studie stimmig zu sein, da hierbei laut Mayer (2007) das Geschehen aus dem Blickwinkel der Teilnehmenden exploriert wird, um dieses Geschehen an sich zu verstehen, als auch den Sinn, den es für die Teilnehmenden hat. Die Realität sollte anhand wissenschaftlicher Methoden beschrieben und erklärt werden und dem jeweiligen Handlungsfeld zu Diensten sein. Da das Geschehen – oder auch Phänomen – nur so weit beschreib- und erklärbar ist, soweit natürlich begrenzte, sprachliche Möglichkeiten dessen Erläuterung nicht im Wege stehen, wird die Wissenschaft selbst ihre Abbildungen nur unzureichend – bestenfalls nahe, aber eben nicht vollständig – zu entwerfen imstande sein. Der Versuch des Naheverhältnisses zur nicht vollständig abbildbaren Realität bleibt dennoch das Anliegen der wissenschaftlichen Herangehensweise, die einerseits einer Abstraktion der Realität für die Objektivierung unterworfen ist und andererseits angewiesen ist auf das Subjektive des Geschehens, das sie abbilden, erklären oder verstehen will. Nichtsdestotrotz behält sich die Subjektivität einen Anspruch auf wirkliche und echte Validität vor (Speck 2008 in Brandeis, 2012). Die Realität sozialen Handelns sollte nicht schwinden, da die Exploration von bestimmten Lebenswelten essentiell ist. Es sollte eben nicht für den Alltagsgebrauch untaugliches, von der Umwelt abgeschottetes Wissen generiert werden, sondern die konstruierte Wirklichkeit der mit dem jeweiligen Phänomen erfahrenen Personen erklärt werden (Speck 2008 in Brandeis, 2012). Die Beschreibung dieser konstruierten Wirklichkeit ist die gemeinsame Aufgabe unterschiedlicher Methoden und Theorien in qualitativer Forschung. (Flick 2000 in Brandeis, 2012). Die geteilte Aufgabe reicht jedoch alleine nicht aus, um das Wesen qualitativer Sozialforschung zu explorieren, weshalb Mayring (2002) in Brandeis (2012) dreizehn Säulen qualitativen Denkens erläutert, woraus gewisse Normen der Güte in der qualitativen Forschung gefolgert werden können:

- Einzelfallbezogenheit: Obwohl die Wissenschaft um Allgemeines bemüht ist, müssen die Teilnehmenden Ursprung und Ziel der Forschung sein und dürfen – besonders im Hinblick auf Methode und theoretische Bedingungen – nicht vernachlässigt werden.
- Offenheit: Sollte das zu untersuchende Objekt dies notwendig machen, müssen neue Fassungen und Ausbesserungen immer im Bereich des Möglichen liegen. Diesem Gedanken liegt das Prinzip der Offenheit zugrunde.
- Methodenkontrolle: Der Forschungsablauf muss auch für andere nachvollziehbar sein und regelgeleitet funktionieren.
- Vorverständnis: Eine Deutung des Materials ist immer auch vom Vorwissen und den Erfahrungen der Forschenden beeinflusst. Dieses Vorwissen und die entsprechenden Überlegungen dazu machen eine Offenlegung umso notwendiger.
- Introspektion: Material aus Beobachtungen sind als Datenquelle geeignet, aber nur, sofern dies seine berechtigten Gründe und muss stets einer sorgfältigen Überprüfung unterzogen werden.
- Forscher-Gegenstands-Interaktion: Dass sich das zu erforschende Objekt – oder auch das Phänomen – mit der Interaktion von Forschendem und Subjekt verändern kann, ist Teil der Forschung und wird als begleitender Ablauf verstanden.
- Ganzheit: Eine Separierung des Forschungsgegenstands in Einzelteile mag durchaus angezeigt sein, benötigt jedoch immer die Einbettung in ein ganzheitliches Bild, das gedeutet und ausgebessert werden kann.
- Historizität: Forschungsgegenstände müssen immer im historisch konstituierten Kontext gedeutet werden.
- Problemorientierung: Es sollte immer von praktischen Problemen ausgegangen werden im Umfeld des zu erforschenden Phänomens, auf das die Ergebnisse referenziert werden.
- Argumentative Verallgemeinerung: Eine Verallgemeinerung generiert sich nicht selbstständig aus einer Methode oder einem Vorgehen. Sie muss gerechtfertigt sein.
- Induktion: Ideen über mögliche Verflechtungen des Gegenstandes werden aus Beobachtungen generiert und müssen geprüft sein.
- Regelbegriff: Gesetze, die allgemein gültig sind, werden in der Sozialforschung nicht generiert. Stattdessen generiert man ein Regelwerk, das mit dem Kontext verknüpft ist
- Quantifizierbarkeit: In qualitativer Forschung werden Einheiten generiert, an denen quantitative Analyseschritte ansetzen können. Die qualitative Theoriebildung ist dabei

die Voraussetzung, um Daten quantifizieren oder auch verallgemeinern zu können (Mayring 2000 in Brandeis, 2012).

Diese Säulen stellen somit gewissermaßen die Grundlage für qualitative Forschung dar. Ursprung des gesammelten Materials sind deshalb von Menschen Gesagtes, Geschriebenes oder auch das beobachtete Verhalten. Im Mittelpunkt steht somit die Subjektivität des Individuums, da hierdurch der Menschen verstanden werden soll in seinem Denken und auch Tun. Als dynamischer Prozess eignet sich die qualitative Forschung ausgezeichnet für Gebiete, die nicht oder wenig exploriert sind, wobei stets darauf geachtet werden muss, die angewandten Methoden begründet und für andere verständlich auszuführen (Atteslander 2010 in Brandeis, 2012). Nach Atteslander (2010 in Brandeis, 2012) versteht man die sogenannte empirische Sozialforschung deshalb auch als nach System erfassende und deutende Disziplin von Phänomenen im sozialen Umfeld (Atteslander 2010 in Brandeis, 2012). Das Objekt – in diesem Fall eben der Mensch – und dessen Umwelt, sowie seine Subjektivität sollen verstanden werden (Lamnek 1988 in Brandeis, 2012). Mayring (2002 in Brandeis, 2012) merkt jedoch auch an, dass das Subjekt als Mittelpunkt des Interesses qualitativer Sozialforschung oft aus dem Blickfeld gerate, was die Deutlichkeit der Forderung künftiger regelgeleiteter, mit Subjektivität als Ziel ausgerichteter Forschung noch zusätzlich betont.

### 3.1 Gütekriterien qualitativer Forschung

Eine bestimmte Perspektive auf passende Kriterien von Güte möchte die alleinige Aquirierung ebendieser aus der quantitativen Forschung, die sich mit objektiven, validen und reliablen Methoden zufrieden gibt, abwehren und forderte die sogenannte doppelte Gegenstandsangemessenheit. Diese zielt darauf ab, dass nicht nur das Vorgehen begründet und passend gewählt werden sollte, sondern eben noch zusätzlich, dass die Kriterien für ein Bewerten dem angewandten Vorgehen angepasst sein müssen (Flick 1987 in Grunenberg, 2001).

Hieraus folgt, eigene, den qualitativen Methoden gerechte Gütekriterien zu generieren. Grunenberg (2001) merkt jedoch an, dass die doppelte Angemessenheit des Gegenstandes als schlichte Separation qualitativer Methoden gelesen werden könnte, da kein Untersuchungsgegenstand, gefolgt von dem gewählten Verfahren, dem anderen gleiche. Aber auch wenn qualitative Forschung zielgerichtet ist, würde diese Lesart vermissen lassen, dass die Verfahrensmöglichkeiten qualitativer Forschung schwer zu definierende Grenzen aufweisen. Damit jedoch die Kriterien der Güte nicht nur auf ein Phänomen beschränkt bleiben,

müsse der Level zur Beurteilung höher angelegt werden, der sich nach allgemeinen Kennzeichen qualitativer Forschung richte. Allgemeine Merkmale, so Grunenberg (2001), sollten erst eine Beurteilung möglich machen. In dieser Arbeit richtet sich der Autor jedoch nach den dreizehn Säulen, wie weiter oben beschrieben, um die Forderung nach Nachvollziehbarkeit zu erfüllen.

### 3.2 Methode zur Datenerhebung

Da es sich bei der Fragestellung um prozessuale Vorgänge handelt, bei denen das Subjekt beteiligt ist oder war und die vom Subjekt aus seiner Sichtweise erzählt werden, scheint hier das narrative Interview angezeigt zu sein. Nachdem erzählt werden soll, wie sich die Beziehung zu den Enkelkindern verändert hat bzw. welchen Einfluss das Leben in einem Pflegeheim darauf nimmt, geht es hier sehr wohl um Transformationsprozesse, die als Ereigniskette präsentiert werden können. Wichtig ist es, die Erzählaufforderung als Initialisierung des Interviews mit einem bestimmten temporären Abschnitt oder Aspekt der Lebensgeschichte zu gestalten, beispielsweise der Aufforderung, über den Eintritt in das Pflegeheim unter dem Aspekt der Beziehung zu den Enkelkindern zu berichten. Danach erfolgt die Hauptidee mit den Wertzuschreibungen und Plausibilisierungen des Subjektes, die nicht unterbrochen werden dürfen. Danach folgen der Nachfrageteil und die Bilanzierungsphase (Misoch, 2015).

Andererseits käme auch das problemzentrierte Interview als Methode in Frage, da sein narrativer Anteil durch erlaubtes Nachfragen der/m ForscherIn die Gelegenheit bietet, die Erhebung zu fokussieren. Da jedoch induktive und deduktive Prozesse kombiniert werden, dies eine hohe Kompetenz des/r ForscherIn verlangt und die methodologische Definition zum Teil diffus und vage bleibt, soll hiervon Abstand genommen werden (Misoch, 2015).

Misoch (2015) räumt hingegen allgemein ein, daß sich Befragte zu Themen ausführlich äußern, die nicht im Fokus des Erkenntnisinteresses stehen. Sie empfiehlt, den/die Interviewte/n sanft wieder auf die eigentliche Forschungsfrage zurückzuführen. Explizit gäbe es beim narrativen Interview noch die Möglichkeit, den im Anschluss an das Interview folgenden Nachfrageteil dazu zu nutzen, exmanente Inhalte, die nicht vorher in der Narration genannt wurden, von denen aber angenommen wird, daß sie relevant sein, könnten, aufzugreifen. In diesem Sinn wurde sich für diese Arbeit für das narrative Interview entschieden.

### 3.3 Leitfadenerstellung und Transkription

Die Erstellung des Interviewleitfadens erfolgte in Anlehnung an die SPSS Methode zur Leitfadenerstellung nach Helfferich (2011), der die Formulierung von Fragen eines Leitfadens in folgende Schritte unterteilt:

- Sammeln möglichst vieler Fragen
- Prüfen: Durcharbeiten gesammelter Fragen unter dem Blickwinkel von Vorwissen und Offenheit mit dem Ziel von Reduzierung, sowie Strukturierung
- Ordnen verbleibender Fragen nach zeitlichem Verlauf und Inhalt
- Subsummieren von Einzelaspekten und Generieren einfacher Erzählaufforderungen

Die Erstellung des Leitfadens, beschreibt Helfferich (2011) in Laetsch (2015), führe jedoch auch zu einer immanenten Erwartung an das Subjekt und an die vom Subjekt erzählten Ereignisse durch das vorab gesammelte, theoretische Wissen des Forschenden. Dennoch verhilft der Leitfaden dem allfälligen Interview zu einer bestimmten Strukturierung und bietet der/dem Forschenden Orientierung und Erinnerung (Lamnek, 2010, in Laetsch, 2015). Ein Abgleichen der Leitfäden ist ebenfalls – ermöglicht durch eine theoretische Fundierung - im Hinblick auf die Analyse der generierten Daten zu bevorzugen. Im Zuge eines Interviews gilt es dennoch – und dies ist auch mit einem Leitfaden möglich – die notwendige Offenheit zu wahren, die in qualitativer Forschung gefordert wird, als auch auf neu aufgegriffene Handlungsfelder einzugehen, die im Ablauf einer Erzählung auftauchen mögen. Dies ermöglicht dem/der Forschenden neue Blickwinkel, unter denen neue Fragen generiert, adaptiert oder ausgelassen werden können.

Prinzipiell sind Interviews – oder vielmehr das Erzählte – nicht vorhersagbar, sollen jedoch dennoch dem/der Forschenden helfen, neues Wissen zu generieren. Deshalb ist es von entscheidender Bedeutung, den Leitfaden trotz aller theoretischen Fundierung flexibel anzuwenden (Lamnek, 2010, in Laetsch, 2015). Dabei sogenannte offene Fragen zu stellen, ist daher eines der grundlegenden Prinzipien

Um dem Prinzip der Offenheit gerecht zu werden ist es daher wichtig, offene Fragen zu formulieren (Lamnek, 2010, in Laetsch, 2015). Grundlage für den ersten Leitfaden waren auch theoretische Erkenntnisse aus der Literaturrecherche, der – flexibel gehandhabt – adaptiert und ausgeweitet wurde.

## Transkription

Nach Dresing und Pehl (in Laetsch, 2015) bildet eine akribische Transkribierung das Gespräch gut ab. Allerdings kann bei allzu detailreicher Arbeitsweise sowohl das Lesen, als auch das spätere Analysieren des Textes erschweren. Da in dieser Arbeit vorwiegend der Inhalt im Vordergrund stand – auch aufgrund der Analysemethode – wurde daher die Form des einfachen Transkribierens nach Kuckartz (2014) angewandt. Demnach wird bei der Transkription die Sprache geglättet, um den Text flüssiger zu gestalten und den Blick auf die interessierenden Inhalte zu richten (Dresing und Pehl, 2013, in Laetsch, 2015). Damit wird schnellerer Zugang zum Gesprächsinhalt gewonnen (Dresing und Pehl, 2013, in Laetsch, 2015). Vor allem bei einfacher Transkription von Interviews nonverbale Aspekte jedoch nicht berücksichtigt werden.

- 57 A: Und das Enkerl hat beim Heimkommen schon geweint, hysterisch geschrien, Anfälle, aber  
58 Mutter konnte Hintern nicht aushauen, sie hat im ruhigen Ton gesagt, geh ins Zimmer und  
59 beruhige dich, bei der Omi war es aber sowieso aus, ich bin fast zerflossen, und die Tochter:  
60 Mama, misch dich nicht ein, aber da ist er schon hinter mir gestanden, ich hab mir gedacht, als  
61 Omi sieht man das lockerer als die Mama, weniger Verantwortung, er ist mit uns einkaufen  
62 gefahren, der hat bei mir das Wagerl so gedrängt zu den Spielsachen. Omi ich brauch das, das  
63 hat er lange gehabt, und das größte Klumpat war auch zuhause, hat er trotzdem gebraucht, und  
64 mir tut das Herz so weh, da hab ich nachgegeben, war nie hart, der Opa hat gemeint, gib ihm  
65 nicht alles, nicht so verwöhnen, aber der ist dann auch weich geworden, war zwar nicht sein  
66 richtiger Großvater, aber den hat er geliebt.
- 67 I: Das war nicht sein richtiger Großvater?
- 68 A: Nein, aber eigentlich war er sein Opa, kann man sagen, zwischen denen ist nichts gestanden.

Abbildung 1: Auszug Transkription von Interview mit Interviewtenehmerin 2

### 3.4 Die Datenanalyse

Die Datenanalyse erfolgte nach den Schritten des offenen und axialen Kodierens nach der Grounded Theory (Strauss & Corbin, 1996).

### 3.5 Offenes Kodieren

Das sogenannte offene Kodieren stellt eine initiale Bearbeitung des gewonnenen Materials dar. Erste Codes fassen wichtige Aspekte zusammen und ordnen abstrahierte Inhalte (Przyborski und Wohrab-Sahr, 2014 in Schwab, 2016). Das für diese Arbeit transkribierte Interview wurde ausgedruckt, gelesen und erst nach mehrmaligem Lesen mit entsprechenden Codes versehen. Initialer Beginn der Forschung ist das umfassende Aufzeichnen relevanter Aspekte, da noch nicht abzuschätzen ist, welche Aspekte wichtig sind und welche schlussendlich fallengelassen werden können. Nach dem Kodieren der ersten Interviews wurden die folgenden unter den Aspekten der bereits entstandenen Codes bearbeitet. Allgemein wird dies ebenfalls als offenes Kodieren bezeichnet, auch wenn bereits verwendete Codes angewandt werden (Strübing, 2009 in Schwab, 2016). Als neue Codes durch die folgenden Interviews sichtbar wurden, wurden dennoch die ersten Interviews auf deren Aspekte hin untersucht. Sich wiederholende Codes zusammenfassend, wurden schließlich alle Codes in Kategorien eingefasst, sodass bereits inhaltliche Zusammenhänge durch die Interviews hindurch sichtbar wurden. Um in der noch frühen Bearbeitungsphase objektiv zu bleiben, sollte noch nicht interpretiert werden. Allerdings können – und sollen – Memos dabei helfen, aufkommende Ideen zu Verknüpfungen festzuhalten, um sie später zu verifizieren. Sie zeichnen die Erarbeitung von Interpretationen auf (Strübing, 2009 in Schwab, 2016). Nach der Grounded Theory sollen sogenannte dimensionale Ausprägungen in den bestimmten Kategorien erarbeitet werden. Diese stellen Merkmale einer Kategorie dar, die in der Ausbildung das Spektrum in einer Art gegensätzlicher Formulierung darstellen. Die Beschreibung erfolgt beispielsweise durch „klein-groß“, „stark-schwach“, „anwesend-nicht anwesend“ (Strübing, 2009 in Schwab, 2016). Diese Ebene strukturiert das zu untersuchende Datenmaterial nach der Häufigkeit von Phänomenen und zeigt Gemeinsamkeiten und Unterschiede auf.

Zitat:	Code:
Ich habe ja noch 3 Enkelk, aber die vergesse ich, da wenig Kontakt, die Eltern sind geschieden, und die Stieftochter hat ihnen den Umgang verboten, jetzt ist halt gar nichts mehr. Sie sind erwachsenen und müssen wissen, zu wem sie wollen.“ Interviewteilnehmerin 2	Kein Kontakt zu den Enkelkindern
„Jetzt ist halt zu meiner Tochter kein Kontakt und zu den Enkeln auch nicht.“ Interviewteilnehmer 7	Verhältnis zu Eltern beeinflusst Kontakt zu den Enkelkindern
"Die Kinder sind mir sehr zugetan, und dadurch sind es auch die Enkelkinder" Interviewteilnehmerin 8	Gutes Verhältnis zu Eltern macht guten Kontakt zu Enkelkindern möglich
"Ist halt nicht leicht, habe solche Menschen draußen nie gesehen oder was zu tun gehabt mit denen. Und dann komm ich da rein und sehe so Leute, ich dachte, das ist ein normales Wohnheim." Interviewteilnehmer 7	Menschen mit Demenz als befremdlich wahrnehmen
„Aber wenn dann die Frau X kommt und irgendwas daherredet, mein Gott, die kann ja auch nichts dafür, aber wenn sie ihm zu nahe kommt, meine Güte, da brüllt und schreit der herum, dass man direkt Angst kriegt, aber es ist noch nichts passiert...Gott sei Dank“ Interviewteilnehmerin 10	Angst bekommen bei nicht nachvollziehbaren Gemütszuständen

Abbildung 2: Auszüge offenes Kodieren

### 3.6 Axiales Kodieren

In einem zweiten Schritt führt das axiale Kodieren zu einer Kategorien-Vertiefung. Zusammenhänge, die entstehen, werden in sogenannten Kodierfamilien gestärkt. Dadurch werden Kategorien zueinander in Bezug gesetzt und verbinden die Kategorien und deren Beziehungen zu einem größeren Konzept (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2014 in Schwab, 2016). Es ist somit nicht nur eine Ordnung der Daten erfolgt, sondern auch ein Beziehen aufeinander, wobei es essentiell ist, den Kontext der Interviewsituation im Auge zu behalten. Häufig benutzte Konzeptualisierungen von Kodierfamilien sind beispielsweise Kausalität, Typen, Prozess, Grad, Strategie, Interaktion oder auch Identität (Breuer et al., 2010 in Schwab, 2016).

Weiterführendes Ziel ist es, sogenannte Kernkategorien zu finden, die weiters zur Theoriebildung und Beantwortung der bearbeiteten Forschungsfrage beitragen sollen. Hierbei hilfreiche Kategorien können früher entworfenen Codes bevorzugt werden (Strübing, 2009 in Schwab, 2016). Der Schritt der axialen Kodierung ist dabei ein sogenanntes „um die Achse drehen“ der Analyse, da das Material nicht mehr waagrecht erfasst werden soll, sondern nach

Ebenen der Bedeutung sucht, die senkrecht für Phänomene Gültigkeit erlangen können (Przyborski und Wohlrab-Sahr, 2014 in Schwab, 2016).

### 3.7 Kodierparadigma

Während durch das Kodierverfahren Kategorien entdeckt und benannt werden, muss es dem/der ForscherIn noch mehr einbringen (Strauss 1994). Dazu gehört das sogenannte Kodierparadigma, das für die Kodierverfahren von zentraler Bedeutung ist, da die Daten nach der Relevanz für die Phänomene, auf die durch die gegebene Kategorie hingewiesen wird, kodiert werden, und zwar nach:

- den Ursachen
- den intervenierenden Bedingungen
- den Strategien und Taktiken
- den Konsequenzen
- sowie den Kontexten (Strauss & Corbin, 1996)

Das Kodierparadigma wurde jedoch nicht in strengster Form durchgeführt, da die Daten und eine Überführung in das Kodierparadigma zu einer missverständlichen Darstellung geführt hätten.

## 4 Umsetzung

### 4.1 Feldzugang und Rekrutierung der InterviewpartnerInnen

Die Institution "Pflegeheim" ist begrifflich nicht eng gefasst, wobei vor Kontaktaufnahme sicherzustellen ist, dass professionelle Pflege vor Ort geleistet wird. Aufgrund der besonderen Situation (siehe Kapitel "Besondere Umstände dieser Arbeit", S. 27) wurde das Pflegeheim, in dem der Autor dieser Arbeit als Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger tätig ist, zur Rekrutierung hinzugezogen. Nach der Kontaktaufnahme mit der Pflegedienstleitung und der Erlaubnis, Interviews durchführen zu dürfen, wurden die Stationsleitungen der verschiedenen Stationen kontaktiert. Ob sich ein/e BewohnerIn für ein Interview eignete, wurde in einer Art persönlichem Vorstellungsgespräch erhoben, in dem unter anderem gefragt wurde, ob der oder die BewohnerIn teilnehmen möchte, beziehungsweise eine Großelternschaft vorliegt. Letztlich wurde mit den zu Interviewenden ein Termin vereinbart.

## 4.2 Ethische Aspekte

Die Teilnahme erfolgt auf freiwilliger Basis. Eine Zustimmung erfolgt natürlich schriftlich mit einer Zustimmungserklärung die angelehnt an das Muster des Instituts für Pflegewissenschaft ist. Die Freiwilligkeit der Teilnahme, sowie die Möglichkeit auf Widerruf sollen zu jeder Zeit gewährleistet sein. Die Privatsphäre soll durch Pseudonymisierung und ein hohes Maß an Vertraulichkeit gesichert sein. Eine vollständige Aufklärung ist ebenfalls unerlässlich. Diese wird bei einem Erstgespräch erfolgen. Hier soll bei der Aufklärung ein besonderes Augenmerk auf der Zielsetzung und der Methodik liegen.

Als Nebenwirkung von Interviews könnte das Erinnert-Werden an bestimmte, belastende Situationen angeführt werden. Dies soll durch eine einfühlsame und vertrauensvolle Gesprächssituation im Interview-Verlauf abgefedert werden. Dem Interviewpartner wird außerdem immer die Möglichkeit gegeben, das Interview zu jeder Zeit abubrechen.

Trotz der bereits ausgeführten Risiken werden die ethischen Bedenken als gering eingeschätzt.

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Charakteristika der TeilnehmerInnen

Interviewt wurden 10 TeilnehmerInnen, die leibliche Enkelkinder hatten oder Stief-Enkelkinder. Der/die jüngste TeilnehmerIn war 72 Jahre alt, der/die älteste 94. 4 waren männlich und 6 weiblich. Während das jüngste Enkelkind 10 Jahre alt war, betrug das Lebensalter des ältesten "Enkelkinds" 50 Jahre. 5 Jahre betrug die längste Anwesenheit in der institutionellen Pflege, während die kürzeste 6 Monate ausmachte.

Als zentrale Kategorie konnte "Soziale Beziehungen verlagern sich von Außen nach Innen" herausgearbeitet werden, welche das Forschungsziel erreicht, zu klären, wie sich die Gestaltung des sozialen Gefüges von BewohnerInnen bei Eintritt in die institutionelle Pflege verändert unter dem besonderen Gesichtspunkt der Gestaltung der Beziehung zu den Enkelkindern.

## 5.2 Zentrale Kategorie "Soziale Beziehungen verlagern sich von Außen nach Innen"

Dabei ist dieses Phänomen der Verschiebung mehrdimensional. Einerseits lösen sich frühere Beziehungen durch angesprochene Kategorien beziehungsweise werden von ihnen stark beeinflusst, und es werden neue aufgenommen. Andererseits verlagern sich auch vor dem Eintritt in die institutionelle Pflege vorhandene Beziehungen ein Stück weit nach innen in die Institution selbst durch die oft nicht unerheblich eingeschränkte Mobilität der BewohnerInnen, die ein Leben der Beziehung durch Besuche oder Telefonate in die Einrichtung zur Folge hat. Soziale Beziehungen - oder auch im Sinne von Rollen - werden dabei nicht einfach eingetauscht, aber entstehen durch eine Veränderung des sozialen Gefüges, wobei die Akteure nur teilweise selbst aktiv steuern können. Während es beispielsweise nicht veränderbar ist, dass jemand aufgrund des eigenen Gebrechens oder anderer Umstände den/die BewohnerIn nicht besuchen kann, sind auch MitarbeiterInnen und andere BewohnerInnen in gewisser Weise vorgegeben. Inwiefern hier eine tiefere, soziale Beziehung aufgebaut wird, kann jedoch letztlich auch von den BewohnerInnen entschieden werden, wobei die Beziehung zu den Enkelkindern eine gewisse Sonderstellung einnimmt. Die Enkelkinder bleiben wichtig, die soziale Beziehung und ob diese gelebt werden kann und wie, ist jedoch auch davon abhängig, wie die Beziehung zu den eigenen Kindern aussieht. Diese Kategorien sind eng miteinander verwoben.

Die erklärenden Unterkategorien "Die Entfernung ist zu groß", "Viele sind bereits verstorben" und "Besuche nehmen ab" können dabei als Erklärungen der zentralen Kategorie gesehen werden. Die Kategorien "Mit MitarbeiterInnen zusammenkommen", "Mit BewohnerInnen zusammenfinden", sowie "Kinder als Brückenbauer" und "Enkelkinder bleiben wichtig" sind dabei ehestens - angelehnt an das Kodierparadigma - den Strategien und Taktiken zuzuordnen, wobei letztere einander beeinflussen.

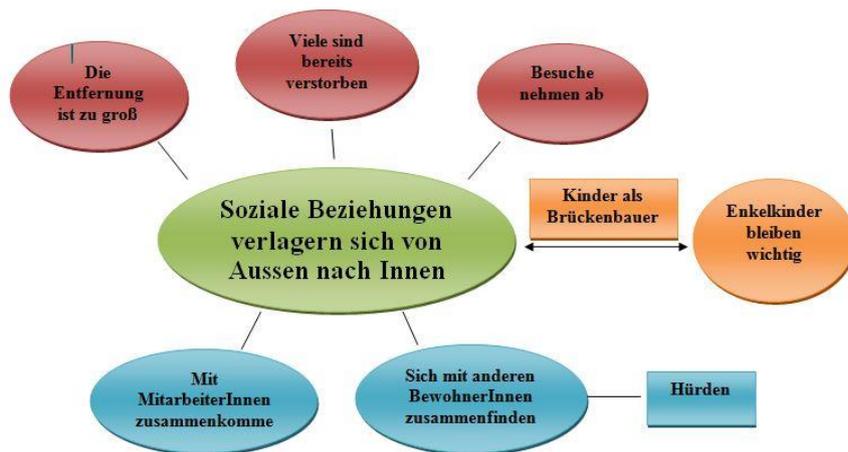


Abbildung 3: Graphische Darstellung der Ergebnisse

### 5.3 Kategorie: Die Entfernung ist zu groß

Für viele BewohnerInnen und ihre sozialen Beziehungen entstehen durch den Eintritt in die institutionelle Pflege größere Entfernungen, als dies davor bestanden hat. Dass sich die Zahl und auch die Qualität der Kontakte und somit auch die Qualität der jeweiligen Beziehungen ändern, scheint daraus zumindest angenommen werden zu können. Dabei scheint es auch Großteils unabhängig von der Art der Beziehung zu sein - eine Entfernung spielt immer eine gewisse Rolle und wirkt sich auf das Verhältnis aus. Erschwerend mag auch die eigene Einschränkung der Mobilität hinzukommen als auch die von Freunden und Bekannten, die annähernd im selben Alter sind und sich in ähnlichen Lebens- und Wohnverhältnissen wiederfinden.

*„Es gibt nur noch wenige Kontakte nach außen, weil die auch alle ihre Wege letztendlich gegangen sind, mein Gott, die haben selber Haus gebaut, von Wien weg nach Niederösterreich, und da haben sich viele Sachen dann auch aufgehört. Verbindungen sind abgebrochen durch die Entfernung.“ Interviewteilnehmerin 5*

Bei anderen rechtfertigt sich der Besuch nicht durch sich selbst, sondern wird im Idealfall mit anderen Besorgungen in der Nähe gekoppelt, da der Anfahrtsweg zu weit ist. Besuche können dabei zeitlich stark limitiert ausfallen und könnten eine Art „Spannungsverhältnis“ der Angehörigen aufzeigen zwischen der Dauer des Anfahrtsweges und dem Druck, einen Besuch ohnehin abstaten zu müssen.

*"Er kommt dann immer auf einen Schuss herein, und ist gleich wieder weg ... wenn er einmal in der Nähe ist ... " Interviewteilnehmerin 6*

Wobei die Gründe für nur noch spärliche Besuche auch darin liegen können, dass Freunde und Bekannte selbst schon in ihrer Mobilität eingeschränkt sind und deshalb auch keine größeren Entfernungen mehr zurücklegen können.

*„Und die, die da sind, sind auch verstreut in Institutionen.“ Interviewteilnehmerin 5*

Auffällig ist, dass die größeren Entfernungen nicht stärker beklagt werden. Dies mag jedoch auch mit dem Grund zu tun haben, wann und wie der Eintritt in die institutionelle Pflege erfolgt ist. Die meisten der InterviewteilnehmerInnen verbrachten einen längeren Zeitraum mit Unterstützung zuhause, bevor - nach einer längeren Phase der fortschreitenden Gebrechlichkeit - die InterviewteilnehmerInnen zur Einsicht gelangt sind, dass es zuhause nicht mehr gut funktionieren würde.

*"Aber es ist so, ich habe dann schon vom Sozialen Wien Hilfe gehabt zum Duschen und am Abend Strümpfe ausgezogen, einkaufen und so weiter. Und irgendwann habe ich mir schon die Tasche fürs Spital hergerichtet für alle Fälle, und eines Tages wollte ich was rausziehen und stürze rückwärts in die Ecke, habe das Notrufarmband gedrückt, Spital und dann war ich da." Interviewteilnehmerin 3*

#### 5.4 Kategorie: Viele sind bereits verstorben

Soziale Beziehungen enden auch mit dem Tod. Da die InterviewteilnehmerInnen zum größten Teil Hochbetagte sind, wundert es nicht, dass von der Stammfamilie - im Besonderen der vorigen Generation - schon alle verstorben sind. Großeltern wie Eltern fallen hier weg, ebenso oftmals Personen, die nur geringfügig älter sein mögen wie etwa Geschwister. Interessant ist dabei jedoch, dass oftmals auch jüngere Personen bereits verstorben sind und als soziale Beziehung entfallen. Somit entfallen wichtige Ressourcen, die soziale Beziehungen erst möglich machen, besonders, wenn es sich um jene handelt, die sich zeitlebens außerhalb und schon lange Zeit vor dem Eintritt in die institutionelle Pflege entwickelt haben und gelebt wurden.

*„Ich bin neunzig, und da sind viele, die da waren, nicht mehr da. Familie ist nicht mehr da, nur die Nichte.“ Interviewteilnehmerin 5*

Besonders bedeutsam mag das Versterben der vormaligen Stammfamilie – wie etwa durch Vater und Mutter repräsentiert – sein, wenn keine eigene Familie mit jungem Nachwuchs

gegründet werden konnte. Die Voraussetzungen für ein Weiterführen sozialer Beziehungen mögen Familien mit vielen Mitgliedern sein, wenn dies auch keine Garantie sein muss. Fehlen diese Familienmitglieder, wird es unmöglich, auf solcherart Ressourcen im Alter zurückzugreifen.

*„Aber sonst ist ja keiner mehr da, meine Eltern und so, das war früher, ich hätte gerne Kinder gehabt, aber mein Mann ist früh gestorben, und nachher war halt keiner mehr da, ist keiner gekommen, und wir waren ja auch keine große Familie, auch früher nicht.“*  
*Interviewteilnehmerin 10*

*"Die waren immer sehr anhänglich, auch bei der Schwiegermutter, aber die ist ja auch schon verstorben."* *Interviewteilnehmerin 8*

Einen Großteil der Thematik um vergangene, soziale Beziehungen nehmen dabei verstorbene Ehemänner ein, was ebenfalls dazu führt, dass soziale Beziehungen schwinden. Zwar sind in den meisten Fällen die Männer vor dem Eintritt in die institutionelle Pflege verstorben, dennoch kann davon ausgegangen werden, dass Kontakte eher brüchig werden, als dies in anders gelegenen Fällen passieren würde.

*"Dann ist mein Mann sehr früh gestorben, ich bin seit 25 Jahren Witwe ... und es ist interessant, weil man glaubt, man ist nicht alleine, es kommen viele Freunde, die helfen, aber das ist ein Trugschluß."* *Interviewteilnehmerin 5*

*"Ich bin seit 1,5 Jahren hier, und vor zehn Jahren ist mein Mann gestorben."*  
*Interviewteilnehmerin 3*

In manchen Fällen erleben Paare das Leben in der institutionellen Pflege gemeinsam, sie haben also die Verlagerung zumindest ihrer sozialen Beziehung nach innen mitgetragen. Dennoch könnte aber ihr Wegfallen ebenfalls als zumindest eine Reduktion der Ressourcen sozialer Beziehungen auf beispielsweise den eigenen Wohnbereich gedeutet werden.

*"Ja, leider Gottes, ist die Frau auch schon gegangen, einen Stock tiefer... und ich der Alte bin noch geblieben."* *Interviewteilnehmer 1*

Andere berichten hingegen von den GattInnen, die zusammen mit Töchtern und Söhnen regelmäßig Besuche machen. Implizit könnte hier ein stärkeres Familiengefühl als durch das Zusammenkommen mehrerer Personen gefördert gesehen werden.

*"Meine Frau ist alleine zuhause ... aber sie und meine Tochter kommen auch."*  
*Interviewteilnehmer 9*

BewohnerInnen berichten jedoch auch von jüngeren Verstorbenen innerhalb der Familie. Es kann sich dabei um Sohn oder Tochter handeln. Bezieht man dies wiederum auf das Alter der InterviewteilnehmerInnen, kann davon ausgegangen werden, dass auch die nächste Generation ein gewisses Alter erreicht haben wird, in der ein Ableben zumindest nicht unwahrscheinlicher wird. Zudem sind die oft hochbetagten BewohnerInnen dann selbst wiederum in der Lage, diese nächste Generation zu „überleben“.

*"Mein Sohn ist ja mittlerweile auch schon verstorben." Interviewteilnehmerin 6*

*"Stieftochter und Stiefsohn sind ja auch schon verstorben." Interviewteilnehmer 4*

## 5.5 Kategorie: Besuche nehmen ab

Die meisten BewohnerInnen geben an, dass Besuche allgemein abnehmen. Die Erklärungen dafür liegen im Allgemeinen darin begründet, dass sie eben jetzt nicht mehr - wie vor dem Eintritt in die institutionelle Pflege - in derselben Wohnung oder im selben Haus leben. Ein Teil dieser Kontakte scheint über das Telefonieren kompensiert oder ergänzt zu werden, wobei sich hier bei näherer Betrachtungsweise die zentrale Kategorie widerspiegelt, da der Kontakt in gewisser Weise über das Telefon in die Einrichtung geholt wird und damit ein Stück weit dann dort auch für die BewohnerInnen stattfindet. Dass Besuche abnehmen, kann jedoch vereinzelt auch damit begegnet werden, dass einige BewohnerInnen ein gewisses Maß an sozialem Rückzug als Teil des Älterwerdens empfinden, um damit diesem Umstand nicht gänzlich ausgeliefert sein zu müssen. Weiters gibt es Zusammenkünfte an wichtigen, festlichen Tagen wie Geburtstagen oder auch Weihnachten.

*"Es ist jetzt ein Jahr her, dass niemand da war oder angerufen hat, man kann sichs nicht aussuchen und in keinen Menschen reinschauen." Interviewteilnehmer 7*

*"Naja, die Besuche sind schon gekommen, aber sie sind weniger geworden, sie haben sich abgewechselt." Interviewteilnehmerin 3*

Dass der Wohnort- oder Lebensplatzwechsel für mehrere urächlich für ein "Auseinanderleben" ist, zeigt die Bedeutung des Eintritts in ein Pflegeheim für die BewohnerInnen. Auch wenn der Schritt ein notwendiger ist, scheint es sich um mehr als nur um eine "Notwendigkeit" zu handeln. Vielmehr scheinen sich die sozialen Gefüge stärker durch diesen Lebensplatzwechsel beeinflussen zu lassen, als dies durch eine reine Notwendigkeit gerechtfertigt würde.

*"Wir haben uns dadurch auseinandergelebt, dass ich im Pflegeheim bin." Interviewteilnehmer*

*"Ich bin ja nicht mit denen zusammen, die sehe ich einmal im Jahr, und seit ich da bin, war einmal der Enkel da, die Enkelin nicht." Interviewteilnehmer 1*

*„Zuhause war das noch anders. Mein Arzt hat unter mir gewohnt, und da war auch noch meine Nachbarin, aber von der habe ich schon ewig nichts mehr gehört. Auch wenn ich meinen Cousin frage, kann der nicht viel erzählen.“ Interviewteilnehmerin 10*

Die BewohnerInnen finden jedoch Erklärungen dafür, warum sich Besuche nur noch selten ausgeben. Die wichtigste davon ist die der nachkommenden Generationen, die beschäftigt und aktiv am Leben außerhalb des Pflegeheims teilnehmen. Es mag auch mit dem Alter der Enkelkinder zu tun haben, die bereits oft – bedingt durch die Hochaltrigkeit der BewohnerInnen – im Erwachsenenalter sind und mit „beiden Beinen im Leben stehen“.

*"Es gehen sich mit den Berufen nicht viele Besuche aus." Interviewteilnehmerin 8*

*"Ich sehe sie auch so selten in Wien, wenn ah, na, weil, sie muss viel lernen nicht ... Also, jetzt habe ich sie auch schon seit Weihnachten nicht mehr gesehen. Oder überhaupt, seit meinem Geburtstag glaube ich. September voriges Jahr habe ich sie das letzte Mal gesehen." Interviewteilnehmer 9*

Wobei vor allem das Telefon das Mittel der Wahl zu sein scheint, soziale Verbindungen aufrecht zu halten. Dennoch gelingt auch hier nicht immer eine Kontaktaufnahme.

*"Einmal habe ich sie angerufen, da habe ich mich ein bissl unterhalten, aber wie gesagt, sie redet nicht viel, wie es ihr in der Schule geht und so, auf der Uni." Interviewteilnehmer 9*

*"Wir telefonieren halt dann öfter." Interviewteilnehmerin 8*

Allerdings gehen - wenn auch vereinzelt angegeben - manche BewohnerInnen mit dem Schwinden der Besuche in gewisser Weise pragmatisch um, sehen darin eine Möglichkeit, sich gewollt zurückzuziehen und ihre benötigte Ruhe zu genießen. Es scheint, als wäre es Teil des Älterwerdens oder Altseins, sich aus der aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Geschehen etwas herauszunehmen.

*„Aber ich hab mich selber zurückgezogen, weil es freut mich, wenn ich euch zwei Stunden sehe, aber dann will ich meine Ruhe, das kommt dann automatisch.“ Interviewteilnehmerin 3*

*„Und jetzt komm ich ja kaum noch wo hin, aber ich muss auch nicht mehr überall dabei sein." Interviewteilnehmerin 2*

Besuche nehmen mit der Zeit generell ab. Entlang dieser Entwicklung finden sich sozusagen "Schwerpunkte", zu denen zusammengefunden wird. Geburtstage oder Weihnachten sind Anlässe, um soziale Beziehungen zu pflegen. Gleichzeitig führt dieser pragmatische Umgang wiederum dazu, dass Besuche weiterhin abnehmen.

*"Wir kommen zusammen, die Familie, Enkerl und Urenkerl, wenn eines davon Geburtstag hat."*  
Interviewteilnehmerin 3

*"Also, jetzt habe ich meine Enkelin schon seit Weihnachten nicht mehr gesehen, oder seit meinem Geburtstag, glaube ich."* Interviewteilnehmer 9

## 5.6 Kategorie: Mit MitarbeiterInnen zusammenkommen

Mit MitarbeiterInnen zusammen zu kommen, illustriert soziale Beziehungen, die zum Teil auch zufällig sind und zustande kommen, auch wenn dies von BewohnerInnen nicht initiiert wurde. Bei einer völligen Abwehr der sozialen Beziehung zu einer bestimmten Person, ist professionelles Fingerspitzengefühl gefragt, das heißt, den Kontakt oder die Beziehung so zu gestalten, dass sie von der/dem BewohnerIn wenigstens für die Dauer einer Interaktion mitgetragen werden kann. So kommen soziale Beziehungen zustande, die einen nicht allzu breiten Spielraum für die Tiefe einer Beziehung zulassen, denn einerseits sind professionelle Beziehungen - die letztlich auch soziale sind - mindestens von wichtigen, verbindlichen Parametern tragfähiger Beziehungen geprägt - etwa Respekt und Vertrauen - andererseits sollten diese nicht über ein gewisses Höchstmaß hinausgehen, um jene Professionalität einzuhalten, deren Mindestmaß gefordert ist. So berichtet etwa Interviewteilnehmerin 10:

*„Naja, es gibt schon Respektspersonen, denen man vertraut, nicht, die kommen, machen das und das, sind anständig, aber sicher gibt's auch andere, also, wenn ich so sagen darf, vielleicht bissl hantigere, die ich nicht so mag, bissige, mit denen man halt auch irgendwo auskommen muss, aber im Grunde kann ich darüber sprechen und dann wird geredet und dann passt das wieder, aber es gibt halt welche, die immer gut gelaunt sind, die machen Spaß und manche, die sind so Miesepeter, die mag ich dann nicht so, aber ja, es ist in Ordnung, also, unterm Strich würde ich sagen.“* Interviewteilnehmerin 10

Das In-Kontakt-Kommen scheinen alle InterviewteilnehmerInnen von sich aus initiieren zu können, was mit dem Fehlen kommunikativer Beeinträchtigungen erklärt werden kann. Allerdings soll angemerkt werden, dass für einen gelungenen Kontakt oder das Aufnehmen der Beziehung eine Art Reziprozität gefragt ist, auf die die BewohnerInnen in ihrer Initiation angewiesen sind.

*"Wir haben ein ganz gutes Verhältnis ... da gibts meine zwei Pflegerinnen, die sind meine Bezugspartner da ... dann habe ich noch die G. und den D., da tun wir immer plaudern ... nicht die ganze Zeit also ... lange können sie auch nicht bei mir stehen bleiben und reden ... müssen ja weiterarbeiten ... aber sonst tun wir so tratschen ... auch die Frau A., wenn sie Dienst hat ... die Stationsarbeiter ... die was die Küche machen ... Abteilungshelfer ... ich sag halt Hausarbeiter ..." Interviewteilnehmer 4*

Der Wunsch nach Nähe kann dabei so stark werden, dass Hoffnung besteht, im neuen Zuhause eine Art "zweiter" Familie vorzufinden. Dies illustriert den Wunsch und das Bedürfnis - vielleicht auch die Notwendigkeit - soziale Beziehungen auch da einzugehen, wo man sich befindet und dass diese eben auch von Orten abhängig sind. Es mag eine spezielle Facette der professionellen Pflege sein, dass ein Naheverhältnis zum Teil automatisch mit aufgebaut wird.

*" ... Die Pflege ... das sind die nächsten Bezugspersonen, die man hat und die man braucht ... und irgendwo baut man mit den Leuten ein Naheverhältnis auf, automatisch ... "*  
*Interviewteilnehmerin 5*

*" ... es ist ein freundschaftliches Verhältnis, das ich gern ausbauen würde ... man versucht halt auch hier, eine Familie zusammenzubringen ... auch mit Pflegenden, ich weiß nicht, ob das geht, aber ich hätte gerne das Gefühl, das ist eine Familie ... mal schauen, was dabei herauskommt ... "*  
*Interviewteilnehmerin 5*

Vertrauen scheint jedenfalls ein sehr wichtiger Aspekt für die Beziehungen in der institutionellen Pflege zu sein, ohne das eine tragfähige Beziehung kaum oder nur eingeschränkt möglich ist. Allerdings scheint es sich bei den BewohnerInnen um einen Vertrauensvorschuss zu handeln, der den professionell Pflegenden entgegen gebracht wird und der in einer Situation, in der die Machtverhältnisse ungleich verteilt sind, möglicherweise einfach notwendig ist.

*„Na das spielt schon eine große Rolle. Wenn ich denen nicht vertrauen kann, dann wäre es schlimm... aber ich vertrau auch den Hantigen, weil das ja, sonst geht das ja gar nicht, wenn ich frag, wieviel ist mein Blutzucker, dann sagt der so und so viel, und da muss ich ja vertrauen ... oder wenn ich Insulin bekomme oder eine Therapie für meine Füße ... „*  
*Interviewteilnehmerin 10*

## 5.7 Kategorie: Sich mit anderen BewohnerInnen zusammenfinden

Diese Kategorie weist mit der Kategorie "Mit MitarbeiterInnen zusammenkommen" Gemeinsamkeiten auf, da die sozialen Beziehungen, die entstehen, ebenfalls nicht ganz freiwillig entstehen, wenngleich auch Kontakten ausgewichen werden kann, wie das bei MitarbeiterInnen aufgrund der Umstände nicht gegeben sein mag. Stärker ausschlaggebend mögen hier auch weitere wichtige Aspekte wie etwa Sympathie sein, nach denen ein Kontakt ausgesucht wird. Prinzipiell scheinen die BewohnerInnen jedoch hier stärker selbst zu entscheiden, mit wem sie Kontakt aufnehmen wollen, wenn es auch von der eigenen Mobilität abhängig ist.

*"Wir sitzen am Abend, zu viert, noch bei zusammengeschobenem Tisch und sitzen und plaudern, und bei Tag mach ich am Vormittag meine Runden. Da gehe ich durch alle Stationen und kenne alle und Patienten, plauscht und geht weiter, das ist ganz nett. Vormittag, da ist Zeit, Nachmittag Kaffee, dann Nachmittag Kartenspielen, dann Nachtmahl, noch ein bisschen Rotwein, dann sitzen wir noch beisammen." Interviewteilnehmerin 3*

*"Man ist halt jetzt allein, obwohl hier eh auch andere sind, mit allen da kannst du gut reden ... beim Mittagessen kommt man meistens zusammen." Interviewteilnehmer 1*

### 6.5.1. Hürden

Dennoch ergeben sich Hürden aus Umständen wie einer abwehrenden Haltung gegenüber neu Eintretenen oder dass sich - zumindest auf der eigenen Station - niemand zum Plaudern findet, ob das nun aus mangelndem Interesse des Gegenübers oder dem Fehlen geeigneter Gesprächspartner geschuldet ist. Sind viele BewohnerInnen mit einer höhergradigen dementiellen Erkrankung vor Ort, fällt es besonders schwer, eine Kommunikation zu führen.

#### **Sich mit anderen schwertun**

Manche BewohnerInnen finden sich niemanden zum Reden. Vermutet kann werden, dass gemeinsame Themen fehlen aufgrund unterschiedlicher Interessen oder Erlebnisse. Manche BewohnerInnen scheinen auch sonst weniger Interesse an der Beziehung zu anderen BewohnerInnen per se zu haben. Entscheidend mag sein, dass BewohnerInnen selbst Entscheidungen darüber treffen, ob sie in Kontakt treten wollen oder nicht, auch, wenn es vielleicht zum nachteil des Gegenübers sein mag.

*„Sonst geht einer da rein, einer dort rein.“ Interviewteilnehmer 1*

*"Hier und da ein paar Worte, nicht mehr." Interviewteilnehmer 7*

*"Mit Mitbewohnern hab ich eher flüchtigen Kontakt, bissl, paar Worte, dann geht jeder in sein Zimmer." Interviewteilnehmer 6*

Geistige Klarheit ist dabei nur ein Kriterium, nach dem eine mögliche Kommunikation gestaltet werden könnte. Manche sind nicht nur nicht auf GesprächspartnerInnen aus, sondern wehren diese aus unterschiedlichen Gründen regelrecht ab.

*„Aber mit allen kannst halt nicht reden, aber es gibt welche, die noch ganz klar sind, aber die sind auch manchmal zu den anderen ungut ... überhaupt, gibt es da so einen Mann, der kommt nur zum Essen heraus, und dann fährt der wieder.“ Interviewteilnehmerin 10*

Besonders beim Eintritt in die institutionelle Pflege scheinen Schwierigkeiten auftreten zu können, Anschluss zu finden. Als "Neuer" oder "Neue" scheint man nicht automatisch Teil dieser Gesellschaft zu sein, sondern sich nur durch einzelne, persönliche Kontakte weitgehend integrieren zu können. Manchmal funktioniert dies gut, in anderen Fällen kann kein Anschluss gefunden werden, hängt jedoch ebenfalls mit den eigenen und den sozialen Fähigkeiten anderer zusammen, die eine Integration erst ermöglichen.

*"Die wollten nicht, dass ich mich dazusetze. Es hat geheißen, das ist eine geschlossene Gesellschaft ... nur die Frau X, die hat gesagt, ich kann mich zu ihr setzen, aber sonst ... "*  
*Interviewteilnehmerin 2*

*„Am Anfang war es schlimm ... du musst den Ablauf kennen lernen und die Leute, auch wenn eh alle nett sind, aber ja, ist halt nicht leicht, und dann sind die vielleicht auch noch garstig, also die Bewohner, und das ist dann schon ungut ...“ Interviewteilnehmerin 10*

Andere finden von sich aus möglicherweise weniger Möglichkeiten des Anschlusses oder sind aufgrund ihrer reduzierten Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt.

*„Sonst, ich rede halt auch mit anderen Bewohnern, die kommen manchmal zu mir, aber meistens bleibe ich auf meinem Platz, und dann wechselt man ein paar Worte.“*  
*Interviewteilnehmerin 10*

### **Dementielle Erkrankungen als Hürde**

Erschwerend sei bei der Kommunikation dennoch oft vor allem, daß viele BewohnerInnen dement seien. Das liegt zum einen daran, dass BewohnerInnen vor dem Eintritt in die

institutionelle Pflege keine Berührungspunkte beziehungsweise Erfahrungen mit Menschen mit Demenz gemacht haben. Es fehlt eine gewisse Vorerfahrung, um damit besser umgehen zu können.

*"Ist halt nicht leicht, habe solche Menschen draußen nie gesehen oder was zu tun gehabt mit denen. Und dann komm ich da rein und sehe so Leute, ich dachte, das ist ein normales Wohnheim." Interviewteilnehmer 7*

Zum anderen liegt es an den Verhaltensweisen selbst, die Menschen mit Demenz aufweisen und nicht dem Bild einer "normalen" Interaktion mit anderen entsprechen. Aggressives Verhalten wird dabei ebenso die Kommunikation verhindernd wahrgenommen wie scheinbar in sich gekehrtes und realitätsfernes Sprechen.

*"Aber wenn Sie schauen, nach dem Kaffee bleibe ich sitzen, und schaue, jeder zweite oder so hat eine Störung, also, wenn du so alt wirst, wirst du wieder zum Kind. Über irgendwas regen sie sich dann auf, wenn einer den falschen Rollstuhl nimmt, wie die kleinen Kinder, aber die können gar nichts dafür, das toleriert man, ungefähr zwanzig sind wir hier, aber davon sind wir sechs, wo du sagen kannst, da kannst du bissl plaudern, was Sinn hat. Die eine redet von der Mutter, das ist halt nicht interessant." Interviewteilnehmerin 3*

*„Aber wenn dann die Frau X kommt und irgendwas daherredet, mein Gott, die kann ja auch nichts dafür, aber wenn sie ihm zu nahe kommt, meine Güte, da brüllt und schreit der herum, dass man direkt Angst kriegt, aber es ist noch nichts passiert...Gott sei Dank“ Interviewteilnehmerin 10*

Wenn es auch BewohnerInnen gibt, die keine dementielle Erkrankung aufweisen, scheint es dennoch genügend zu geben, die ein Beziehungsangebot aufgrund anderer Beeinträchtigungen der Kommunikation nicht annehmen können oder wollen. Prinzipiell scheinen sich BewohnerInnen untereinander gut abgrenzen zu können. Dies mag jedoch auch dadurch leichter fallen, dass bereits im Vorhinein zahlreiche Hürden vorhanden sind.

*"Es gibt hier auch ein oder zwei halbwegs intelligente, aber bissl schwierig, vielleicht liegt es an mir, schwierig, wenn man sich selbst bedauert, das mag ich nicht, bissl was kann man immer selber dafür. Das ist ein alter neunzigjähriger Herr, spricht viel, aber leise, da tu ich mir schwer." Interviewteilnehmerin 5*

## 5.8 Kategorie: Enkelkinder bleiben wichtig

Die Enkelkinder sind in jedem Fall wichtig, auch wenn kein Kontakt besteht oder es nicht die eigenen sind. In den meisten Fällen handelt es sich nicht um „Kinder“ mehr, da die BewohnerInnen selbst schon hoch betagt sind. Der Kontakt - sofern er besteht - wird als innig beschrieben. Ein Indikator dafür, dass Enkelkinder wichtig sind, ist, dass die Großväter und -mütter oft über das Leben gut Bescheid wissen, wenn dies auch manchmal etwas mehr sein könnte. Die Großeltern sehen sich noch immer - und werden auch so genannt - als "Oma" und "Opa", beziehungsweise in vergleichbaren und ähnlichen Termini wie "Opi" oder "Urli". Wenngleich diese Bezeichnung bleibt, verändert sich doch das Verständnis der Funktion innerhalb der Familie. So sind Betreuungs- oder auch Versorgungsaufgaben - zu denen etwa Einkaufen, Kochen, Spaziergehen oder Spielen gehören - aufgegeben worden, wenngleich sich eher eine Funktion im Sinne eines/r Beratenden herausstellt, der um Rat gefragt wird oder auch zwischen Enkelkind und Kind vermittelt. Vereinzelt scheinen jedoch noch Aspekte der Versorgungstätigkeit durch, die jedoch stark reduziert erscheinen.

*„Die Qualität der Beziehung ist sehr gut ... nur treffe ich sie nicht so oft ... „  
Interviewteilnehmer 9*

*„Das Verhältnis ist sehr gut, sie kommen und sind halt traurig, wenn sie wieder gehen müssen.“  
Interviewteilnehmer 4*

Der Kontakt wird oft von beiden Seiten initiiert beziehungsweise gehalten. Gleichzeitig wird Verständnis für ein reges Arbeits- und Privatleben "außerhalb" der institutionellen Pflege signalisiert. Die BewohnerInnen sind sehr stark am Leben der Enkelkinder interessiert und geben gerne Auskunft über den "Status quo". Allgemein scheint ein durchdringer Sinn für Familie und deren Verknüpfungen vorhanden zu sein, der einer inneren Logik der generationübergreifenden Zugewandtheit folgt.

*„ ... das Verhältnis ist sehr gut, das sind zwei Schätze, was Besseres könnte ich mir gar nicht wünschen ... ich bin ihr Ein und Alles, die Oma ist ihre beste ... wir telefonieren immer und beide sind sehr brav, haben einen super Job ... der eine hat mich angerufen und gesagt, Omi, ich hab Arbeit, wir haben immer schon ein gutes Verhältnis gehabt.“ Interviewteilnehmerin 2*

*„Die Kinder sind mir sehr zugetan und dadurch sind es auch die Enkelkinder ... mit den Berufen gehen sich halt nicht viel Besuche aus, aber wir sehen uns mehrmals im Jahr, die 29-Jährige hat ein Problem mit ihrer Freundschaft oder sonstwas und die kommt schon öfter zu*

*mir, der eine hat Baumeister oder Ähnliches studiert ... die Jüngste ist gut verlobt mit einem Burgenländer.“ Interviewteilnehmerin 8*

### **Rollenaufgaben schwinden/ Trotzdem Opa oder Oma sein**

Die BewohnerInnen berichten durchwegs auch von einer Rolle als VersorgerIn. Diese Rolle bezieht sich jedoch eher auf die Zeit, als die Enkelkinder noch wirklich Kinder waren, möglicherweise verstärkt durch den Umstand, dass manche BewohnerInnen als Großeltern, wenn nicht im selben Haus, aber zumindest in der näheren Umgebung gewohnt haben. Die Großeltern übernahmen dabei auch Aufgaben, die einfach „angefallen“ sind. Dabei scheinen sich die versorgerischen Tätigkeiten, die mit einzelnen Handlungen verbunden sind, mit vergnügterischem Spiel verbunden zu haben. Ein weiteres Moment, das ebenfalls für die Ausübung der Rolle wichtig sein mag, ist das zeitliche Zusammenfallen der Geburt der Enkelkinder mit dem Beginn des Ruhestandes, in dem die erwähnten Aufgaben überhaupt erst übernommen werden können.

*„Weil ich mit 61 in Pension gegangen bin und war dann für die Enkelkinder da.“  
Interviewteilnehmerin 8*

*„Na ich habe die Enkel in den Kindergarten gebracht, habe zusammen in einem Haus mit ihnen gewohnt...habe immer wieder gekocht, weil, wir haben im selben Haus zusammen gewohnt.“,  
Interviewteilnehmer 7*

Ein weiterer Faktor ist das mit Beginn des Ruhestandes verbundene Alter, in dem sich die mittlerweile Hochbetagten befunden haben. Waren die Enkelkinder noch „Kinder“, fiel es den Großeltern noch relativ leicht, mit ihnen „mitzuhalten“.

*„Ich habe meine Enkel immer bei mir gehabt, Samstag und Sonntag sind wir immer zusammen gewesen, die sind zu mir in den Garten gekommen, war immer recht lustig ... wir hatten da einen Pool, und die haben immer Krawall gemacht ... „Interviewteilnehmerin 6*

*„Früher waren wir immer beieinander, im Burgenland und so. Haben es immer lustig gehabt. Viel Spaß gehabt, Fangen gespielt und alles Mögliche. Oder sie hat mir geholfen, wenn ich etwas gegraben habe im Garten, und da haben wir immer Spaß gehabt, weiß ich, Steine ausgegraben, riesige, weil da sind viele, und da haben wir uns ganz gut vertragen immer ...“  
Interviewteilnehmer 9*

Einen großen Einfluss auf die Rolle scheinen jedoch körperliche Einschränkungen, die mit dem Älterwerden verbunden sind, zu spielen. War es vorher möglich, mit den Enkelkindern

körperlich Anspruchsvolleres zu unternehmen, zwingen die Einschränkungen zu einem alternativen, beziehungsweise auch reduzierten Spielverhalten. Dies ist insofern wichtig, da es einerseits die Beziehung beeinflusst, andererseits aber auch in weiterer Folge zur Inanspruchnahme von institutioneller Pflege führen kann, die wiederum einen eigenen, beeinflussenden Faktor für die Beziehung zwischen Großeltern und Enkelkindern darstellt.

*"Wir haben früher immer gespielt, jetzt kann ich nichts mehr machen mit den Enkelk." Interviewteilnehmer 4*

*„... aber wie ich nicht mehr gehen habe können, durch den Parkinson, war es aus mit den Scherzen. Wir haben schon noch Spiele gemacht, also Trivial Pursuit, haben wir schon noch gespielt, aber ich habe mich nicht mehr so intensiv mit ihr beschäftigen können.“ Interviewteilnehmer 9*

Marginal bleibt die Rolle des/r VersorgerIn erhalten, wenn auch in einer abgeschwächten Form. Daneben übernehmen die BewohnerInnen – wohl auch aufgrund der zunehmenden körperlichen Einschränkungen und dem Wunsch, in Beziehung zu bleiben – jedoch mitunter andere Aufgaben, die sich als beratend oder auch unterstützend beschreiben lassen.

*"Die Mutter ist die härtere, auf sie hören sie mehr, der Papa ist weich, ich kann nur sagen, so oder so, manchmal helf ich ihnen auch beim Durchsetzen von etwas." Interviewteilnehmer 4*

*"Die eine fragt dann, Omi, soll ich heiraten, da sag ich, damit musst du leben, musst du selber wissen." Interviewteilnehmerin 2*

Dezidierte Funktionen aufrechtzuerhalten, scheint jedoch nur mäßig von Belang zu sein. Denn obwohl in den meisten Fällen die „alten“ Funktionen nicht mehr erfüllt werden können oder nicht mehr gebraucht werden, bleiben die Großeltern dennoch "Oma" und "Opa".

*"Aber reden können wir, ich bin ihr Opa und werde es immer bleiben." Interviewteilnehmer 4*

*"Und ich bin die Urli, für alle, ob ich die Oma bin, ich bin für alle nur die Urli." Interviewteilnehmerin 3*

*"Ich bin immer noch der Opi", Interviewteilnehmer 9*

## 5.9 Kategorie: Kinder als Brückenbauer

Ein gutes Verhältnis der Großeltern zu ihren Kindern scheint eine wichtige Voraussetzung für ein gelingendes Verhältnis zu den Enkelkindern darzustellen. Im besten Fall sind es die Kinder, die die Großeltern in den Kreis der Familie zurückholen und damit auch Kontakt zu den wichtigen Enkelkindern herstellen. Umgekehrt beeinflusst ein schlechtes oder schlicht abwesendes Verhältnis zu den Kindern die Beziehung zu den Enkelkindern negativ. Auffällig ist, dass - sollte der Kontakt zu den Kindern nicht gegeben sein - sich auch die mittlerweile erwachsenen Enkelkinder zurückziehen. Trotzdem ist ein gutes Verhältnis der Kinder kein Garant für eine gelungene Beziehung zu den Enkelkindern. Dabei scheinen die Kinder - neben den mittlerweile oft schon verstorbenen LebenspartnerInnen - die wichtigsten, familiären Bezugspersonen darzustellen.

*„Wir haben im Burgenland ein Haus, und da treffen wir uns dann öfters. Zum Wochenende fahren wir hinunter und da sehe ich sie dann öfter. Da werde ich von der Tochter abgeholt.“*  
*Interviewteilnehmer 9*

Oft ist es jedoch eher so, dass die Kinder mit den Enkelkindern zu Besuch kommen. Ein Grund dafür könnten lange Fahrtzeiten und die Gebrechlichkeit, beziehungsweise oft schon eingeschränkte Mobilität der BewohnerInnen sein. Sie illustrieren die Tendenz, sich nach innen verlagernder Beziehungen.

*„Die zwei Enkelkinder kommen mich eh besuchen, der Sohn mit seinen Kindern oder eben die Schwiegertochter.“* *Interviewteilnehmer 4*

Dass die Kinder gleichsam als Brückenbauer zu den Enkelkindern wichtig sind, zeigt auch, dass ihre Abwesenheit und damit das Schwinden der Funktion dieser bedeutsamen Rolle mit einem Schwinden der Beziehung zu den Enkelkindern verknüpft sind. Dabei scheint es überaus entscheidend zu sein, ob das Verhältnis zu den Kindern ein problematisches oder nicht; bei problematischen Verhältnissen scheint es nur schwer zu gelingen, einen guten Kontakt aufrecht zu erhalten.

*Ich habe ja noch 3 Enkel, aber die vergesse ich, da wenig Kontakt, die Eltern sind geschieden, und die Stieftochter hat ihnen den Umgang verboten, jetzt ist halt gar nichts mehr. Sie sind erwachsenen und müssen wissen, zu wem sie wollen.“* *Interviewteilnehmerin 2*

*„Jetzt ist halt zu meiner Tochter kein Kontakt und zu den Enkeln auch nicht.“*  
*Interviewteilnehmer 7*

Andererseits kann es auch zu einem Kontakt kommen, wenn das Verhältnis zur Mutter der Enkelkinder erloschen ist. Dies zeigt die Komplexität und eine gewisse Unvorhersagbarkeit dieser Beziehungen.

*"Kontakte zu den Enkelkindern waren immer da, auch wenn die Mutter verstorben ist."*  
*Interviewteilnehmerin 6*

Auch kann aus einem guten Verhältnis zum Kind keine Garantie für ein ebensolches zu den Enkelkindern abgeleitet werden.

*"Und seit ich da bin, war einmal der Enkel da, die Enkelin nicht."* Interviewteilnehmer 1

### **Stärkster Kontakt zu den Kindern**

Der stärkste Kontakt scheint dennoch zu den Kindern zu bestehen. Wenn weniger Kontakt zu den Enkelkindern besteht, kann er dennoch häufiger mit den Kindern zustande kommen. Eine Erklärung könnte darin begründet sein, dass die Beziehung um einiges länger andauert und die eigenen Kinder durch den in der Regel "strengeren und innigeren Erziehungsauftrag" einen stärkeren Bezug zu den Großeltern aufweisen. Die LebenegefährtInnen fallen – besonders bei den hoch betagten Bewohnerinnen – durch ihr Versterben weg, und oft sind es die Kinder – in einem Fall die Nichte als Vertretung der nächstfolgenden Generation – die den Kontakt und die Beziehung zu ihren Eltern aufrechterhalten.

*"Heute kommt meine Tochter."* Interviewteilnehmerin 3

*„Meine Nichte ist meine Bezugsperson nach außen ... die mir Sachen bringt und mich besucht und plaudert.“* Interviewteilnehmerin 5

*"Mit meiner Tochter bin ich sehr zufrieden. Die hält fest zu mir."* Interviewteilnehmer 9

## **6 Besondere Umstände dieser Arbeit**

Die weltweit ausgebrochene Covid-19 (Coronavirus Disease 2019) sollte dazu führen, daß sich auch im Speziellen die ältere Population in Selbstisolation begeben musste, da sie ein erhöhtes Risiko aufwies, unter einer Infektion kardiovaskuläre, autoimmune, neurokognitive und mentale gesundheitliche Probleme zu bekommen (Armitage, 2020). Auf der anderen Seite konnte diese protektive Maßnahme, die durch zuhause bleiben, Lebensmittel und Medikamente geliefert bekommen, Familie und Freunde nicht zu treffen gezeichnet war, in Depression und Ängstlichkeit führen (Santini, 2020, in Armitage, 2020). Umso wichtiger sei es nach Newman

(2020) Onlinetechnologien zu nutzen, um soziale Netzwerke auszubauen und den Sinn für Zugehörigkeit nicht zu verlieren (Newman, 2020, in Armitage, 2020). Armitage (2020) gibt zwar an, daß es Probleme mit dem Zugang zu oder auch dem Umgang mit digitalen Ressourcen geben könne, betont jedoch, daß entsprechende Interventionen zu erhöhtem, telefonischem Kontakt mit engen Bekannten, Familienmitgliedern oder Gesundheitsfachpersonen führen können.

Dennoch beschäftigen sich die derzeitigen, wissenschaftlichen Publikationen mit den Älteren, die sich zuhause in Selbstisolation befinden (Brooke, 2020, Zhang, 2020, Armitage, 2020). Die Pflegeheime in Österreich unterstützten zwar die BewohnerInnen bei der Kommunikation mit ihren Angehörigen. Papst (2020) berichtete von einer Einrichtung, in der ein Mitarbeiter mit einem Tablet ausgestattet sei und Skype-Sessions für die BewohnerInnen organisiere, die für die Angehörigen wiederum eine Herausforderung sei. Telefonieren sei auf jeden Fall wichtiger. Die wissenschaftliche Ausrichtung lässt jedoch die spezielle Situation in Pflegeheimen außer Acht, auf die die subjektive Auslegung der sozialen Isolierung passen könnte (Valtora, 2012). Unter diesem Aspekt wurde die Frage nach dem Befinden der BewohnerInnen in den Interviewleitfaden integriert.

## 6.1 Maßnahmen zu Covid19 als Verstärker der zentralen Kategorie

Generell zeigt sich, dass die Maßnahmen rund um das Geschehen einen deutlich triggernden Faktor im Hinblick auf die zentrale Kategorie "Soziale Beziehungen verlagern sich von Außen nach Innen" darstellen, da Ausgeh-, sowie Besuchsverbote und -beschränkungen soziale Kontakte erschweren. Als Antwort darauf gibt es seitens der BewohnerInnen Bemühungen, ihre Beziehungen aufrecht zu erhalten. Die Ausführung gestaltet sich jedoch - besonders, wenn BewohnerInnen in ihren Bemühungen auf sich allein gestellt sind - schwierig bis unmöglich. Auch technische Möglichkeiten der Unterstützung können nicht immer angenommen werden. Dennoch fühlen sich die BewohnerInnen - wenn auch auf niedrigem Niveau - sicher und geschützt. Dass therapeutische Angebote abgenommen haben, wird dagegen von beinahe allen als eine erschwerende Zusatzbelastung gesehen. Allerdings gelingt es einigen dennoch dabei, Verständnis für die Situation aufzubringen.

### 6.1.1 Nicht hinauskönnen

Die InterviewteilnehmerInnen bedauerten, nicht hinausgehen zu dürfen. Verbunden mit dem Wunsch nach sozialen Kontakten zeigt dies, dass es auch ein Leben „außerhalb der institutionellen Pflege“ gibt, sei es durch Zusammenkünfte im Rahmen privater Festlichkeiten oder die nicht gänzlich eingeschränkte Mobilität mancher BewohnerInnen, die sie veranlasst, einfach auch mal „nach draußen zu gehen“.

*„Mit dem, was jetzt los ist, kannst du nirgendwo hin, nicht einmal da raus.“  
Interviewteilnehmer 1*

*„Und die Geburtstage, das haben wir auch nicht feiern können, das hat mir schon sehr leid getan, und die haben gesagt, Urli, wann darfst du wieder kommen?“ Interviewteilnehmerin 3*

*„Es ist schon traurig, daß ich nicht raus kann, jetzt momentan.“ Interviewteilnehmer 9*

*"Ich fühlte mich eingesperrt" Interviewteilnehmerin 6*

### 6.1.2 Unterversorgt sein

Die Zugangsbeschränkungen erstreckten sich auf Lieferungen und das Personal. TherapeutInnen wurden nicht hinein gelassen, sodass die BewohnerInnen schnell merkten, dass sie sie brauchten, um einer schnellen Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes vorzubeugen oder Zustände, in denen sie sich befanden, zu verbessern.

*„Und durch das Corona, den Virus, haben wir keine Therapie, ist noch nicht offen, bräuchte ich für meine Füße.“ Interviewteilnehmer 7*

*„Mir ist es nicht gut gegangen, weil niemand gekommen ist, um mit mir zu turnen, also mich ein bisschen bewegen, es geht mir jetzt auch viel schlechter als vor ein paar Monaten ...“  
Interviewteilnehmerin 8*

Gleichzeitig verschoben sich die Grenzen, die den BewohnerInnen aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit und Mobilitätseinschränkungen ohnehin auferlegt waren, zu einem noch engeren Radius zusammen.

*"Wir sind halt nur in unserem Bereich, wenn man wieder ins Erdgeschoss darf, hat man schon Möglichkeiten, Radfahren, Ballspielen, aber heroben gibt es keine Möglichkeiten."  
Interviewteilnehmer 3*

Auch die medizinische Versorgung wurde priorisiert, wenn auch bestimmte Grundleistungen immer vorhanden waren. Die Möglichkeit, das medizinische Leistungsspektrum voll auszuschöpfen, war eingeschränkt.

*„Also, das geht mir schon ab mit dem Obst, und daß man nicht zu den Fachärzten hingehen kann. Zum Beispiel einen Hautarzt, aber das ist nicht möglich, die verschreiben eine Salbe. Ich habe vorher schon zum Facharzt gehen können hier im Haus. Ich seh ein, daß man versucht, die Leute möglichst wenig herum zu schieben, aber es ist halt blöd, wenn man dringend einen Arzt braucht und kriegt halt keinen. Zahnarzt kriegt man schon, wenn notwendig. Naja, das stört mich schon, aber das wird jetzt auch besser, glaube ich.“ Interviewteilnehmer 9*

### 6.1.3 Keine Besuche erhalten können

Für die meisten waren die ausbleibenden Besuche belastend. Wenn diese ausblieben, fehlte manchen sogar ein Grund, um überhaupt aus ihrem Zimmer, in dem sie sich ohnehin oft aufhielten, herauszukommen.

*„Es war furchtbar, wenn du alleine bist, ich bin nicht mehr nach vorne gefahren, vorher bin ich immer herumgefahren.“ Interviewteilnehmer 4*

*„Während der Krise ging es mir eh gut, nichts abgegangen ... außer, daß nicht jede Woche Besuch kommt, aber was nicht ist, ist nicht.“ Interviewteilnehmerin 2*

Brüchige Beziehungen oder seltene Kontakte wurden durch die reduzierten Besuchsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

*„Ich sehe sie halt selten, jetzt überhaupt, weil sie jetzt so mit dem Virus nicht kommen können.“ Interviewteilnehmer 9*

### 6.1.4 Auf andere Möglichkeiten ausweichen

Einige BewohnerInnen wichen auf das Telefon aus, um Kontakt aufrechtzuerhalten, wenn dies auf andere Weise nicht möglich war. Für viele ersetzte diese dennoch nicht den direkten Kontakt durch einen physischen Besuch und stellte in den meisten Fällen eine unbefriedigende Notlösung dar. Noch schwieriger stellte sich die Kommunikation über modernere Technik heraus – etwa Tablets – die sich hinsichtlich Bedienung und visueller Möglichkeiten stark von Telefonen unterscheiden.

*„Naja, wir haben telefoniert, aber sie haben halt nicht herkommen können...“,  
Interviewteilnehmerin 3*

*Telefonieren ist zwar gut, aber fällt oft nicht viel ein, in dem Moment vergisst man“  
Interviewteilnehmerin 6*

*„Tablet, ich bin halt nicht so der Technikmensch ... kann damit nicht umgehen“  
Interviewteilnehmer 9*

#### 6.1.5 Sich dennoch beschützt fühlen

Gesundheitliche Sorgen durch das Virus – oder eine große Gefahr – wurde nicht gesehen. Die BewohnerInnen schätzten sich richtig als Risikogruppe ein, der eine entsprechende Erkrankung beträchtlichen, gesundheitlichen Schaden zufügen konnte, fühlten sich in der institutionellen Pflege jedoch beschützt, wenn auch das Risiko sich anzustecken gegeben war.

*„Da ist es halt am strengsten hier, vom Alter her sind wir sehr gefährdet. Aber eigentlich keine Angst um mich, sondern eher um meine Frau zuhause, weil die ist auch anfällig, die hat ein Nierentransplantat, und da ist das Immunsystem schlecht.“ Interviewteilnehmer 9*

*„Da herinnen ist auch noch niemand angesteckt worden, was ich weiß, da wird schon gut aufgepasst, obwohl es natürlich sein kann, daß von draußen, das das Personal geht ja doch raus, wenn wir schon nicht hinaus gehen.“ Interviewteilnehmer 9*

*"Nein, keine Angst gehabt, so behütet wie hier" Interviewteilnehmerin 6*

#### 6.1.6 Verständnis für die Situation aufbringen

Immerhin zeigten die BewohnerInnen jedoch auch Verständnis für die derzeitige Situation. Das Verstehen um die tatsächliche Gefahr durch eine schwer verlaufende Erkrankung schien ihnen zu helfen, mit den Einschränkungen, mit denen sie konfrontiert wurden, besser bewältigen zu können.

*"Während der Krise ging es mir eh ganz gut, mir ist nichts abgegangen." Interviewteilnehmerin 2*

*"Da herinnen ist es mir eh gut gegangen." Interviewteilnehmer 1*

*"Ich bin froh, solange es uns gelingt, den draußen zu haben." Interviewteilnehmer 3*

## 7 Diskussion

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse dieser Studie zur Beantwortung des Forschungszieles herangezogen und in Bezug auf die im Theorieteil behandelten Themen diskutiert. Das leitende Interesse dieser Masterarbeit war dabei, herauszufinden, wie sich die Gestaltung des sozialen Gefüges von BewohnerInnen bei Eintritt in die institutionelle Pflege verändert unter dem besonderen Gesichtspunkt der Gestaltung der Beziehung zu den Enkelkindern. Das Ergebnis kann dahingehend zusammengefasst werden, dass sich bei Eintritt in die institutionelle Pflege bei BewohnerInnen eine deutliche Verschiebung des sozialen Gefüges, beziehungsweise ihrer sozialen Beziehungen ergibt. Diese folgt grob dem Muster "Soziale Beziehungen verlagern sich von Außen nach Innen". Dabei ist dieses Phänomen der Verschiebung mehrdimensional.

Die erklärenden Unterkategorien "Die Entfernung ist zu groß", "Viele sind bereits verstorben" und "Besuche nehmen ab" können dabei als Erklärungen der zentralen Kategorie gesehen werden und werden unter „Kontakte gehen verloren“ zusammengefasst und diskutiert. Die Kategorien "Mit MitarbeiterInnen zusammenkommen“ und "Mit BewohnerInnen zusammenfinden" werden unter „Neue Kontakte knüpfen“ zusammengefasst und bilden mit "Kinder als Brückenbauer" und "Enkelkinder bleiben wichtig" ehestens - angelehnt an das Kodierparadigma - die Strategien und Taktiken, wobei letztere einander beeinflussen. "Kinder als Brückenbauer" und "Enkelkinder bleiben wichtig" werden für die Diskussion zu „Beziehungen nach Außen erhalten wollen“ zusammengefasst.

### 7.1 Kontakte gehen verloren

Für viele BewohnerInnen und ihre sozialen Beziehungen entstehen oftmals durch den Eintritt in die institutionelle Pflege größere Entfernungen. Dass sich die Zahl und auch die Qualität der Kontakte und somit auch die Qualität der jeweiligen Beziehungen ändern, scheint daraus zumindest angenommen werden zu können. Dabei scheint es auch Großteils unabhängig von der Art der Beziehung zu sein - eine Entfernung spielt immer eine gewisse Rolle und wirkt sich auf das Verhältnis aus. Erschwerend mag auch die eigene Einschränkung der Mobilität hinzukommen als auch die von Freunden und Bekannten, die annähernd im selben Alter sind und sich in ähnlichen Lebens- und Wohnverhältnissen wiederfinden. Dabei werden Entfernungen - und sei es nur die nächste Station oder ein anderes Stockwerk - schier unüberbrückbar. Dies deckt sich mit den Erhebungen Gutheils (1991), daß sich Freunde etwa im gleichen Alter befinden und möglicherweise ebenfalls in ihrer Mobilität eingeschränkt sein könnten, was ein Zusammentreffen schwierig oder unmöglich machen würde (Gutheil, 1991).

Dasselbe gilt für das Verhältnis von Großeltern zu Enkelkindern, das durch eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst wird, von denen eine gewisse räumliche Distanz ohnehin von erheblicher Relevanz ist (Roberto und Stroes, 1992, in Werth, 2020), die durch einen Eintritt in die institutionelle Pflege noch vergrößert werden kann (Tobin, 1981).

Dabei steht ein unfreiwilliger Wohnortwechsel - zusammen mit der fehlenden Einbeziehung der BewohnerInnen in den Prozess des Eintritts in die institutionelle Pflege durch die Angehörigen - für ein wesentliches Ansteigen des Angstpegels und möglicherweise ein schlechteres Anpassungsvermögen an die neue Lebenssituation (Thomasma, 1991, in Nay, 1995). In dieser Arbeit scheinen große Entfernungen nicht mit größerem Belastungsleben einherzugehen - möglicherweise auch aufgrund der Tatsache, dass es für die BewohnerInnen meist eine Art Einverständnis mit der dringlichen Situation gegeben hat, in die institutionelle Pflege zu gehen. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass BewohnerInnen, die sich mit der Notwendigkeit des Eintritts in die institutionelle Pflege abgefunden haben, auch eine höhere Toleranz für die größere Entfernung früherer Kontakte besteht.

Soziale Beziehungen enden auch mit dem Tod. Da die InterviewteilnehmerInnen zum größten Teil Hochbetagte sind, wundert es nicht, dass von der Stammfamilie schon viele verstorben sind. Großeltern wie Eltern fallen hier weg, ebenso oftmals Personen, die nur geringfügig älter sein mögen wie etwa Geschwister. Somit entfallen wichtige Ressourcen, die soziale Beziehungen erst möglich machen. Dennoch geben bei Bitzan (1990) immerhin 11% ihre Geschwister als jemanden an, der/die zu den BewohnerInnen in enger Verbindung stehen, gefolgt von 4,5% an EhegattInnen. Männer geben dabei eher die Ehefrauen als jemanden an, mit dem/r sie in enger Verbindung stehen, während es bei Frauen eher die Kinder sind. Bemerkenswert ist dennoch, dass es eher die Frauen sind, die auch durch ihr höher zu erreichendes Lebensalter oft diejenigen sind, die zuhause die Fürsorge des Gatten übernehmen, wobei sie selbst auch oft alleine und beeinträchtigt lange zuhause bleiben (Tobin, 1981), was auch aus dieser Arbeit hervorgeht. Bei kürzerer Lebenserwartung von Männern (Statistik Austria, 2018) ergibt sich damit das Bild des überwiegend weiblichen Anteils in der institutionellen Pflege (Statista, 2018). Neben dem Gatten sind jedoch auch die Kinder – oftmals schon selbst im fortgeschrittenen Erwachsenenalter – zuweilen schon verstorben (Tobin, 1981). Immerhin geben von den 65- bis 79-Jährigen beinahe 30% an, keine Familie zu haben, wobei angenommen werden kann, dass hier wenigstens zum Teil verstorbene Mitglieder der ehemaligen Stammfamilie gemeint sein werden.

Die meisten BewohnerInnen geben an, dass Besuche allgemein abnehmen. Dass Besuche abnehmen, kann auch vereinzelt damit begegnet werden, dass einige BewohnerInnen ein gewisses Maß an sozialem Rückzug als Teil des Älterwerdens empfinden und auch brauchen. Für die BewohnerInnen bei Nakrem (2011) stellte jedoch das Bedürfnis nach sozialen Kontakten und dem Bedürfnis, allein zu sein, einen Balanceakt dar. Das Bedürfnis scheint dennoch evident zu sein.

Dass soziale Verbindungen per se oft abbrechen würden bei Eintritt in die institutionelle Pflege, bestätigen auch Cantor (1979) und Brown (1981) in Gutheil (1991). Die Erklärungen dafür liegen im Allgemeinen darin begründet, dass sie eben jetzt nicht mehr - wie vor dem Eintritt in die institutionelle Pflege - im selben Umfeld leben. Ein Teil dieser Kontakte scheint über das Telefonieren kompensiert oder ergänzt zu werden, was auch Mickus (2002) im Rahmen der Videotelefonie untersucht hat. Dies stellte eine Möglichkeit dar, gewisse Entfernungen zu den Angehörigen zu überbrücken, was einerseits die Überschneidung dieser Kategorie zu „Die Entfernung ist zu groß“ unterstreicht, andererseits aber auch deutlich macht, dass viele BewohnerInnen – wenn nicht nur mit minimaler Unterstützung – so doch erhebliche Probleme aufwiesen in der Nutzung. Grundsätzlich könnte daher die Praktikabilität technischer Geräte in Frage gestellt werden, wenn diese aus dem Bereich der „physiologischen“ Handhabbarkeit in die institutionelle Pflege transferiert werden. Abseits davon könnte die Autonomie im Pflegen sozialer Kontakte erhalten bleiben, wenn BewohnerInnen durch die Unterstützungsleistungen der professionellen Pflege und damit einhergehender Voraussetzungen dienstlicher Rahmenbedingungen nicht eingeschränkt würden.

Dennoch ist es nicht so, als wären BewohnerInnen auf einen „Fall“ reduziert, der isoliert auf Besuche warte. Richtig ist, daß Verbindungen zu den Angehörigen bestehen bleiben können und die Angehörigen Möglichkeiten haben, sich in den Pflegealltag einzubringen. Zu diesen Aktivitäten werden Besuche und sozio-emotionale Formen der Hilfe ebenso genannt wie die Hilfestellung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), als auch bei sogenannten instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) (Linsk, Miller, Pflaum & Ortigara-Vick, 1988; Moss & Kurland, 1979; Rubin & Shuttlesworth, 1983; Schwarz & Vogel, 1990; Shuttlesworth, Rubin & Duffy, 1982 in Gaugler, 2004). Immerhin verbringen die Gattinnen viel Zeit mit dem Gatten in der institutionellen Pflege. Somit verwenden sie dennoch viel Zeit und Energie auf die Versorgung ihres Gatten, auch wenn dieser nicht mehr zuhause ist – und vergessen dabei, ihr eigenes Netzwerk an Unterstützung zu erhalten (Kaplan, 1991). Dass der Eintritt in die institutionelle Pflege eine Bedeutung für soziale Beziehungen – wie etwa die der

besonderen „Ehe“ – hat, illustriert Kaplan (1991) damit, dass Gattinnen von Bewohnern eine Veränderung ihrer Ehe wahrnehmen. Einen Gatten in der institutionellen Pflege zu haben, ist, als hätten die Frauen einen Gatten und – so empfinden sie es genauso – als hätten sie keinen Gatten. Dies unterstreicht, dass das Überleben bloßer Beziehung nicht unbedingt die Qualität einer Ehe erreicht (Ade-Ridder, 1985 in Kaplan, 1991). Dabei wird der Beziehungstyp der Partnerschaft - ob innerhalb oder außerhalb einer Ehe - gleichzeitig als eine sexuelle und soziale zwischen zwei und mehr Menschen gesehen (Werth, 2020). Sie wird häufig in wissenschaftlichen Untersuchungen als relativ neutrale Bezeichnung für eine enge Beziehung zwischen zwei Menschen gewählt. Es kann sich hierbei um eine eheliche, nicht-eheliche Lebensgemeinschaft, um eine enge Liebesbeziehung oder eine lockere Zweckgemeinschaft handeln (Heidenbrink, 2009). Dabei spielt insbesondere die Bindungstheorie Bowlbys (1958 in Werth, 2020) bei Paarbeziehungen eine besondere Rolle. Paare als LebenspartnerInnen suchen körperliche Nähe zueinander, fühlen sich gestresst, wenn sie unangenehme Situationen alleine meistern sollen, suchen und spenden sich gegenseitig Trost und trauen sich mehr, wenn sie zuvor Nähe und Unterstützung des/r PartnerIn erfahren haben (Werth, 2020). So muss in weiterer Folge angenommen werden, dass sich die Wahrnehmung „ihrer“ Ehe verändert, aber keinen Abbruch der „Partnerschaft“ bedeuten muss, wenn die Eigenschaften nach Werth (2020) zum Vergleich genommen werden. Umgekehrt könnte die Partnerschaft als Ehe eventuell nur dann als solche gesehen werden, wenn „Wohnräume“ geteilt werden.

Allgemein sehen sich Angehörige selbst in der Verantwortung, sich mit der neuen Situation bei Eintritt in die institutionelle Pflege "vertraut" zu machen (Davies, 2004). Allerdings zeigt auch Westin (2009), dass sich Angehörige richtiggehend "eingeladen" fühlen können, wenn sie von der professionellen Pflege beachtet, gesehen und willkommen geheißen werden. Auch die professionelle Pflege sieht Angehörige als wichtig für den/die BewohnerInnen an, um die Atmosphäre heimlicher und normaler zu gestalten, wobei manche Angehörige mehr Aufforderung bräuchten, sich einzubringen als andere (Russell, 2002). Unter anderem bringen sich die Angehörigen durch sozio-emotionale Formen der Hilfe sowie Hilfestellung bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL), als auch bei sogenannten instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens (IADL) ein (Linsk, Miller, Pflaum & Ortigara-Vick, 1988; Moss & Kurland, 1979; Rubin & Shuttlesworth, 1983; Schwarz & Vogel, 1990; Shuttlesworth, Rubin & Duffy, 1982 in Gaugler, 2004). Allerdings führte insbesondere die Involvierung in instrumentelle Aktivitäten des täglichen Lebens zu einem niedrigeren Niveau an intemem Austausch (Gaugler, 2004). Abgesehen davon sind Angehörige unter anderem durch

Gegebenheiten und Regeln einer Institution Grenzen gesetzt, ihre Rolle auszuüben (Gaugler, 2004).

Eine wichtige Erkenntnis dieser Arbeit besteht darin, dass Angehörige ihre Rolle oder Funktion ein Stück weit selbst suchen und definieren. Wie in der Kategorie „Kinder als Brückenbauer“ ersichtlich, kann dies auch im Rahmen einer extramuralen Zusammenführung der Familie geschehen. Besonderen Stellenwert scheinen wichtige Zusammenkünfte im Rahmen festlicher Aktivitäten zu haben - etwa Geburtstage und Weihnachten – um „alle“ zu sehen und gesehen zu werden.

## 7.2 Neue Kontakte knüpfen

Mit MitarbeiterInnen zusammen zu kommen, illustriert soziale Beziehungen, die zum Teil auch zufällig sind und zustande kommen, auch wenn dies von BewohnerInnen nicht initiiert wurde. MitarbeiterInnen sind sich dabei jedoch nicht unbedingt bewusst, dass BewohnerInnen sich auch eine Form sozialer Beziehung wünschen, die über pflegerische Routinehandlungen hinausgehen. Sich für Gespräche abseits der täglichen Pflege zu engagieren, nichtverbalen Austausch wie einfaches Lächeln zu leben und persönliche Geschichten auszutauschen, kann die weniger positiven Aspekte des Lebens in der institutionellen Pflege weniger spürbar machen (Cook 2010). Immerhin gaben bei Bitzan (1990) auch 58% der BewohnerInnen an, daß sie sich jemandem innerhalb der Institution nahe fühlen. 27,1% gaben eine/n MitbewohnerIn an, der/die nicht gleichzeitig der/die ZimmernachbarIn war, 6,3% die Krankenschwester, 3,3% eine/n TherapeutIn, 0,6% eine/n HausarbeiterIn und 42,7% gaben an, innerhalb der Institution niemandem nahe zu stehen (Bitzan 1990).

Die meisten BewohnerInnen berichteten bei Nay (1995) davon, dass der Eintritt in die institutionelle Pflege notwendig war und dass sie sich gewahr wurden, keine Alternative zu haben. Somit war es in den meisten Fällen eine erzwungene Entscheidung. Legt man Johnsons Bericht (2014) auf die sozialen Beziehungen um, die BewohnerInnen mit MitarbeiterInnen eingehen, so scheinen diese ihr "Bestes" daraus machen zu wollen, was einerseits für die oben eher nicht initiierte Beziehungsaufnahme spricht, allerdings auch einen gewissen Spielraum für eigene Gestaltungsmöglichkeiten offen lässt. DiBerardinis (1981) ging hingegen sogar so weit, dass er die Arten sozialer Beziehungen in der institutionellen Pflege in zwei Hauptkategorien unterteilte. Erste waren die selbst-gewählten Beziehungen (wie etwa Freunde und Familie), die zweite bestand aus jenen, die durch die Institution vorgegeben waren (etwa MitarbeiterInnen und andere BewohnerInnen).

Pohlmann (2013) stellt eine gewisse Ambivalenz der Pflegenden zwischen Nähe und Distanz in der Beziehung zu PatientInnen fest. Beziehungen zu PatientInnen finden innerhalb verschiedener Gegenpole statt, wie beispielsweise «Sympathie» und «Antipathie» oder «helfen können» und «Hilflosigkeit». Die Gestaltung der Beziehung erfolgt häufig wenig professionell und ist von der spezifischen Situation und den beteiligten Individuen abhängig. Nach Cook (2010) jedoch sind es gerade interpersonelle Interaktionen, die über die Pflegehandlungen hinausgehen, die dazu führen, dass BewohnerInnen die Beziehungen zu den MitarbeiterInnen mit Worten wie Freundschaft, Liebe und Sich kümmern beschreiben. Werth (2020) konstatiert zwar, dass professionelle Beziehungen durch einen direkten Austausch von Gütern und Dienstleistungen zustande kommen. Es handelt sich zwar in erster Linie um einen aufgabenorientierten Kontakt, der sich jedoch im Laufe der Zeit zu einer sehr intensiven Beziehung entwickeln kann. Dabei variieren der Grad an Nähe, Offenheit, Dauer, emotionaler Bindung und Machtverteilung nach Art der professionellen Beziehung erheblich (Werth, 2020). Gemäß der langen Verweildauer von BewohnerInnen in der professionellen Pflege kann sich deshalb eine andere Qualität von Beziehung entwickeln als sie im Krankenhaus der Fall ist.

Unterstrichen wird dies durch die Arbeit von Roberts (2018), in der die BewohnerInnen beschrieben, dass sie freundschaftliche Beziehungen zu MitarbeiterInnen haben, die ihnen Dinge oder Unterstützung gaben, die sie zusätzlich brauchten. Schließlich beschrieben die BewohnerInnen freundschaftliche Beziehungen mit MitarbeiterInnen, dass sie als etwas Besonderes oder Einzigartiges erkannt haben. Die BewohnerInnen schätzten zum Beispiel den Einsatz von spezifischem und individuellem Humor. Einige BewohnerInnen beschrieben auch dass sie es genossen, einzigartige Spitznamen zu haben. Eine Bewohnerin erzählte, wie sehr sie ihren Spitznamen und die Spitznamen der anderen mochte, die sie zu einer besonderen "Crew" machten und es ihr half, einen bestimmten Mitarbeiter zu erkennen von den vielen, an die sie sich nicht erinnern konnte, und gab ihr das Gefühl, dass man sich an sie erinnerte.

Nach Nakrem (2011) gab es für BewohnerInnen einen Balanceakt zwischen dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten und dem Bedürfnis, allein zu sein. Die BewohnerInnen hatten viel Kontakt mit einer Vielzahl von MitarbeiterInnen. Jemanden zu haben, mit dem man tagsüber reden kann, wurde als wichtig für die Lebensqualität angesehen. Die meisten BewohnerInnen betonten eine enge Beziehung zu den professionell Pflegenden als einen wichtigen Faktor für einen guten Tag. Nur wenige nannten jedoch eine bestimmte Pflegekraft als besonders hervorgehoben und das Pflegepersonal wurde von den meisten BewohnerInnen als "alle gleich" gesehen. Viele der BewohnerInnen hatten jedoch das Gefühl, dass das Personal sich wirklich

um sie auf einer persönlichen Ebene kümmerte, was sie durch gelegentliche Umarmungen oder gelegentliche, freundliche Worte zeigten. Ein gutes Gespräch wurde als eines angesehen, das eine gute Atmosphäre aufweisen konnte, in der die Pflegekraft sowohl über ihr Leben als auch über die Interessen des/r BewohnerIn sprechen konnte. Dieser wechselseitige Austausch stärkte bei den BewohnerInnen das Gefühl der Zugehörigkeit. Manchmal saß das Personal in den Kaffeepausen im gemeinsamen Wohnzimmer und führte Gespräche mit den BewohnerInnen. Dies wurde sehr geschätzt und motivierte sie zum Mitmachen. Auch wenn die meisten BewohnerInnen das Gefühl hatten, eine gute Beziehung zu den Pflegekräften zu haben, waren einige BewohnerInnen skeptisch über das, was die Beziehung ihnen bieten könnte. Manche erwähnten, dass die MitarbeiterInnen zu jung seien, um ältere Menschen zu verstehen und äußerten, dass die jungen Pflegekräfte Interessen hätten, die sie nicht interessieren. Außerdem war die einzige Zeit, in der sie die Möglichkeit hatten, ausführlich zu sprechen, während der morgendlichen Pflege, die oft von Eile geprägt war. So hatten die Bewohner das Gefühl, dass die MitarbeiterInnen das Bedürfnis nach einer engen Beziehung nicht so erfüllen konnte, wie es Freunde oder Familie können (Nakrem, 2011).

Nicht alle BewohnerInnen wünschten sich jedoch enge Beziehungen zu den MitarbeiterInnen. Einige BewohnerInnen beschrieben, wie wichtig es ist, professionelle Grenzen zu den MitarbeiterInnen einzuhalten. Diese BewohnerInnen investierten Energie darin, enge Beziehungen zu vermeiden. Wenn die MitarbeiterInnen Strategien zum Beziehungsaufbau mit diesen BewohnerInnen anwendete, beschrieben die BewohnerInnen, dass sie professionelle Grenzen setzen, indem sie vorsichtig auf eine Art und Weise reagieren, die die MitarbeiterInnen nicht verärgern, aber auch nicht den Eindruck erwecken, dass sie an einem persönlichen Austausch mit ihnen interessiert seien (Roberts, 2018). In Fällen kontroverser Beziehungen mit MitarbeiterInnen blieben die BewohnerInnen sparsam mit Details, gaben jedoch allgemein an, mit MitarbeiterInnen Probleme zu haben, ohne sagen zu können, wie es dazu kam oder was die Ursache wäre. Bei manchen dieser MitarbeiterInnen nahmen die BewohnerInnen eine verzögerte Versorgung wahr (Roberts, 2018).

Im besten Fall - und das deckt sich mit den Erkenntnissen dieser Arbeit - können BewohnerInnen ihre vormaligen Beziehungen über die MitarbeiterInnen kompensieren. Die BewohnerInnen sind jedoch dabei nicht nur jene, die ausschließlich aufgrund ihrer Vulnerabilität eine Voraussetzung haben, mit MitarbeiterInnen in Verbindung zu treten Hewison (1995, in Hagerty, 2003). Vielmehr versuchen sie Nähe zu den MitarbeiterInnen herzustellen, soweit sie das selbst wollen und mit jenen zu vermeiden und auf professioneller

Ebene zu verbleiben, soweit sie das nicht wollen. Dass BewohnerInnen darauf aufpassen müssen, MitarbeiterInnen bei einem Verbleib auf professioneller Ebene nicht zu verärgern, um keine schlechtere Pflege zu erhalten, spiegelt nur die asymmetrischen Machtverhältnisse wieder, die zwischen professioneller Pflege und BewohnerInnen bestehen. Somit gibt es Spielraum für eine soziale Beziehung, die über "aufgabenorientierte" Beziehung hinausgeht, die jedoch selbige niemals untergraben sollte.

Die Balance zwischen dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten und dem Bedürfnis nach Zeit für sich selbst wurde von den BewohnerInnen selbst hergestellt, indem sie selbst entschieden, wie viel Zeit sie in den Gemeinschaftsräumen und ihren privaten Zimmern verbrachten (Nakrem, 2011). In dieser Arbeit wird darüber hinaus beschrieben, dass BewohnerInnen auch schwindenden Kontakt zu den engsten Vertrauten nach "Draußen" als Teil einer "Ruhe des Älterwerdens" sehen.

Kang (2017) unterstreicht hingegen, daß BewohnerInnen von Pflegeheimen Beziehungen brauchen, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, wie verbunden, respektiert und unterstützt zu sein. Sie führen auch zu positiven Outcomes wie dem Gefühl, bedeutsam und kompetent zu sein. Umgekehrt führte ein Mangel an Beziehungen zu Gefühlen wie Vernachlässigung, Isolation und Hilflosigkeit. Dabei sind Beziehungen auch mit MitbewohnerInnen wichtig – und möglich - um als eigenständige Person wahrgenommen zu werden (Owen & Meyer 2012 in Kang 2017). Retsinas (1985) fand dabei heraus, dass die meisten eine/n FreundIn nennen konnten, während die maximale Anzahl an FreundInnen sechs betrug. Casey (2015) berichtete von knapp 30%, die Freundschaften mit anderen BewohnerInnen pflegten, und 30%, die zufällige, positive Beziehungen aufwiesen. 20% identifizierten positive Beziehungen mit einem oder mehr BewohnerInnen anderer Wohngruppen.

Einige Beziehungen in vorliegender Arbeit sind von der Verfassung eher als neutral zu beschreiben. Bei Roberts (2018) existieren neben neutralen auch noch zweckmäßige – oder auch als funktionell bezeichnete – Beziehungen, die hauptsächlich darauf ausgerichtet sind, Bedürfnisse zu befriedigen. BewohnerInnen erzählen dabei vom Helfen eines/r anderen BewohnerIn, mit dem/r sie keine andere Beziehung oder Verbindung haben, und unterscheiden dabei zwischen einfacher Hilfe (etwa den Fernseher einzuschalten) und dringender Hilfe im Falle eines Notfalls (etwa, wenn ein/e andere/r BewohnerIn vom Rollstuhl rutscht (Roberts, 2018).

Bei Roberts (2018) gaben die BewohnerInnen oft an, dass sie "viele Freunde" haben oder "mit jedem befreundet" sind. Wenn sie jedoch eindringlicher gefragt wurden, beschrieben die

BewohnerInnen, was man als Bekanntschaft und nicht als Freundschaft bezeichnen würde. Die BewohnerInnen beschrieben wenig Interaktion mit diesen "Freunden", abgesehen von gelegentlichen Grüßen (etwa auf dem Flur zu winken oder im Vorbeigehen grüßen) und nur eine oberflächliche Vertrautheit miteinander. Die BewohnerInnen beschrieben zum Beispiel, dass sie nur den Namen einer Person kennen oder die allgemeine Lage des Zimmers (Roberts, 2018). Als die BewohnerInnen gefragt wurden, ob irgendwelche Freundschaften wichtiger seien als andere, nannten sie im Allgemeinen eine innerhalb des Pflegeheims. Die BewohnerInnen benutzten die Begriffe „besonders" oder "nett", um diese Person oder Beziehung zu beschreiben. Außerdem sprachen die BewohnerInnen nicht allgemein von Bekannten, sondern nannten diese FreundInnen beim Namen. Die zwanglose Freundschaft war gekennzeichnet durch einen gegenseitigen Austausch von Informationen über die Familie des anderen. Die BewohnerInnen beschrieben auch, dass sie Zeit mit ihren FreundInnen verbringen, um Dinge zu besprechen oder zu tun, die ihnen Spaß machen. Während die Zeit in einer lockeren Freundschaft den BewohnerInnen etwas gab, worauf sie sich freuen konnten, wurden sie nicht mit so intensiven Emotionen oder Bindungen beschrieben wie enge Freundschaften. (Roberts, 2018)

Gutheil (1991) fand es in ihren Erhebungen nicht überraschend, daß BewohnerInnen, die in einem Heim freundschaftliche Kontakte leben, dies über das tägliche Gespräch tun, wie es auch in dieser Arbeit beschrieben wird. Ein Grund bei Gutheil (1991), sich zusammenzufinden, ist der über gemeinsam eingenommene Mahlzeiten, eine wichtige, soziale Komponente, die in vorliegender Arbeit ebenfalls vorkommt. Räumliche Nähe kann die Entwicklung freundschaftlicher Beziehungen zu MitbewohnerInnen beeinflussen. BewohnerInnen, die Schwierigkeiten hatten, sich in der Einrichtung selbstständig zu bewegen, hatten die Möglichkeit, bei Aktivitäten wie Mahlzeiten oder in der Freizeit in der Nähe zu sitzen. Aber auch BewohnerInnen, die sich einigermaßen selbstständig in der Einrichtung bewegen konnten (etwa durch Schieben des Rollstuhls mit den Füßen), brauchten einen Treffpunkt, an dem sie in der Nähe anderer sein konnten und die Möglichkeit hatten, sich gegenseitig zu hören (aufgrund der Schwerhörigkeit). Zum Beispiel beschrieben einige BewohnerInnen, dass es eine große Gruppe von Freunden gab, mit denen sie um einen großen runden Tisch in der Lobby saßen. Der Raum ermöglichte ihnen einen Treffpunkt, an dem sie das "Treiben" in der Einrichtung beobachteten, sich austauschten und über gemeinsame Interessen, Familien und aktuelle Ereignisse plauderten. Ein weiterer gemeinsamer Ort, der von den BewohnerInnen als zentral für ihre Freundschaften genannt wurde, war der Tisch im Esszimmer. Dieser Raum war ein Ort, wo sie sich darauf verlassen konnten, andere regelmäßig in einer Umgebung zu treffen, in der

sie die Möglichkeit hatten, einige Zeit mit ihren TischnachbarInnen zu kommunizieren. Die räumliche Nähe konnte auch der Entwicklung enger Beziehungen abträglich sein, weil sie Menschen, die sich mögen, auseinander und Menschen, die sich nicht mögen, nahe beieinander halten kann. Beziehungen, die sich auf körperliche Nähe stützen, können leicht verändert oder unterbrochen werden, wenn der/die BewohnerIn keinen Zugang mehr zu FreundInnen hatte. Zum Beispiel beschrieb eine Bewohnerin eine enge Beziehung zu einer früheren Mitbewohnerin. Nach mehreren Stürzen wurde die Bewohnerin jedoch in ein entfernteres Zimmer verlegt (Roberts, 2018).

Das Finden und Verbinden mit jemandem, der ähnlich ist, beeinflusst positiv und war wesentlich für die Entwicklung von freundschaftlichen Beziehungen. BewohnerInnen, die feststellten, dass ihre Interessen denen einer/s anderen BewohnerIn ähnlich waren, entwickelten natürliche Affinitäten zueinander. Ähnliche BewohnerInnen hatten eine Gesprächsbasis und gemeinsames Wissen oder Erfahrungen, aus denen sie schöpfen konnten; sie taten dies besonders gerne durch das Schwelgen in Erinnerungen. Diese Verbindung war häufig mit MitbewohnerInnen (Roberts, 2018).

Die Persönlichkeit kann die Entwicklung von freundschaftlichen Beziehungen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen. BewohnerInnen, die von Natur aus positiver, extrovertierter, freundlicher oder sozialer waren, konnten leicht Freundschaften mit anderen entwickeln und ergriffen oft die Initiative und suchten sich andere, mit denen sie sich unterhalten können. Allerdings gab es auch BewohnerInnen, die ein mangelndes Interesse an der Entwicklung von Beziehungen hatten und damit zufrieden waren, in ihren Zimmern zu bleiben. (Roberts, 2018)

## **Hürden**

Es ergeben sich ebenfalls Hürden aus Umständen wie einer abwehrenden Haltung gegenüber neu Eintretenen oder dass sich - zumindest auf der eigenen Station - niemand zum Plaudern findet, ob das nun aus mangelndem Interesse des Gegenübers oder dem Fehlen geeigneter Gesprächspartner geschuldet ist. Sind viele BewohnerInnen mit einer höhergradigen dementiellen Erkrankung vor Ort, fällt es besonders schwer, eine Kommunikation zu führen. Bei Nakrem (2011) war es ebenfalls problematisch, eine Beziehung zu BewohnerInnen mit kognitiven Defiziten oder schweren Behinderungen herzustellen. Eine Bewohnerin äußerte das Gefühl, aus der Gemeinschaft des Pflegeheims ausgeschlossen zu sein und sagte, dass es „Cliques“ von BewohnerInnen gäbe, die nicht mit ihr reden wollten (Nakrem, 2011). Auch in vorliegender Arbeit erzählte eine Bewohnerin davon, zumindest zu Beginn, ausgeschlossen

worden zu sein. Ein Umstand, der die Situation durch die relativ geringe Anzahl nicht dementer BewohnerInnen auf der Station noch schwieriger machte.

Geistige Klarheit, klare Aussprache und Sehen können waren ebenfalls bei Roberts (2018) die Schlüsseldeterminanten, die voraussagten, ob jemand sozial isoliert war oder auch FreundInnen hatte. Die BewohnerInnen beschrieben, dass es ihnen schwer fiel, freundschaftliche Beziehungen, insbesondere enge Beziehungen, zu anderen BewohnerInnen aufzubauen, die sie als unfähig wahrnehmen, effektiv zu kommunizieren. BewohnerInnen, die nach einem Schlaganfall an Aphasie litten oder schwerhörig waren, wurden als schwierig beschrieben, mit ihnen in Kontakt zu treten. Die BewohnerInnen fanden es auch schwierig, mit MitbewohnerInnen mit Demenz Kontakt aufzubauen. BewohnerInnen mit Kommunikationsproblemen wurden als unfähig beschrieben, einer Unterhaltung zu folgen oder über aktuelle Ereignisse auf dem Laufenden zu bleiben, was die Interaktion unangenehm machte. Ohne die Fähigkeit, einer Konversation zu folgen, wurden BewohnerInnen mit Demenz oder anderen Kommunikationsschwierigkeiten oft nicht für Beziehungen gesucht oder ganz gemieden (Roberts, 2018). Eine Ablehnung stellte auch Schulze (2013) fest, die in der vorliegenden Arbeit auch vorkommt. Allerdings steht nicht die Ablehnung von BewohnerInnen mit Demenz im Vordergrund, sondern die Umstände, die dazu führen, dass betroffene BewohnerInnen keine passenden PartnerInnen für Gespräche und Beziehungen erlangen können. Eine Erkenntnis, die verdeutlicht, dass BewohnerInnen in den Optionen zur Gestaltung von Gesprächen oder gar Beziehungen sehr von der sie umgebenden Umwelt abhängig sind.

### 7.3 Beziehungen nach Außen erhalten wollen

Die Enkelkinder sind in jedem Fall wichtig, auch wenn kein Kontakt besteht oder es nicht die eigenen sind. Die wird auch bestätigt durch Kivnick (1982) und Drew (2000 in Silverstein, 2007). Die Beziehung wird dabei als innig beschrieben. Ein Indikator dafür, dass Enkelkinder wichtig sind, ist, dass die Großväter und -mütter oft über das Leben gut Bescheid wissen.

Die Großeltern sehen sich selbst noch immer - und werden auch so genannt - als "Oma" und "Opa", beziehungsweise in vergleichbaren und ähnlichen Termini wie "Opi" oder "Urli". Wenngleich diese Bezeichnung bleibt, verändert sich doch das Verständnis der Funktion innerhalb der Familie, beziehungsweise eine Änderung der Rolle darin (Kivnick, 1982 and Drew, 2000 in Silverstein, 2007).

Die Rolle der Großeltern variiert dabei von einer unterstützenden Elternschaft bis dahin, ein wenig mehr als ein Fremder für die Enkelkinder zu sein, was es schwer macht, die Rolle

überhaupt zu generalisieren (Cherlin and Furstenberg, 1986 in Marengo, 2001). Da allgemein wenig darüber bekannt ist, ist es schwierig, die multidimensionale und fluide Natur der komplexen Rolle der Großeltern in der Familie zu verstehen. Dies wird noch dadurch verstärkt, daß Großeltern ihre Enkelkinder durch höher erreichtes Lebensalter länger begleiten und sie deren Erwachsenwerden und sogar mittleres Alter miterleben (Marengo, 2001), was sich in einer Veränderung der Ausübung der Rolle im Verlauf des Großelternndaseins niederschlägt. Wie Marengo (2001) herausgearbeitet hat, erhalten Großeltern eine höhere symbolische Belohnung ihrer Großelternschaft, wenn die Enkelkinder jünger sind, während sie eher als Vertraute/r fungieren, wenn sie schon älter sind. Van Ranst (1995) fasste in diesem Zusammenhang folgende Dimensionen zusammen, die im Sinne einer Rollenzuschreibung für Enkel wichtig sind:

- Quelle als Verbündete
- Quelle der Zuneigung und emotionaler Unterstützung
- Quelle der Anerkennung
- Quelle finanzieller Unterstützung
- Verbindung zur Vergangenheit
- Verbindung zum Älterwerden
- MentorIn und Rollenmodell
- Verbindungsglied zwischen Familienmitgliedern
- MediatorIn zwischen Heranwachsenden und Eltern
- Unterstützende Versorgung (Ranst, 1995)

So sind Betreuungs- oder auch Versorgungsaufgaben - zu denen etwa Einkaufen, Kochen, Spaziergehen oder Spielen gehören – großteils aufgegeben worden, wenngleich sich eher eine Funktion im Sinne eines/r Beratenden herausstellt, der um Rat gefragt wird oder auch zwischen Enkelkind und Kind vermittelt. Es handelt sich also um eine Reduktion sowohl der Rolle, als auch der Funktion innerhalb der Familie.

Die Beziehung zu den Kindern ist eine der stärksten für die BewohnerInnen. Auch bei Tobin (1981) gaben insgesamt rund 55% an, dass ihr nächster Angehöriger Sohn oder Tochter war. Bitzan (1990) legte unter anderem auch den Schwerpunkt auf die Art des Verhältnisses

zwischen BewohnerInnen und Beziehungen außerhalb der Institution. So benannten 41% der BewohnerInnen ihr Kind als jemanden, zu dem sie nach draußen in enger Verbindung stehen.

Die Beziehungen zwischen Eltern und Kindern bestehen in der Regel mehrere Jahrzehnte und durchlaufen einen nicht unerheblichen Wandel von der Fürsorge für das Neugeborene bis hin zu eher partnerschaftlichen Beziehungen zwischen Eltern und - mittlerweile - erwachsenen Kindern. Eltern-Kind-Beziehungen werden an sich als unilateral und komplementär beschrieben, also einseitig und asymmetrisch. Komplementär bedeutet, dass sich die Rollen gegenseitig bedingen. Durch diese Asymmetrie - eher den jüngeren Kindern vorbehalten - unterscheiden sich jedoch Eltern-Kind-Beziehungen auffällig von Partnerschafts-, Freundschafts- und Bekanntschaftsbeziehungen, die dennoch einer Entwicklung unterliegen. Es fehlt hier auch die für andere Beziehungen oft typische Freiwilligkeit, deren konsekutive Bindung durch genetische Ähnlichkeit und einen ähnlichen Erlebnisrahmen - etwa Klima, Tagesrhythmus, Nahrung und so weiter - ergänzt wird (Heidenbrink, 2009).

Wenn Eltern nur wenig Kontakt zulassen, haben die Großeltern kaum Einflussmöglichkeiten (Hartshorne und Manaster, 1983, in Werth, 2020 und Roberto und Stroes, 1992, in Werth, 2020).

Ein gutes Verhältnis der Großeltern zu ihren Kindern scheint deshalb eine wichtige Voraussetzung für ein gelingendes Verhältnis zu den Enkelkindern darzustellen. Im besten Fall sind es die Kinder, die - oftmals zu bestimmten Anlässen - die Großeltern in den Kreis der Familie zurückholen und damit auch Kontakt zu den wichtigen Enkelkindern herstellen, was auch durch Tobin (1981) bestätigt wurde, indem er vermutete, dass die Verbindung zu den Kindern für Großeltern zu häufigeren Familientreffen führen könnten.

Umgekehrt beeinflusst ein schlechtes oder schlicht abwesendes Verhältnis zu den Kindern die Beziehung zu den Enkelkindern negativ. Auffällig ist, dass - sollte der Kontakt zu den Kindern nicht gegeben sein - sich auch die mittlerweile erwachsenen Enkelkinder zurückziehen. Trotzdem ist ein gutes Verhältnis der Kinder kein Garant für eine gelungene Beziehung zu den Enkelkindern.

## 8 Limitationen/Methodenkritik

Um weitere Aspekte der Dynamik beschriebener Beziehungen näher zu beleuchten, wäre eventuell ein umfassenderes Konzept angezeigt. Die teilnehmende Beobachtung könnte dabei ebenso neue Erkenntnisse bringen wie das problemzentrierte Interview, in dem die

Erzählaufforderung immer in die Richtung der AkteurInnen gelenkt würde und die Prozesse, welche diese Beziehungen ausmachen. Darüber hinaus wäre interessant, die Sichtweise der anderen AkteurInnen zu erfassen.

Eine wesentliche Limitation dieser Arbeit liegt darin, dass nur BewohnerInnen hinzugezogen wurden, die keine Demenz aufweisen. Abgesehen davon, dass schwer an Demenz Erkrankte für Interviews schwer zugänglich sind, könnte es dennoch interessant sein, wie jene BewohnerInnen ihre Beziehungen erleben, die nur leicht beeinträchtigt sind und sich ausreichend mitteilen können. Darüber hinaus wurden nur Stationen eines einzelnen Pflegewohnheimes befragt, was die Aussagekraft der Ergebnisse ebenfalls einschränkt.

## 9 Praxis Ausblick

Für die Praxis scheint es wichtig zu sein, Beziehungsgestaltungen nicht "sich selbst" zu überlassen, sondern diesen Prozess, der auch während des Eintritts in die institutionelle Pflege stattfindet, als solchen zu erkennen und, wenn möglich, zu unterstützen und zu begleiten. So könnten wichtige Bezugspersonen als psychosoziale Ressourcen erkannt und der Kontakt zu ihnen erhalten bleiben.

Überhaupt könnte - auch in Bezug zu Gruppenbildung von BewohnerInnen - eine gewisse Aufmerksamkeit für Beziehungsgestaltung forciert werden. Dies erfordert jedoch auch ein Hinterfragen der eigenen, professionellen Grundhaltung und stellt Fragen bezüglich der eigenen Grenzen in der Beziehungsgestaltung in den Vordergrund. Es sollte dabei immer klar sein, dass es sich bei den BewohnerInnen um vulnerable Personen handelt, die einem Machtungleichgewicht ausgesetzt sind. So sollten von der Seite der professionellen Pflege Beziehungsangebote gemacht, aber nicht gefordert werden, wo man sie eindeutig ablehnt.

## 10 Literaturverzeichnis

Armitage, R. (2020): COVID-19 and the consequences of isolating the elderly; Division of Epidemiology and Public Health, University of Nottingham, Nottingham NG5 1PB, UK.

DiBerardinis (1981): Interpersonal networks and quality of life of nursing home residents; Journal of Applied Communication Research Publisher: Routledge.

Bitzhan, Janet (1990): Interpersonal Relationships of Nursing Home Residents; The Gerontological Society of America.

Brandeis, Bernadette (2012): Wohnst du noch oder lebst du schon? -Eine Grounded Theory zur aktuellen Wohnsituation von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung in Österreich. Diplomarbeit.

Cacioppo, John T. (2014): Social Relationships and Health: The Toxic Effects of Perceived Social Isolation John T. Cacioppo; Social and Personality – Psychological Compass, Volume8, Issue2, Pages 58-72.

Casey, Anne-Nicole (2015): Residents Perceptions of Friendship and Positive Social Networks Within a Nursing Home, The Gerontologist, Volume 56, Issue 5, October 2016, Pages 855–867, <https://doi.org/10.1093/geront/gnv146>.

Cook, Glenda (2010): Care home residents' experiences of social relationships with staff. Nursing Older People. 22, 1, 24-29.

Davies, Sue (2004): 'Making the move': relatives' experiences of the transition to a care home; Department of Community, Ageing, Rehabilitation, Education and Research, School of Nursing and Midwifery, University of Sheffield, Sheffield, UK.

Davies, Sue (2005): NURSING THEORY AND CONCEPT DEVELOPMENT OR ANALYSIS: Meleis's theory of nursing transitions and relatives' experiences of nursing home entry; Journal of Advanced Nursing 52(6), 658–671.

Drageset, J. (2004). The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. Scand J Caring Sci; 2004; 18: 65–71.

Fichtenbauer, Michaela (2019): Der Umzug in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe - Ein Aufgabengebiet der Klinischen Sozialen Arbeit? Masterarbeit; Fachhochschule FH Campus Wien; Masterstudiengang: Klinische Soziale Arbeit.

Friedmann, Marie-Luise (1999). Family Involvement in the Nursing Home. Western Journal of Nursing Research, 1999, 21(4), 549-567.

Gaugler, J.E. (2004). Family involvement in nursing homes: effects on stress and well-being. Aging & Mental Health, January 2004; 8(1): 65–75.

Grunenberg, Heiko (2001): Die Qualität qualitativer Forschung. Eine Metaanalyse erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Forschungsarbeiten; Diplomarbeit Fachbereich Erziehungswissenschaften der Philipps-Universität Marburg, abgerufen am 27.10.20 von: <https://www.maxqda.de/download/grunenberg.pdf>.

Gutheil, Irene (1991): Intimacy in Nursing Home Friendships *Journal of Gerontological Social Work*; Publication details, including instructions for authors and subscription information: <http://www.tandfonline.com/loi/wger20>.

Hagerty, Bonnie M. (2003): Reconceptualizing the Nurse-Patient Relationship; *JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP*, 35:2, 145-150. SIGMA THETA TAU INTERNATIONAL.

Halldorsdottir, Sigrídur (2008): The dynamics of the nurse–patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient’s perspective; Faculty of Health Sciences, University of Akureyri, Akureyri, Iceland.

Heidbrink, Horst (2009); *Psychologie sozialer Beziehungen*, W. Kohlhammer GmbH Stuttgart.

Heigl, Evers (1984): *Sozialpsychologie - Kindlers "Psychologie des 20. Jahrhunderts"*, Beitrag "Rollentheorie" von Hans Peter Reitzel, Beltz-Verlag.

Helffferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Johnson, Rebecca (2014): Relocation decisions and constructing the meaning of home: A phenomenological study of the transition into a nursing home. *Journal of Aging Studies* 30 (2014) 56–63.

Kang, B. (2017). Nursing homes residents narratives of their interpersonal relationships. *Innovation in Aging*, 2017, Vol. 1, No. S1.

Kaplan, Lori (1991): Impact on the Marriage when One Spouse Moves to a nursing Home; *Journal of Women & Aging*, Vol. 3(3).

Kuckartz, U. (2014). *Qualitative Inhaltsanalyse, Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 2. Auflage. Beltz Juventa.

Laetsch, Verena (2015): Entwicklung eines Fragebogens zur Durchführung einer Wirksamkeitsstudie für Coaching Ausbildungen am Beispiel des Instituts „CoreDynamik“; Masterarbeit; Rakebrandt Universität Hamburg.

Marenco, A. (2001). How Americans enact the grandparent role across the family life course. *Journal of Family Issues*, Vol. 22, No. 4, 493-522.

Mayer, H., (2007). Pflegeforschung anwenden: Element und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Wien: Facultas.

Mickus, M. A. (2002): Televisits: Sustaining long distance family relationships among institutionalized elders through technology, *Aging & Mental Health*, 6:4, 387-396, DOI: 10.1080/1360786021000007009.

Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Walter de Gruyter GmbH.

Nakrem, S. (2011): Residents' experiences of interpersonal factors in nursing home care: *International Journal of Nursing Studies*; Elsevier Ltd.

Nay, Rhonda (1995): Nursing home residents perceptions of relocation. *Journal of clinical nursing*. 4: 319 – 325.

Nolan, Mike (2004): Beyond 'person-centred' care: a new vision for gerontological nursing; *International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing* 13, 3a, 45–53.

Papst, Anna (2020): Pflegeheime: Skype statt Familienbesuch; <http://www.annepost.at/2020/04/24/pflegeheime-skype-statt-familienbesuch/>; abgerufen am 18.05.2020.

Pohlmann, Martin (2006): Die Pflegende-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus; *Pflege*, 19, pp. 156-162. Hogrefe AG.

Ranst, Nancy Van (1995): THE MEANING OF GRANDPARENTS AS VIEWED BY ADOLESCENT GRANDCHILDREN: AN EMPIRICAL STUDY IN BELGIUM; *AGING AND HUMAN DEVELOPMENT*, Vol. 41(4) 31 1-324,

Retsinas, Joan (1985): Nursing Home Friendships, *The Gerontologist*, Volume 25, Issue 4, August 1985, Pages 376–381.

Roberts, Tonya (2015): How nursing home residents develop relationships with peers and staff: A grounded theory study; *International Journal of Nursing Studies*; University of Wisconsin; Madison, School of Nursing.

Roberts, Tonja (2018): Nursing Home Resident Relationship Types: What Supports Close Relationships with Peers & Staff?; International Journal of Nursing Studies; University of Wisconsin; Madison, School of Nursing.

Russell, H. (2002). Maintaining a Relationship with a Family Member in a Nursing Home: The Role of Visitor. Journal of Family Studies, ISSN: 1322-9400 (Print) 1839-3543 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/rjfs2>.

Schulze, Sandra (2013): Gemeinsam statt einsam – Gesellschaftliche Inklusion von Demenzkranken unter besonderer Berücksichtigung von Demenz-Wohngemeinschaften; Masterarbeit; Ruhr-Universität Bochum.

Schwab, Viktoria (2016): Kultur der Mitverantwortung – Stakeholder Engagement bei Not for Profit-Organisationen: ALANUS HOCHSCHULE FÜR KUNST UND GESELLSCHAFT BACHELORARBEIT.

Silverstein, M. (2007). Grandparents' Psychological Well-Being After Loss of Contact With Their Grandchildren. Journal of Family Psychology, Vol. 21, No. 3, 372–379

Statista(2018):abgerufenvon:<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/959699/umfrage/betreute-bzw-gepflegte-personen-in-oesterreich-nach-dienstleistungsbereich/> am 03.01.2020.

StatistikAustria,(2018).[https://www.statistik.at/web\\_de/services/stat\\_nachrichten/122599.htm](https://www.statistik.at/web_de/services/stat_nachrichten/122599.htm), aufgerufen am 17.2.2020.

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/bevoelkerung/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html).

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische\\_krankheiten/index.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitszustand/chronische_krankheiten/index.html).

[https://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/menschen\\_und\\_gesellschaft/soziales/sozialleistungen\\_auf\\_landesebene/betreuungs\\_und\\_pflegedienste/061951.html](https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/sozialleistungen_auf_landesebene/betreuungs_und_pflegedienste/061951.html).

Stelle, Charlie (2010): Grandparenting in the 21st Century: Issues of Diversity in Grandparent–Grandchild Relationships; Journal of Gerontological Social Work Volume 53, 2010 - Issue 8.

Strauss, Anselm (1994): Grundlagen qualitativer Sozialforschung; 2. Auflage Wilhelm Fink Verlag GmbH & Co. KG.

Strauss, A., Corbin J. (1996): Grounded Theory - Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Tobin, Sheldon (1981): The Family in the Institutionalization of the Elderly. Journal of Social Issues.

Umberson, Debra (2010): Social Relationships and Health: A Flashpoint for Health Policy; Journal of Health and Social Behavior, Vol 51, Issue 1\_suppl, 2010.

Valtorta, N., Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? Journal of the Royal Society of Medicine, 105(12): 518–22.

Werth, Lioba (2020): Sozialpsychologie - der Mensch in sozialen Beziehungen - Interpersonale und Intergruppenprozesse. Springer Verlag GmbH Deutschland.

Westin, Lars (2009): Visiting a nursing home: Relatives' experiences of encounters with nurses; in Nursing Inquiry 2009; 16(4): 318–325.

Wilson, C.B. (2009): Developing personal relationships in care homes: realising the contributions of staff, residents and family members. Ageing and Society, 29 (7). pp. 1041-1063.

## 11 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auszug Transkription von Interview mit Interviewteilnehmerin 2 .....	36
Abbildung 2: Auszüge offenes Kodieren .....	38
Abbildung 3: Graphische Darstellung der Ergebnisse .....	42