



universität
wien

Das Setting „Altenheim“ im Kontext gesundheitsfördernden Handelns

Eine qualitative Analyse am Beispiel des Kuratoriums Wiener
Pensionisten- Wohnhäuser



MAGISTERARBEIT

zur Erlangung des Magistergrades der Philosophie der Studienrichtung
Geistes- und Kulturwissenschaften an der
Fakultät für Sozialwissenschaften
der Universität Wien



eingereicht von
MANUELA WIDHALM

Wien, 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 813
Studienrichtung lt. Studienblatt: Soziologie
Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster

Inhaltsverzeichnis

DANKSAGUNG	4
1 EINFÜHRUNG.....	5
1.1 AUFBAU DER ARBEIT.....	6
2 DER MULTIDIMENSIONALE BEGRIFF DER GESUNDHEIT	9
2.1 VOM PATHOGENETISCHEN ZUM SALUTOGENETISCHEN ANSATZ.....	10
2.1.1 <i>Das biomedizinische Modell.....</i>	<i>10</i>
2.1.2 <i>Aaron Antonovskys salutogenetischer Ansatz von Gesundheit</i>	<i>13</i>
2.2 DER GESUNDHEITSBEGRIFF AUS DER SICHT DER WHO	17
2.3 GESUNDHEIT IM KONTEXT DER FORSCHUNGSARBEIT	19
3 ZUM BEGRIFF DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	20
3.1 AUFKOMMEN DES GESUNDHEITSFÖRDERNDEN GEDANKENS	20
3.2 DIE OTTAWA- CHARTA ALS BASIS DER GESUNDHEITSFÖRDERUNG.....	21
3.2.1 <i>Begriffsklärung.....</i>	<i>21</i>
3.2.2 <i>Zielsetzungen und Prinzipien gesundheitsfördernden Handelns</i>	<i>22</i>
3.2.3 <i>Handlungsstrategien und Handlungsfelder.....</i>	<i>23</i>
3.3 INTERNATIONALE KONFERENZEN DER WHO ZUM THEMA GESUNDHEITSFÖRDERUNG ..	25
4 GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM ALTER.....	31
4.1 DIE DEMOGRAPHISCHE ALTERUNG DER ÖSTERREICHISCHEN GESELLSCHAFT	31
4.2 GESUNDHEIT UND ALTER	33
4.3 DAS "ACTIVE- AGEING" PROGRAMM DER WHO.....	37
5 THEORETISCHE ANSÄTZE	42
5.1 SETTING- ANSATZ.....	42
5.2 EMPOWERMENTANSATZ	44
5.3 DER ANSATZ DER SALUTOGENESE.....	46

6	FORSCHUNGSFELD.....	48
6.1	ALTENBETREUUNG IN ÖSTERREICH.....	48
6.2	SITUATION IN DER BUNDESHAUPTSTADT WIEN.....	49
6.3	DAS KWP ALS FORSCHUNGSFELD DER UNTERSUCHUNG	50
6.3.1	<i>Organisationsstruktur</i>	<i>50</i>
6.3.2	<i>Kapazität und Auslastung der Häuser</i>	<i>51</i>
6.3.3	<i>Aufnahmeregelung.....</i>	<i>52</i>
6.3.4	<i>Heimvertrag und das Recht auf Autonomie</i>	<i>54</i>
6.3.5	<i>Finanzierung.....</i>	<i>55</i>
7	FORSCHUNGSDESIGN UND UMSETZUNG.....	57
7.1	METHODISCHES VORGEHEN UND REFLEXION	57
7.1.1	<i>Untersuchungsgegenstand und Forschungsinteresse.....</i>	<i>57</i>
7.1.2	<i>Entscheidung für einen qualitativen Forschungsansatz.....</i>	<i>61</i>
7.1.3	<i>Zugang zum Forschungsfeld.....</i>	<i>62</i>
7.1.4	<i>Auswahl und Kontaktierung der Interviewpersonen.....</i>	<i>63</i>
7.1.5	<i>Interviewsituation</i>	<i>66</i>
7.2	METHODENWAHL	70
7.2.1	<i>Erhebung</i>	<i>70</i>
7.2.2	<i>Auswertung.....</i>	<i>75</i>
8	EMPIRISCHE ERGEBNISSE.....	79
8.1	EINBEZIEHUNG UND MITWIRKUNG	79
8.1.1	<i>Soziales Leben.....</i>	<i>88</i>
8.2	AUTONOMIE.....	95
8.3	ALTERSBILDER	105
8.4	ZUSAMMENFASSUNG.....	112
	LITERATUR	121
	ANHANG A: LEITFÄDEN- SYSTEMATISIERENDE EXPERTENINTERVIEWS....	128
	DIREKTORIN.....	128

BEWOHNERVERTRETERINNEN	129
MITARBEITERINNEN- A (SOZIALARBEITERIN)	130
MITARBEITERINNEN- B (ÄRZTIN)	131
ANHANG B: LEBENSLAUF	132

Danksagung

Ich möchte mich bei all jenen bedanken, die mich bei der vorliegenden Arbeit und während meines Studiums begleitet und tatkräftig unterstützt haben.

Besonderer Dank gilt meiner Familie für ihre Hilfe und Geduld.

Weiters gilt mein Dank Herrn Univ.-Prof. Dr. Rudolf Forster für die Betreuung und fachliche Unterstützung bei der vorliegenden Arbeit.

Herzlich bedanken möchte ich mich auch für die gute Kooperation mit dem Kuratorium Wiener Pensionisten- Wohnhäuser und allen InterviewpartnerInnen.

1 Einführung

Angesichts einer steigenden Anzahl älterer Menschen, bedingt durch ein Abnehmen der Mortalität chronischer Erkrankungen im Alter und durch steigende Lebenserwartung im fortgeschrittenen Alter, sowie einer sinkenden Geburtenrate, sieht sich die der österreichische Staat mit nicht zu vernachlässigenden Herausforderungen im Bereich der Gesundheits-, Pflege- und Pensionspolitik konfrontiert (WHO 2005; Stadt Wien 2005 a: 78; Backes/ Clemens 1998: 32; Schwartz et al. 2003: 166).

Betrachtet man die Lage in Österreich, auf die sich diese Arbeit bezieht, wobei im Speziellen der Fokus auf Wien gerichtet wird, so beträgt der Anteil der über 60- Jährigen österreichweit gesehen 21 Prozent und in Wien 22 Prozent (Stadt Wien 2003 b: 18). In Zukunft wird es notwendig sein, für diese Bevölkerungsgruppe, die laut Prognosen auch weiterhin ansteigen wird, zu den zur Zeit etwa 750 in Österreich bestehenden Alten- und Pflegeeinrichtungen, ein zusätzliches Angebot zur Verfügung zu stellen.

Dabei muss nicht nur ausreichendes institutionalisiertes Wohn- und Betreuungsangebot für SeniorInnen geschaffen werden, sondern auch in Bezug auf die steigenden Kosten im medizinischen- und Pflegebereich, gehandelt werden. In diesem Kontext kommt der Gesundheitsförderung im Alter eine tragende Rolle zu, wenn es darum geht, über die Stärkung der Lebensqualität und der Gesundheit älterer Menschen eine Entlastung des Gesundheitssektors zu erzielen. Besonders Lebensräume und Tätigkeitsbereiche, in denen Menschen einen Großteil ihrer Zeit verbringen eignen sich, nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation, für gesundheitsfördernde Interventionen. Da im Alter das eigene Zuhause, in dem SeniorInnen einen überwiegenden Teil des Tages verbringen, zunehmend an Bedeutung gewinnt, stellt dieses Setting einen Ansatzpunkt für Gesundheitsförderung dar. Somit ist auch das institutionalisierte Wohnangebot in Form von „Altenheimen“ in Bezug auf gezielte Gesundheitsförderung für SeniorInnen ein bedeutendes Setting. Gerade in diesen Institutionen besteht die Möglichkeit, eine Vielzahl alter Menschen als Zielgruppe direkt zu erreichen.

Betrachtet man gesundheitsfördernde Projekte in Österreich, die sowohl pflegebedürftigen als auch nicht hilfsbedürftigen SeniorInnen als primäre Zielgruppe

haben, so ist festzustellen, dass sich diese Projekte auf großräumige, nicht institutionalisierte Settings wie den städtischen und regionalen Raum beziehen. Gesundheitsfördernde Projekte für ältere Menschen in institutionalisiertem Rahmen fokussieren jedoch ausschließlich pflegebedürftige Personen.

Organisationale Gesundheitsförderung für ältere Menschen, sowohl für hilfs- und pflegebedürftige Menschen, als auch für SeniorInnen, die noch weitgehend ihr Leben selbstständig führen können, ist im Raum Wien, aber auch österreichweit gesehen, nicht explizit vorzufinden. Im Rahmen dieser Arbeit soll untersucht werden, ob und inwiefern gesundheitsfördernde Aspekte in Zielsetzungen und Handlungen des Feldes, in Bezug auf die Gestaltung der Lebensbedingungen der BewohnerInnen, zum Ausdruck kommen. Hierbei sollen sowohl pflegebedürftige BewohnerInnen, als auch SeniorInnen, die noch nicht auf Pflege angewiesen sind, berücksichtigt werden. Zur Untersuchung dieses Vorhabens wurde das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser ausgewählt, das im Raum Wien das größte institutionalisierte Wohnangebot für SeniorInnen anbietet.

Über den qualitativen Forschungszugang wurde in zwei Erhebungsphasen das zur Klärung der Forschungsfrage notwendige Interviewmaterial erhoben, wobei zu Beginn zwei explorative Experteninterviews und in der zweiten Phase sechs systematisierende Experteninterviews durchgeführt wurden. Zudem wurde sekundäres Datenmaterial hinzugezogen, das der Erstellung der Leitfäden für die systematisierenden Experteninterviews diente. Das transkribierte Textmaterial wurde danach systemanalytisch und themenanalytisch in Anlehnung an Froschauer und Lueger ausgewertet.

1.1 *Aufbau der Arbeit*

Im zweiten Kapitel wird nach einer einleitenden Einführung vorerst auf den Begriff Gesundheit eingegangen, der nach Auffassung der Autorin einer näheren Auseinandersetzung bedarf, will man sich mit der Thematik der Gesundheitsförderung beschäftigen. Neben bedeutenden Ansätzen wie dem pathogenetischen und salutogenetischen Konzept, wird auch die Auffassung des Gesundheitsbegriffs der Weltgesundheitsorganisation vorgestellt. Der letzte Abschnitt des Kapitels betrachtet schließlich Gesundheit im Kontext der Forschungsarbeit.

Das dritte Kapitel widmet sich der Entstehung und Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung. In einer retrospektiven Betrachtung des Aufkommens des Begriffs wird auf die Ottawa- Charta eingegangen, die bis heute als Leitlinie für gesundheitsförderndes Handeln dient. Darauf folgt eine Darstellung der internationalen Konferenzen der WHO zum Thema Gesundheitsförderung im Überblick.

In Kapitel vier setzt sich die Autorin mit der Veränderung der Bevölkerungszusammensetzung in Österreich in Hinblick auf den Anstieg des Anteils der älteren Personen gegenüber dem Rückgang bei den Kindern und Jugendlichen auseinander. Zudem wird danach auf die Gesundheit im Alter eingegangen. Den Abschluss des Kapitels bildet das, aufgrund des demographischen Wandels verabschiedete „Active- Ageing“ Programm der WHO, das in dieser Arbeit als Richtlinie für Gesundheitsförderung im Alter dient.

Kapitel fünf stellt drei, nach Ansicht der Autorin, für diese Arbeit zentrale theoretische Ansätze vor, wobei zuerst der Setting- Ansatz behandelt wird, gefolgt vom Ansatz des Empowerments und dem Konzept der Salutogenese.

Im Kapitel sechs wird das Forschungsfeld, in dem die empirische Untersuchung durchgeführt wurde, dargestellt.

Die methodische Vorgehensweise in Bezug auf den Gegenstand der Untersuchung dazu gehören, die Auswahl des methodischen Zugangs, der Feldzugang sowie die Auswahl der GesprächspartnerInnen und die Erhebungssituation werden in Kapitel sieben dargelegt. Auf die Methodenwahl, die im Rahmen der Erhebung zum Einsatz kamen, wird im Anschluss eingegangen. Hierbei werden zuerst die Erhebungsinstrumente dargestellt, wobei offene explorative und leitfadengestützte systematisierende Experteninterviews und die Erhebung sekundären Datenmaterials zum Einsatz kamen. Danach geht die Autorin auf die Auswertungsmethoden ein, mittels derer das erhobene Material analysiert wurden.

Das letzte Kapitel umfasst die Darstellung der ausgewerteten empirischen Ergebnisse in Hinblick darauf, inwiefern das Gesundheitsförderungsprogramm der WHO in den Zielen und Handlungen des Forschungsfeldes zum Ausdruck kommt.

2 Der multidimensionale Begriff der Gesundheit

Will man gesundheitsförderndes Handeln verstehen, so ist es unumgänglich, sich anfangs mit dem Begriff der „Gesundheit“ auseinanderzusetzen.

Fast alltäglich werden wir mit diesem Begriff konfrontiert, doch wissen wir, was damit gemeint ist? Was lässt sich unter „Gesundheit“ verstehen?

Zunächst muss man feststellen, dass sich der Gesundheitsbegriff nicht auf eine allgemein anerkannte Festlegung reduzieren lässt. Stattdessen gibt es eine Vielzahl an Versuchen verschiedenster Disziplinen den Begriff zu definieren (Waller 1996: 9). Im folgenden Kapitel sollen einige Sichtweisen des Gesundheitsbegriffs dargestellt werden, wie sie in der einschlägigen Literatur vertreten sind. So wird eine spezifische Auswahl aus einer Vielzahl an unterschiedlichsten begrifflichen Bestimmungen von Gesundheit im Anschluss vorgestellt. Unter deren zur Hilfenahme ist es einigermaßen möglich, den Begriff der Gesundheit in einem angemessenen Rahmen zu betrachten.

Auch auf die Einbettung des Begriffs in einen soziologischen Kontext soll in diesem Abschnitt eingegangen werden.

Gesundheit kann als mehrdimensionaler Begriff verstanden werden, der sich aus mehreren Komponenten zusammensetzt. Diese umfassen nicht nur den Körper eines Individuums, sondern auch dessen psychisches und soziales Befinden.

Spricht man von physischer Gesundheit, so ist darunter die Funktionsfähigkeit des menschlichen Körpers gemeint. Das Vermögen eines Menschen vernetzt und klar zu denken sowie der emotionale Bereich, sind für die seelische Gesundheit von Bedeutung. Schließlich lässt sich noch die soziale Gesundheit anführen, worunter die Fähigkeit zu verstehen ist, neue Beziehungen einzugehen und bereits bestehende beizubehalten.

Alle drei Komponenten sind voneinander abhängig und stehen in Wechselbeziehung zueinander. Gemeinsam beeinflussen sie das gesundheitliche Befinden eines Individuums (Steinbach 2007: 25f).

Rückblickend betrachtet wurde Gesundheit aber nicht immer als Konglomerat physischer, psychischer und sozialer Aspekte aufgefasst. Lange Zeit wurde in

unserer Gesellschaft Gesundheit überwiegend an körperlichen Krankheiten festgemacht.

2.1 Vom pathogenetischen zum salutogenetischen Ansatz

Ursprüngliche Versuche, den Gesundheitsbegriff wissenschaftlich zu definieren, liegen historisch gesehen weit zurück. Unternehmungen dieser Art, gehen fast ausschließlich vom Krankheitsbegriff aus, dessen Gegenüber die Gesundheit darstellt. Auf Grund dessen wird diese Denkrichtung auch als negativorientierter bzw. pathogenetischer Ansatz bezeichnet, der von einer Gesundheitsauffassung ausgeht, die als Abwesenheit von Krankheit aufgefasst wird (Franzkowiak et al. 2003: 52). Hierbei lassen sich drei verschiedene Arten voneinander unterscheiden, wie Gesundheit beim negativen Ansatz dargestellt werden kann (Steinbach 2007: 30):

- Gesundheit als eine Abwesenheit von physischer und psychischer Symptomatik und somit als ein Fehlen von Beschwerden
- Gesundheit als ein Fehlen von Gesundheitsproblemen; in diesem Fall hat das Individuum keine Gesundheitseinschränkungen oder Störungen
- Gesundheit als ein Ausbleiben von Krankheit; hierbei kann von Gesundheit gesprochen werden, wenn keine medizinisch diagnostizierbaren Erkrankungen bestehen

Einer in diesem Sinne negativen Formulierung folgt auch das westlich- medizinisch-wissenschaftliche bzw. biomedizinische Modell.

2.1.1 Das biomedizinische Modell

Beruhend auf einem naturwissenschaftlich geprägten Verständnis von Gesundheit bildete sich Anfang des 19. Jahrhunderts der Ansatz des biomedizinischen Modells heraus. Beeinflusst durch die Theorien und Erfahrungen aus dem Bereich der Bakteriologie, versucht dieses Konzept Gesundheit auf Grundlage naturwissenschaftlicher Gesetze zu bestimmen. Darauf basierend ist die Auffassung

von Gesundheit weitgehend physiologisch bestimmt und kann als die Abwesenheit von Leiden und Krankheit verstanden werden.

Diesem pathogenetischen Konzept liegt die Auffassung von Gesundheit und Krankheit als zwei dichotome Zustände zu Grunde, im Gegensatz zum Ansatz der Salutogenese, der vielmehr ein Kontinuum beschreibt, wobei Gesundheit und Krankheit ineinander übergehen.

Krankheit selbst wird im biomedizinischen Modell durch anatomische und körperliche Veränderungen bestimmt und als „Defekt“, sowie als Abweichung vom natürlichen Zustand des menschlichen Organismus gesehen. So wird Krankheit auf seine biologische Herkunft reduziert und als Abweichung von idealtypischen, normierten Funktionen des innerkörperlichen Geschehens gesehen.

Psychologische und soziale Aspekte finden innerhalb des biomedizinischen Konzepts keine Beachtung und werden auch als krankheitsverursachende Dimensionen nicht in Erwägung gezogen. Der Mensch wird dadurch auf sein biologisches Gefüge herabgesetzt, dessen pathogene Vorgänge einen zentralen Stellenwert dieses Denkmodells einnehmen (Faltermaier 1994: 20 ff).

Beim pathogenetischen Ansatz steht im Mittelpunkt des Interesses die Entstehung und Entwicklung von Krankheiten. Hinsichtlich der sprachlichen Bedeutung lässt sich der Begriff der Pathogenese vom griechischen Wort „pathos“ ableiten, was so viel bedeutet wie Krankheit, Schmerz und Leid. Mit der Bezeichnung „genese“ wird im Griechischen der Beginn, die Entstehung bzw. der Ursprung bezeichnet (Steinbach 2007: 15).

Das Modell ist in zweifacher Hinsicht auf die Dimension der Krankheit ausgerichtet. Einerseits schränkt es seinen Blickwinkel ausschließlich auf Krankheit ein und vernachlässigt gesundheitliche Aspekte und andererseits betrachtet es die Krankheit isoliert vom Individuum. Dadurch wird die Psyche des Menschen von seiner physischen Befindlichkeit abgekoppelt und der Menschen auf seine Körperlichkeit reduziert, wodurch er nicht als Subjekt, sondern als Objekt betrachtet wird. Diese Auffassung wird auch darin ersichtlich, indem sich der Ansatz des Vergleichs des menschlichen Organismus mit dem Funktionieren einer Maschine bedient, dessen physiologische Funktionen und „Störungen“ mittels eingehender Analyse der

Organsysteme und der körperlichen Prozesse ermittelt und zugänglich gemacht werden können.

Auf der Suche nach der Krankheitsursache wird das Individuum dementsprechend als Träger pathogenetischer Prozesse angesehen. In diesem Zusammenhang wird es zum Objekt einer Behandlung, wobei Interventionen an der Behebung des ursächlichen „Defekts“ ansetzen. Maßnahmen beziehen sich auf technologische Möglichkeiten zur Lösung krankheitsbedingter biologischer Fehlfunktionen (Bengel et al. 2001: 16 ff; Schwartz et al. 2007).

Soziale und psychische Dimensionen, die für die Manifestation einer Krankheit und deren Entwicklung entscheidend sein können, werden beim biomedizinischen Modell außer Acht gelassen, und Krankheit rein auf körperliche Dispositionen reduziert.

Wie jedoch sozialwissenschaftliche, psychosomatische und psychologische Forschungsergebnisse belegen, spielen bei der Entstehung und dem Verlauf von Krankheiten auch soziale und psychische Faktoren eine bedeutende Rolle.

Psychische, soziale und körperliche Dimensionen stehen miteinander in Beziehung und beeinflussen sich gegenseitig. Alle drei Komponenten sind verantwortlich für die gesundheitliche Verfassung eines Menschen.

Die Konzentration des biomedizinischen Modells auf physische „Defekte“ und Abweichungen bei der Ermittlung einer Krankheit birgt die Gefahr der Fehldiagnose und in der Folge einer falschen Behandlung, da psychische und soziale Komponenten nicht berücksichtigt werden.

Stellt man das biomedizinische Modell und dessen Überzeugungen dem Konzept der Gesundheitsförderung gegenüber, so wird man feststellen, dass sich dieses Modell nicht auf den Ansatz der Gesundheitsförderung übertragen lässt, da beide Ansätze einander ausschließen. Dies begründet sich darin, dass Gesundheitsförderung nicht auf dem Defizitansatz der Pathogenese beruht und Gesundheit nicht nur als eindimensionaler Begriff verstanden wird. Zudem ist die Befindlichkeit des Menschen wie die Lebenszufriedenheit, das Wohlergehen etc. eine wesentliche Komponente der gesundheitlichen Verfassung.

Diskutiert und kritisch betrachtet wird auch der Stellenwert psychischer Auffälligkeiten, die nach Sichtweise des biomedizinischen Konzepts, sollten keine

organischen Schädigungen vorliegen, nicht als Krankheit eingestuft werden. Demzufolge wären Menschen, die in physischer Hinsicht nicht von der „Norm“ abweichen, jedoch psychische Abweichungen aufweisen, gesund im Sinne des biomedizinischen Modells.

Ausgehend von diesem Aspekt wurde versucht, den biomedizinischen Ansatz um den psychosozialen Faktor zu erweitern, wobei der Sozialmediziner Engel hierbei eine entscheidende Rolle einnahm. Trotz der Erweiterung kommt beim biopsychosozialen Modell dennoch der psychosoziale Charakter zu wenig zum Ausdruck. Dies ist beispielsweise in den Ansätzen mancher präventiver Konzepte festzustellen, bei denen die medizinisch pathogenetische Orientierung überwiegt.

Trotz dieser Kritikpunkte ist dieses über Jahrzehnte praktizierte Konzept in seinen Grundzügen auch heute noch als westlich-medizinisch-wissenschaftliches Modell in der „Schulmedizin“ erhalten (Faltermaier 1994: 20 ff; Bengel 2001: 18).

2.1.2 Aaron Antonovskys salutogenetischer Ansatz von Gesundheit

Der Reduktionismus des biomedizinischen Konzepts auf den physischen Part des Individuums und die Negativorientierung des Gesundheitsbegriffes als die Abwesenheit von Krankheit veranlasste viele AutorInnen zu einer kritischen wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit der Begriffsbestimmung von „Gesundheit“.

Dies erfolgte bereits in den 70er Jahren in denen sich verschiedenste Disziplinen mit der Reflexion dieses Ansatzes beschäftigten und auch an dessen Weiterentwicklung und Modifikation beteiligten.

So fügte der amerikanischen Sozialmediziner G.L. Engel der körperlichen Komponente des biomedizinischen Modells eine psychische und soziale Dimension hinzu und vereinte diese in einem biopsychosozialen Modell (Faltenmaier 1994: 22). Neben Engel gehört auch der israelische Medizinsoziologe Aaron Antonovsky zu den bedeutendsten Protagonisten bei der Veränderung des lange Zeit fast ausschließlich pathogenetisch geprägten Gesundheitsbegriffs. Mit ihm kam es 1979 zu einem Paradigmenwechsel vom Konzept der Pathogenese hin zu einem salutogenetischen Ansatz. Damit wurde dem Defizitgedanken des krankheitsorientierten Modells eine

positive Sichtweise von Gesundheit entgegengestellt, die sich damit beschäftigte, was zur Unterstützung der Gesundheit getan werden kann. Im Mittelpunkt stand damit nicht mehr die pathogenetische Fragestellung was den Menschen krank macht, sondern was ihn gesund macht bzw. gesund erhält. Dies spiegelt sich auch in der von ihm geprägten Bedeutung des Begriffs der Salutogenese wieder, was so viel wie „Gesundheitsentstehung“ bedeutet. Antonovsky beschäftigte sich bei seinen Studien damit, wie Menschen, obwohl sie alltäglich unterschiedlichen belastenden Dimensionen und Stressoren ausgesetzt sind, ihre Gesundheit aufrechterhalten. Die Antwort findet sich nach Antonovsky in der Fähigkeit des Menschen, auf Stressbelastung mittels entsprechender „Stressverarbeitung“ zu reagieren. Dies erfolgt mittels „Widerstandsressourcen“, mit Hilfe derer die „Spannung“ verarbeitet werden kann. Dieser Spannungsabbau kann zu unterschiedlichen Ausgängen führen. So kann das Ergebnis gesund, neutral oder krankhaft sein. Widerstandsressourcen bestehen aus einer Vielzahl unterschiedlicher Faktoren, wobei beim Modell der Salutogenese soziale, physische, biochemische, emotionale, kognitive, motivationale, makrostrukturelle und materielle berücksichtigt werden. Für die Aktivierung und das Zusammenspiel der Ressourcen eines Menschen ist das „Kohärenzgefühl“ (Sense of Coherence) verantwortlich. Bestehend aus den drei Elementen des „Gefühls von Verstehbarkeit“, des „Gefühls von Bewältigbarkeit“ und des „Gefühls von Sinnhaftigkeit“, ist das Kohärenzgefühl für die Gesundheit eines Individuums grundlegend. Je besser es ausgeprägt ist, desto gesünder kann eine Person sein bzw. werden (Walter 1996: 17; Steinbach 2007: 117- 124).

Im Rahmen der positiven Auslegung des Gesundheitsbegriffes der Salutogenese ist auch die Gesundheitsförderung zu verorten. Erst mit Aufkommen dieser Gesundheitsauffassung wird die Basis für die Förderung und Unterstützung der Gesundheit mittels „Gesundheitsförderung“ geschaffen. Somit steht nicht mehr nur ausschließlich die Heilung von Krankheiten im Mittelpunkt der Bemühungen sondern der Erhalt und die Stärkung der Gesundheit (Steinbach 2007: 15).

Gesundheit im positiv orientierten Ansatz, welchem das Konzept der Salutogenese

zuzuordnen ist, kann auf unterschiedliche Weise wie folgt dargestellt werden als (Steinbach 2007: 31):

- Subjektives Wohlbefinden, das auf körperliche aber auch seelische Aspekte zurückzuführen ist
- Physische und psychische Leistungsfähigkeit
- Bezeichnung von Kraft und Stärke
- Handlungsvermögen hinsichtlich der uneingeschränkten Bewegung im Alltag, der Bewältigung des alltäglichen Lebens sowie der Möglichkeit Zielsetzungen zu verfolgen
- Balance und Harmonie zwischen Individuum und seiner Umwelt

Die Bestimmung des positiven Gesundheitsbegriffs ermöglicht durch diese Kategorisierung eine gewisse Rahmung bzw. Absteckung. Betrachtet man die gesundheitliche Verfassung eines Lebewesens, so lässt sich nach Antonovsky diese nicht an einem Zustand des „gesund Seins“ und „krank Seins“ festmachen. Vielmehr kann darunter ein Kontinuum verstanden werden, an dessen Endpolen „Gesundheit“ und „Krankheit“ stehen. Beide sind durch fließende Übergänge miteinander verbunden, was Antonovsky auch als „Gesundheits- Krankheits- Kontinuum“ bezeichnet. Jeder Mensch bewegt sich auf diesem Kontinuum, wobei völlige „Gesundheit“ oder „Krankheit“ illusorisch sind. Stattdessen geht es darum, wie weit ein Individuum von den jeweiligen Endpunkten entfernt ist (Steinbach 2007: 123). Da die gesundheitliche Verfassung einer Person ständigen Veränderungen innerhalb des „Gesundheits- Krankheits- Kontinuums“ ausgesetzt ist, spricht man korrekterweise von einem Prozess und nicht von einem statischen Zustand. Verschiedene Dimensionen wirken auf die Gesundheit von Menschen ein, die auch bewusst beeinflusst werden können. Zur Stärkung der Gesundheit macht sich die Gesundheitsförderung diese Erkenntnis zunutze.

In Auseinandersetzung mit seiner Umwelt wird die Gesundheit des Individuums immer wieder hergestellt und kann damit auch als soziale Kategorie verstanden werden (Faltenmaier 1994: 57f).

Diese soziale Komponente findet in Antonovskys Modell der Salutogenese jedoch nur in geringem Ausmaß Beachtung, wie dies auch von seinen Kritikern bemängelt wird.

Im Rahmen der fachlichen Diskussion zum Ansatz der Salutogenese wird die Schwierigkeit, das Konzept, im Speziellen das Kohärenzgefühl, empirisch mittels eines geeigneten Instruments zu überprüfen, kritisch angemerkt.

Daneben wird aus den Reihen der Gesundheitspsychologie der Vorwurf laut, dass das Modell durch eine subjektive Gesundheits- und Krankheitseinschätzung unter Einbeziehung des Gesundheitsverhaltens ergänzt werden müsste.

Konfrontiert wird das Konzept auch mit Kritik in Bezug auf dessen Komplexität, bedingt durch die Vereinigung verschiedenster Widerstandsressourcen und Stressoren, die nicht nur positiv eingeschätzt, sondern auch als Manko aufgefasst werden.

In der Fachwelt herrscht Uneinigkeit darüber, ob es sich beim Kohärenzgefühl um eine Komponente der Gesundheit handelt, oder ob dieses vielmehr eine Ressource davon darstellt.

Mangelhafte analytische Vertiefung der Beziehung zwischen physischer und psychischer Gesundheit, sowie die lückenhafte Ausarbeitung dessen, was das Kohärenzgefühl und Gesundheit-Krankheit verbindet, wird dem salutogenetischen Modell von manchen Kritikern vorgeworfen.

Betrachtet man abschließend die Disziplin der Gesundheitssoziologie, so wäre aus deren Sicht die Korrelation des Kohärenzgefühls mit dem sozioökonomischen Status, aber auch übergreifende Gesellschaftsstrukturen innerhalb des Konzepts zu vertiefen (Walter 1996: 17; Hurrelmann 2006: 120- 127).

Dennoch stellt, trotz einzelner Kritikpunkte, Antonovskys Modell der Salutogenese einen bedeutenden interdisziplinären Beitrag für die Forschung dar.

Nach Darstellung ausgewählter Sichtweisen des Gesundheitsbegriffs bedeutender Vertreter der soziologischen Disziplin, soll im anschließenden Abschnitt die Gesundheitsdefinition der Weltgesundheitsorganisation, als bedeutende Gründungsinstanz des Konzepts der Gesundheitsförderung, beleuchtet werden.

2.2 Der Gesundheitsbegriff aus der Sicht der WHO

Nach der Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 1948 in New York, als eine Unterorganisation der Vereinten Nationen, sah sich diese im Zuge ihrer internationalen Tätigkeit dazu veranlasst, einheitliche Standards für ihre Arbeit festzulegen. Es kam zur Verfassung von Grundprinzipien, die im Grundsatzpapier „WHO Constitution“ verankert worden sind. Im Zuge dessen entstand die erste ganzheitliche, international verbindliche Definition des Gesundheitsbegriffs der WHO (Steinbach 2007: 65).

Mit dieser Definition wurde schließlich auch die Grundlage für das Konzept der Gesundheitsförderung geschaffen. Gesundheit wurde damit als *„ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als das Fehlen von Krankheit oder Behinderung“* gesehen (WHO 1998: 1). Auf Grund dieser mehrdimensionalen Formulierung, die sowohl körperliche, soziale als auch psychische Elemente in sich vereint, kann die Begriffsbestimmung der WHO dem positiv orientierten Gesundheitsansatz zugeordnet werden.

Betrachtet man Gesundheit im Zusammenhang mit Gesundheitsförderung kann diese als Ressource gesehen werden, da durch sie Individuen eine selbstständige, gesellschaftliche und ökonomische Lebensführung möglich wird. Gesundheit ist in diesem Sinne nicht Ziel des täglichen Lebens, sondern eine Ressource (WHO 1998: 1).

Mit der Begriffsdefinition der Gesundheit durch die WHO wird unterstrichen, dass die Definition der Gesundheit der subjektiven und persönlichen Beurteilung jedes Einzelnen unterliegt. Dadurch wird jedoch fraglich, ob die gesundheitliche Verfassung eines Menschen auch von anderen als der eigenen Person eingeschätzt werden kann.

Weiters tritt in der Definition der idealtypische Charakter in Form des „vollständigen“ Wohlbefindens hervor, der einen Ansatzpunkt für eine kritische Auseinandersetzung sowohl seitens der Praktiker als auch der Wissenschaft darstellt.

Auch diese Definition des positiv ausgerichteten Gesundheitskonzepts der WHO bleibt nicht unkritisiert. So wird bemängelt, dass bei diesem Gesundheitsbegriff Gesundheit als Zustand bezeichnet wird. Dies würde aber bedeuten, dass die

gesundheitliche Verfassung eines Individuums statisch und unveränderbar ist. Wie bereits erwähnt ist Gesundheit jedoch vielmehr ein flexibler Prozess, der Veränderungen unterworfen ist.

Neben diesem Kritikpunkt stößt auch die Formulierung des »umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens« auf Gegenstimmen. Grund dafür ist der idealtypische, normativ wertende Charakter den diese Darstellung von Gesundheit beinhaltet.

Da die Bedingung von Gesundheit als vollständiges Wohlbefinden definiert wird, könnte man daraus folgern, dass ausschließlich zwischen den „Zuständen gesund und krank“ unterschieden wird. Eine Beziehung zwischen beiden Dimensionen geht nicht aus der Definition hervor, weshalb hierbei lediglich Vermutungen dazu angestellt werden können. Gesundheit und Krankheit wie bei Antonovsky als ein ineinander übergehendes Kontinuum zu verstehen könnte, auf Grund der Bezeichnung des „vollkommenen Wohlbefindens“ ausgeschlossen werden. Ein Individuum ist demzufolge entweder „gesund“, wenn es sich subjektiv betrachtet vollständig wohl fühlt, oder „krank“, wenn dies nicht der Fall ist.

Ein weiterer Kritikpunkt findet sich auch in der Einseitigkeit der Beurteilung der gesundheitlichen Verfassung wieder. Die Feststellung von „Wohlbefinden“ kann nur durch Selbstbeurteilung erfolgen, da nur jeder für sich selbst sein eigenes gesundheitliches Befinden ausmachen kann. Dennoch sollte mitberücksichtigt werden, dass eine Diagnose seitens Vertreter der Gesundheitsprofessur ebenfalls für eine Einschätzung notwendig ist, was jedoch in der Definition verabsäumt wurde (Franzkowiak et al. 2003: 53; Hurrelmann 2006: 117ff).

Obwohl die Gesundheitsdefinition der WHO auf Grund ihrer stark gesundheitspolitischen Ausrichtung für heutige wissenschaftliche Forschungsarbeit nicht mehr zur Gänze aktuell ist, stellt sie dennoch auf Grund wichtiger inhaltlicher Aspekte einen Ausgangspunkt für diese Arbeit dar.

2.3 Gesundheit im Kontext der Forschungsarbeit

Nach Darstellung unterschiedlicher Ansätze des Gesundheitsbegriffes, die das Produkt historischer, politischer und kultureller Veränderungsprozesse sind, wird in diesem Abschnitt auf den für diese Forschungsarbeit konzipierten Gesundheitsbegriff eingegangen.

Der Begriff Gesundheit, wie er in dieser Arbeit verwendet wird, wird als mehrdimensionales Konzept verstanden, das sowohl die physischen, psychischen, als auch die sozialen Dimensionen des Menschen berücksichtigt. Diese können einander wechselseitig beeinflussen und damit auf die gesundheitliche Verfassung des Individuums einwirken. Mit dieser Auffassung des Gesundheitsbegriffs soll vom Defizitgedanken der Pathogenese, der Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit beschreibt, Abstand genommen werden.

Sowohl interne Faktoren des Menschen, als auch externe Größen aus der Umwelt, können auf das gesundheitliche Befinden einer Person Einfluss nehmen. Hierbei ist es bei gezieltem Einsatz möglich, positive Effekte zu erzielen, was sich auch die Gesundheitsförderung zu Nutze macht. Der menschliche Organismus soll dadurch in die Lage versetzt werden, sowohl endogene, als auch exogene Anforderungen zu bewältigen, wobei die Gesundheitsförderung hierbei ein mögliches unterstützendes Instrument darstellt.

Gesundheit wird in dieser Arbeit nicht als Zustand begriffen, sondern als ein Geschehen, ein Prozess der veränderbar ist, wobei Gesundheit und Krankheit nicht scharf voneinander getrennt betrachtet werden können.

Anknüpfend daran liegt der Schwerpunkt des nächsten Kapitels im Bereich der Gesundheitsförderung.

3 Zum Begriff der Gesundheitsförderung

3.1 Aufkommen des gesundheitsfördernden Gedankens

In diesem Kapitel soll die Entstehungsgeschichte der Gesundheitsförderung von ihren Anfängen in den 70er Jahren in Kanada bis hin zum Aufgreifen des gesundheitsfördernden Gedankens behandelt werden, sowie dessen Weiterentwicklung seitens der WHO.

1948 wurde in New York die Weltgesundheitsorganisation gegründet, die sich die „Leitung und Koordination globaler Gesundheitsfragen, die Unterstützung ihrer Mitgliedsländer, den Ausbau öffentlicher Gesundheitsdienste und die großflächige Seuchenbekämpfung“ zur Aufgabe gesetzt hat (Steinbach 2007: 65).

Die Geschichte der Gesundheitsförderung selbst ist eine verhältnismäßig junge, die ihren Ausgang 1974 in Kanada nahm. Dort entstand das richtungweisende politische Papier „A new perspective on the health of Canadians“ unter dem Gesundheitsminister Marc Lalonde. Dieses sieht gesundheitsfördernde Lebensweisen als gesundheitspolitisches Ziel an und stellt damit den Grundstein organisierter Gesundheitsförderung dar (Schwartz et al. 2003: 183).

Die Bekämpfung von Krankheitsepidemien wurde in den industrialisierten Staaten in die Wege geleitet und sanitäre Reformen wurden eingeführt. Die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung führte zu einem Absinken der Morbiditäts- und Mortalitätsrate, wodurch sich die an Krankheit orientierte Aufmerksamkeit hin zum Verhalten und den Lebensweisen der Menschen verlagerte (Naidoo/ Wills 2003: 72ff).

Seitens der Weltgesundheitsorganisation kam es dann in der Folge zur Weiterentwicklung des Konzepts der Gesundheitsförderung und zur Verbreitung dieses Gedankens auf internationaler Ebene (Steinbach 2007: 65ff).

3.2 Die Ottawa- Charta als Basis der Gesundheitsförderung

Die zunehmende Verschlechterung der Gesundheit der westlichen Bevölkerung, veranlasste die Weltgesundheitsorganisation sich dieser Problematik anzunehmen und dementsprechende Interventionen einzuleiten. Die Bestrebungen liefen in Richtung gesünderer Lebensstile der Bevölkerung, Reformierung der Gesundheitsversorgungssysteme und gesundheitsbezogener Umweltschutz. Im Zuge dieser Forderungen wurde im November 1986 in Kanada die erste internationale Konferenz seitens der Weltgesundheitsorganisation einberufen, die erstmals eingehend Gesundheitsförderung thematisierte. Gemeinsam mit allen 33 europäischen Mitgliedsstaaten wurde ein Konzept erarbeitet, das zu aktivem Handeln aufrief, mit der zentralen Bestrebung, „Gesundheit für alle“ zu ermöglichen. Dieses Programm, das auch als Ottawa- Charta zur Gesundheitsförderung bekannt wurde, dient seither weltweit als Leitfaden und Inspiration für gesundheitsfördernde Aktivitäten (Bieskorn- Zinke 2004: 22).

3.2.1 Begriffsklärung

Gesundheitsförderung ist ein viel diskutierter und häufig verwendeter Begriff, der innerhalb kürzester Zeit bekannt wurde und zum Teil vielerorts auch als Trendbegriff für verschiedenste Maßnahmen im Gesundheitsbereich Verwendung fand.

Zahlreich sind die Versuche, Gesundheitsförderung zu beschreiben, wobei einer der wohl bekanntesten auf die erste internationale Konferenz der WHO zurückgeht. Damals wurde Gesundheitsförderung erstmal von der WHO in der Ottawa- Charta verankert.

Gesundheitsförderung kann als Konzept aufgefasst werden, das die gesundheitlichen Ressourcen und Potenziale des Einzelnen und der Gesellschaft unterstützen und stärken möchte. Es ist ein Prozess, der Maßnahmen und Handlungen umfasst, die darauf abzielen, Fähigkeiten und Wissen zu fördern, sowie Umweltbedingungen zu ändern, so dass sich diese positiv auf die Gesundheit auswirken (WHO 1998: 1).

Spezifisch für das Aktionsprogramm der Gesundheitsförderung ist auch der Paradigmenwechsel in Bezug auf die Definition von Gesundheit von einer pathogenetischen Orientierung zu einer salutogenetischen Perspektive.

Gesundheitsförderung wird demnach als „[...] ein Prozess beschrieben, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglichen soll. Um jedem Menschen die Möglichkeit zu geben ein persönliches Gesundheitsverständnis zu entwickeln und persönliche Gesundheitsziele zu definieren, ist es [...] notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt beeinflussen können“ (Hurrelmann/ Laaser 1993: 117; Bieskorn- Zinke 2004: 22).

3.2.2 Zielsetzungen und Prinzipien gesundheitsfördernden Handelns

Gesundheitsfördernde Aktivitäten sind bestrebt, die Menschen zu befähigen, ihre Gesundheit zu stärken, ihre Lebensweisen und Lebensbedingungen, soweit sie dies beeinflussen können, zu verbessern.

Ziel ist es, durch Einwirkung auf das Leben und Handeln der Bevölkerung das Gesundheitsniveau durch die Förderung bzw. Wiederherstellung von Gesundheit zu steigern. Sowohl physisches, psychisches als auch soziales Wohlbefinden sollen im Zentrum der Bestrebungen stehen (Bieskorn- Zinke 2004: 22; Hurrelmann/ Laaser 1993: 13; Franzkowiak et al. 1996: 43f).

Neben den Zielsetzungen enthält die Ottawa- Charta auch Kernelemente und Handlungsprinzipien, die richtunggebend für gesundheitsfördernde Aktivitäten sind. So zählen zu den wichtigsten Prinzipien des Dokuments (Franzkowiak et al. 2003: 74):

- Beeinflussung von Ursachen und Bedingungen von Gesundheit
- Mitwirkung der Öffentlichkeit
- Sozio- ökologisches Verständnis der Wechselbeziehung Mensch- Umwelt
- Einsatz unterschiedlicher Interventionen und Ansätze
- Förderung der Gesundheit als zentrale Aufgabe im sozialen und gesundheitlichen Bereich
- Zielgruppe ist die gesamte Bevölkerung

Die zum Teil sehr allgemein formulierten Grundgedanken der WHO zur Gesundheitsförderung betonen, dass die Förderung der Gesundheit

Aufgabenbereich des Gesundheits- und Sozialsektors ist aber auch in den Verantwortungsbereich jedes Einzelnen fällt. Im großen Maße angewiesen ist die Gesundheitsförderung auf die aktive Mitwirkung der einzelnen Personen bei gesundheitsfördernden Aktivitäten um die Zielsetzungen der Ottawa- Charta verwirklichen zu können.

Gesundheit darf, nach Auffassung der Weltgesundheitsorganisation, nicht als gesonderter Bereich gesehen werden, sondern immer im Kontext des alltäglichen Lebens (Naidoo/ Wills 2003: 76; Faltenmaier 1994: 59f).

Welche Strategien die Ottawa- Charta zur Umsetzung der Zielsetzungen vorsieht und worin die Handlungsebenen der Gesundheitsförderung liegen, wird im nächsten Abschnitt behandelt.

3.2.3 Handlungsstrategien und Handlungsfelder

Zur Realisierung gesundheitsfördernden Vorhabens gibt die Weltgesundheitsorganisation in der Charta vier grundlegende Strategien vor. Einen wichtigen Punkt hierbei stellt die Interessensvertretung dar. Gesundheit soll durch anwaltschaftliches Eintreten soziale, kulturelle, biologische, politisch und ökonomische, Umwelt- und Verhaltensfaktoren positiv beeinflusst werden.

Weiters sollen Personen nach dem Prinzip des Empowerments dazu befähigt werden, über ihre eigene Gesundheit bestimmen zu können und ihren Gesundheitspotenzialen entsprechend leben zu können.

Vermittlung und Vernetzung aller einflussreichen Bereiche wie dem Wirtschafts-, Gesundheits-, Sozialsektor, Medien, Verbände etc. als Strategie der Gesundheitsförderung ist ebenso notwendig wie das Schaffen von Voraussetzungen für die Gesundheit (Schwartz et al. 2003: 182; Bieskorn- Zinke 2004: 28).

Ihren Niederschlag und Anwendung finden gesundheitsfördernde Strategien in Institutionen und auf professioneller Ebene, sowie in informellen und selbstorganisierten Systemen der verschiedenen gesellschaftlichen und politischen Handlungsbereiche.

Seitens der WHO wurden fünf Aktionsfelder festgelegt, die die Handlungsstrategien miteinander verknüpfen.

Die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten ist eines dieser Handlungsfelder. Demnach soll Gesundheitsförderung danach streben, Arbeits- und Lebensbedingungen zu schaffen, die anregend, sicher und befriedigend sind. Die Erhaltung von Ressourcen und die Sicherung der sozialen und natürlichen Umwelt finden ebenso Berücksichtigung.

Gesundheitsdienste müssen sich dahingehend orientieren, dass sie vermehrt die Förderung der Gesundheit in den Mittelpunkt stellen und auf die ganzheitlichen Bedürfnisse des Menschen achten.

Mittels Gesundheitsförderung soll auch die Ebene der persönlichen Kompetenz unterstützt werden. Das gesundheitsbezogene Wissen, wie auch die Stärkung der sozialen Kompetenz und der im alltäglichen Leben notwendigen Fertigkeiten werden in diesem Zusammenhang angesprochen. Die dahinter liegende Überlegung bezieht sich darauf, dass Menschen dadurch bestärkt werden, in ihren einzelnen Lebensabschnitten zurechtzukommen und lernen, mit eventuellen Erkrankungen und gesundheitlichen Einschränkungen umzugehen.

Ein weiteres Handlungsfeld sind Gemeinschaftsaktionen, die im Sinne der Autonomie, Selbstbestimmung und Kontrolle über das gesundheitliche Befinden, unterstützt werden sollen.

Abschließend wird in Bezug auf die Handlungsfelder der Gesundheitsförderung in der Ottawa- Charta der Anspruch erhoben, eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik zu entwickeln. Die Bestrebung geht hierbei in die Richtung, dass Gesundheitsförderung in alle Bereiche der Politik Einzug finden und politisches Handeln maßgeblich bestimmen soll (Altgeld et al. 1997: 16; Franzkowiak et al. 1996: 46f).

Im folgenden Absatz sollen, nach Darstellung der Konferenz in Ottawa 1986, bei der die Ottawa- Charta, als wichtigstes Dokument der Gesundheitsförderung verabschiedet wurde, die in diesem Zusammenhang bedeutendsten internationalen Konferenzen der WHO, die zu einer konkreten Ausformulierung und Verbesserung

des Konzepts der Gesundheitsförderung beigetragen haben, im historischen Überblick skizziert werden.

3.3 Internationale Konferenzen der WHO zum Thema Gesundheitsförderung

Die Konferenz von Alma Ata (1978)

Auf der ersten internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung wurde, basierend auf dem umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO von 1948, Gesundheit zum grundlegendes Recht eines jeden Menschen erklärt.

Dabei galt das 1977 auf der 30. Weltgesundheitsversammlung in Genf festgelegte Ziel der „Gesundheit für alle Bürger der Welt bis zum Jahr 2000“ auch auf der Tagung von Alma Ata als richtungweisend. Um dieses Vorhaben zu erreichen, wurde Gesundheit zum einen in den Verantwortungsbereich der Politik gestellt. Zum anderen kam gleichzeitig mit dem Recht auf Gesundheit auch die Verpflichtung und Verantwortung jedes Einzelnen seiner gesundheitlichen Verfassung gegenüber hinzu.

"The people have the right and duty to participate individually and collectively in the planning and implementation of their health care" (Steinbach 2007: 68).

In der „Declaration of Alma- Ata“ wurde bereits zwischen Gesundheitserziehung und einer zukünftigen Gesundheitsförderung unterschieden. Im Detail sollte aber Gesundheitsförderung als solche erst auf der nächsten Konferenz 1986 in Kanada konkretisiert werden.

Die Konferenz von Ottawa (1986)

Seit der ersten WHO- Konferenz in Alma Ata wurde die Entwicklung der Gesundheitsförderung vor allem seitens des Europäischen Regionalbüros vorangetrieben. 1986 kam es dann zur Abhaltung der ersten internationalen Konferenz der Weltgesundheitsorganisation zum Thema Gesundheitsförderung. Im

Rahmen dieser Versammlung rief man erstmals zu aktivem gesundheitsfördernden Handeln auf in Hinblick auf die Zielsetzung der WHO „Gesundheit für alle bis ins Jahr 2000“.

Verankerung fanden die auf der Konferenz festgelegten Aufgaben und Ziele zur Förderung der Gesundheit in der Ottawa- Charta, die bis heute als Leitfaden weltweiter gesundheitsfördernder Tätigkeit dient (Schröttenhamer 2005: 35f).

Die Konferenz von Adelaide (1988)

Die zweite internationale Konferenz wurde in Australien, in Adelaide im Jahr 1988 abgehalten. In Orientierung am Vorhaben einer Weiterverfolgung der durch die Alma Ata Deklaration vorgegebenen Ziele, kam es zur Definition dreier Kernthemen:

- primäre Gesundheitsvorsorgung
- Mitwirkung der Bürger
- Zusammenarbeit aller Bereiche der Gesellschaft

Diese Themenbereiche entstanden aus der Überlegung heraus, dass Gesundheit ein soziales Ziel ist.

Aus der „Adelaide Empfehlung“ dieser internationalen Tagung gehen zudem auch vier Aktionsfelder hervor (Schröttenhamer 2005: 36f; Steinbach 2007: 70f):

1. Schaffung unterstützender Umfeldler und Umwelten:

Im Zentrum dieses Themenbereiches steht der Schutz der Gesundheit der Bevölkerung vor physikalischen, chemischen und biologischen Einwirkungen als Aufgabe der Umweltpolitik und –planung.

2. Nahrungsmittel und Ernährung:

In Punkto Ernährung vertritt die WHO den Standpunkt, dass die Bekämpfung des Hungers der Weltbevölkerung Zuständigkeitsbereich der Politik ist. Deren Aufgabe ist es, für ausreichend gesunde Nahrung Sorge zu tragen.

3. Tabak- und Alkoholgebrauch:

Handlungsbedarf besteht auch im Hinblick auf den Konsum der Genussmittel Tabak und Alkohol. Der Trend muss hierbei entschieden in Richtung Minimierung des gesundheitsschädigenden Alkohol- und Tabakkonsums gehen. Wobei in

dieser Hinsicht sowohl die Politik als auch die Wirtschaft gefordert ist, Maßnahmen einzuleiten.

4. Unterstützung der Gesundheit von Frauen:

Besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung in Gesundheitsbelangen sollte vor allem Frauen zukommen, da sie maßgeblich auf die familiäre Gesundheit Einfluss nehmen können.

Die Konferenz von Sundsvall (1991)

Zentrales Thema der Tagung in Sundsvall, Schweden im Juni 1991 war die Schaffung bzw. Entwicklung gesundheitsfördernder Lebenswelten.

Zudem musste festgehalten werden, dass das Ziel der Konferenz von Alma Ata „Gesundheit für alle bis ins Jahr 2000“ realistischer Weise nicht umsetzbar war.

Daher richtete sich der neue Fokus auf die gesundheitsfördernde Gestaltung des Umfeldes in politischen, wirtschaftlichen, sozialen und psychischen Belangen.

Das Bild von Gesundheit wurde somit weiterentwickelt in Hinblick auf die Betonung und Berücksichtigung des Umweltbereiches, unter besonderer Berücksichtigung des internationalen Blickwinkels der Umweltproblematik (Steinbach 2007: 71; Jung 2004: 25).

Die Konferenz von Jakarta (1997)

1997 fand die vierte Konferenz in Jakarta, Indonesien statt, unter dem Titel „Neue Akteure für eine neue Ära- Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert“. Der bisher eingeschlagene Weg der Gesundheitsförderung sollte auch im neuen Jahrhundert fortgesetzt werden.

Dementsprechend bot die Tagung auch die Möglichkeit, über bereits gewonnene Erkenntnisse aus der Praxis der Gesundheitsförderung zu reflektieren, sowie über zukünftige Strategien und Konzepte nachzudenken.

Daraus resultierte das Beibehalten des Grundgedankens der Ottawa- Charta und die Festlegung folgender Schwerpunkte (Schrötenhamer 2005: 37ff; Jung 2004: 25):

- Stärkung der gesundheitsfördernden Potenziale der Gemeinschaften sowie der Handlungskompetenz des Einzelnen:

Hierfür bedarf es für den Einzelnen der Teilnahme an für die Gesundheit bedeutenden Entscheidungsprozessen, sowie der Vermittlung der notwendigen Fertigkeiten. Unterstützend wirken hierbei sowohl die Medien, als auch die traditionelle Kommunikation selbst.

Auf der Ebene der Gemeinschaft gewinnen Führungsqualitäten, der Ressourcenzugang und die Aus- und Weiterbildung an Wichtigkeit.

- Ausbau der Investitionen in die Gesundheitsentwicklung:

Notwendig zur Umsetzung dieses Vorhabens ist die Kooperation und Zusammenarbeit verschiedenster Bereiche. Hierbei sollen der Gesundheitsbereich, das Bildungswesen und das Wohnen Berücksichtigung finden. Besondere Aufmerksamkeit gilt in diesem Zusammenhang spezifischen Gruppen wie ältere Menschen, Kinder, Frauen etc.

- Infrastruktur für Gesundheitsförderung sicherstellen:

Hierbei gilt es die verschiedensten Bereiche für gesundheitsfördernde Tätigkeit zu aktivieren, wobei es notwendig ist, die hierfür notwendigen finanziellen Ressourcen zu eruieren und nach Möglichkeit zur Verfügung zu stellen.

- Soziale Verantwortung für die Gesundheit fördern:

Diese Priorität bezieht sich sowohl auf den öffentlichen als auch auf den privaten Bereich, indem an die Politik die Aufgabe gestellt wird, soziale Verantwortung für die Gesundheit zu übernehmen. So ist sie dafür zuständig für ArbeitnehmerInnenschutz, Umweltschutz, gesundheitliche Chancengleichheit und Unterbindung des Handels mit Gütern, die die Gesundheit beeinträchtigen oder schädigen können.

- Sicherung und Ausbau von Partnerschaften für die Gesundheit:
Gesundheitsförderung macht Kooperationen und wechselseitige Beziehungen unterschiedlichster Sektoren notwendig, durch Wissensaustausch, sowie die Weitergabe oder Zurverfügungstellung von Fertigkeiten und Fähigkeiten zum gegenseitigen Nutzen aller Beteiligten.

Die Konferenz von Mexiko (2000)

Im Mittelpunkt der Weltgesundheitskonferenz in Mexiko stand der Abbau der Chancenungleichheit, wobei angedacht wurde, dass die Gesundheitsförderung hierfür ihren Beitrag liefern sollte.

In der dementsprechenden Erklärung „Health Promotion: Bridging the Equity Gap“ wurden Zukunftspläne für Gesundheitsförderungsmaßnahmen festgehalten (Jung 2004: 26; Steinbach 2007: 72):

- Gesundheitsförderung soll auf politischer Ebene eine zentrale Stellung einnehmen, sowohl regional, national als auch international.
- Die Verantwortung für Initiativen zur Gesundheitsförderung obliegt den Gesundheitsministerien.
- Netzwerke für Gesundheitsförderung sollen auf nationaler und internationaler Ebene aufgebaut und aufrechterhalten werden.

Die Konferenz von Bangkok (2005)

Die Globalisierung und deren Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen waren Themen der 6. internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. Die dabei verfasste Charta stellt die Weiterentwicklung der Ottawa- Charta für Gesundheitsförderung dar und das Programm „Gesundheit für alle“ wurde zu vier zentralen Aspekten ausformuliert (Steinbach 2007:72):

- Es ist notwendig, dass Gesundheitsförderung eine bedeutende Stellung in der Gesellschaft einnimmt.
- Bei der globalen Agenda soll Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle einnehmen.

- Gesundheitsförderung muss in die Unternehmensführung integriert werden.
- Gleiches gilt auch für den Bereich der Politik, in die Gesundheitsförderung eingebunden werden muss.

Die angeführten Weltgesundheitskonferenzen zur Gesundheitsförderung bilden den Rahmen für die Leitlinien der WHO die Gesundheit und Gesundheitsförderung betreffend.

Daneben wurden und werden Tagungen zu bestimmten Inhalten abgehalten. So wurde 2002 der Fokus auf das Thema „Alter und Gesundheitsförderung“ gerichtet, worauf in Kapitel 4 „Gesundheitsförderung im Alter“ eingegangen wird.

4 Gesundheitsförderung im Alter

4.1 Die demographische Alterung der österreichischen Gesellschaft

Lange Zeit wurde der demographische Wandel, der sich in einem Anstieg des Anteils der über 60- Jährigen und in einem Absinken des Anteils der Kinder und Jugendlichen ausdrückt, in Österreich gesellschaftlich nicht wahrgenommen. Medizinische Fortschritte, Veränderungen der sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, Wanderungsgeschehen und demographische Auswirkungen politischer Ereignisse bewirkten unter anderem diese Verschiebung der Bevölkerungszusammensetzung (Backes/ Clemens 1998: 32).

Bei diesem Trend in der österreichischen Bevölkerung, bedingt durch ein Absinken der Fertilität bei gleichzeitigem Anstieg der Lebenserwartung, fällt jedoch nicht so sehr die reduzierte Geburtenrate ins Gewicht, sondern die sich verändernde Mortalität im Erwachsenenalter. Dieses Phänomen beruht vor allem auf einem Rückgang der Sterblichkeitsrate altersspezifischer Erkrankungen, sowie auf der Steigerung der Lebenserwartung im höheren Alter (Schwartz et al. 2003: 166; Stadt Wien 2005 a: 78).

So verdeutlicht auch die folgende Grafik die kontinuierliche Zunahme der Lebenserwartung bei der 60- jährigen Wiener Bevölkerung in einer Zeitspanne von 1961 bis 2004.

Entwicklung der Lebenserwartung in Wien von 1961-2004

Jahr	fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren	
	Frauen	Männer
1961	19,0	15,0
1971	18,9	14,8
1981	20,2	16,0
1991	21,9	17,5
1992	21,9	17,5
1993	22,3	17,8
1994	22,4	17,9
1995	22,5	18,1
1996	22,5	18,4
1997	22,9	18,7
1998	23,3	18,7
1999	23,2	19,0
2000	23,5	19,4
2001	23,8	19,9
2002	23,7	20,0
2003	23,7	19,9
2004	24,2	20,3

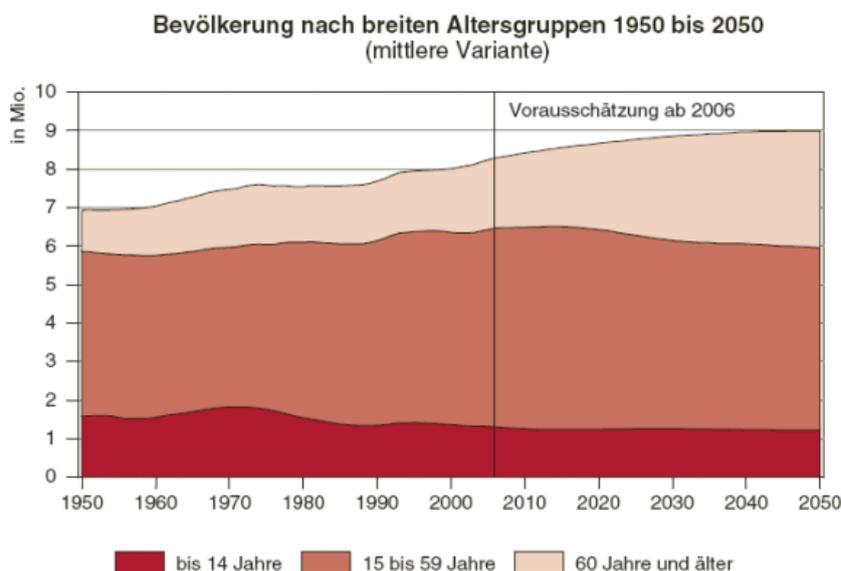
Quelle: Wiener Gesundheitsbericht 2004

Dies bedeutet eine Zunahme der Lebenserwartung der 60- jährigen Frauen von 5,2 Jahren und von 5,3 Jahren bei den 60- jährigen Männern innerhalb der vergangenen 43 Jahre von 1961 bis 2004.

Auf Grund dieses Trends, der sowohl in Wien aber auch österreichweit, wie auch in anderen Teilen der Erde beobachtet werden kann, erscheinen Prognosen der WHO, die weiterhin einen Anstieg der Bevölkerungsgruppe der über 60- Jährigen auf schätzungsweise mehr als 1,2 Mrd. Menschen weltweit gesehen im Jahr 2025 voraussagen, als durchaus plausibel.

In Hinblick auf die Situation in Österreich, auf die sich diese Arbeit auch bezieht, mit Schwerpunktsetzung auf Wien, ist festzuhalten, dass bei der Altersstruktur österreichweit gesehen der Anteil der über 60- Jährigen 21 Prozent beträgt. Ein Blick in die Bundeshauptstadt Wien zeigt, dass 22 Prozent der dort lebenden Bevölkerung 60 Jahre und älter sind, wodurch Wien verglichen mit den übrigen Bundesländern einen Mittelplatz einnimmt (Stadt Wien 2003 b: 18). Betrachtet man Zukunftsszenarios der sich verändernden österreichischen Bevölkerungskonstellation bezogen auf die Alterszusammensetzung, so verdeutlicht die anschließende Grafik ein rapides Ansteigen des Anteils der Population der über 60 Jährigen. Im Vergleich dazu zeigt die Altersgruppe der unter 14- Jährigen eine anteilmäßig leicht abnehmende Tendenz, die Gruppe der 15 bis 59- Jährigen weist einen etwa gleich bleibenden Verlauf auf, (Statistik Austria 2007).

Veränderung des Anteils der älteren Bevölkerung in Österreich



Quelle: Statistik Austria 2007

Die demographische „Alterung der Gesellschaft“ stellt die Regierung Österreichs vor erhebliche Herausforderungen in Bezug auf sozialpolitische Diskussionen zur Pensions-, Pflege-, und Gesundheitspolitik, angesichts knapper Kassen, sowie des Fehlens einer umfassenden und adäquaten Seniorenpolitik (WHO 2005; Backes/ Clemens 1998: 32).

Das Gesundheitsbefinden und die Zufriedenheit mit der Gesundheitsverfassung nimmt im Allgemeinen mit zunehmendem Alter ab, was auf das kontinuierliche Ansteigen des Morbiditätsrisikos zurückzuführen ist (Stadt Wien 2005 a: 292; Stadt Wien 2003 a: 195). Dies wiederum erklärt, warum die Ausgaben für die Gesundheitsversorgung im Vergleich zu den Lebensphasen davor zunehmen (IHS 2006).

Erst in den letzten Jahren, mit dem Aufkommen des gesundheitsfördernden Gedankens und in Anbetracht gestiegener Lebenserwartung wurde auch der Aspekt der Gesundheitsförderung im Alter in das Blickfeld der öffentlichen Diskussion gerückt (Walter et al. 2006: 13). Damit gewannen die Erhaltung der Gesundheit im Alter und das Bestreben, die Morbiditätsrate älterer Menschen möglichst gering zu halten, an Bedeutung.

„Es kommt nicht nur darauf an, wie alt wir werden, sondern, wie gesund wir altern“ (WHO 2005: 11).

4.2 Gesundheit und Alter

Bezogen auf die Thematik der Forschungsarbeit nimmt neben der Dimension der Gesundheit auch das Thema Alter eine zentrale Rolle ein. Im folgenden Abschnitt soll zu Beginn die Bedeutung des Altersbegriffs geklärt werden, um auf dieser Basis Gesundheit im Kontext des Alters betrachten zu können.

Das Alter stellt in unserer Gesellschaft eines der bedeutendsten Differenzierungskriterien dar. Mitbedingt durch die gestiegene Lebenserwartung verkörpert die ältere Bevölkerung eine der heterogensten Konstellationen unter den unterschiedlichen Altersgruppen. Diese Inhomogenität des etwa 30 und mehr Jahre andauernden Lebensabschnitts ist gekennzeichnet durch eine starke Variabilität der

physischen, psychischen und sozialen Gesundheit in dieser Lebensphase. Dies lässt sich zurückführen auf die zugrundeliegenden genetischen Dispositionen, sowie auf unterschiedliche Lebensbedingungen, Ausbildung, Beruf, Lebensstil, soziale Netzwerke etc.

Die Festlegung auf einen allgemein gültigen Altersbegriff wird auf Grund der beschriebenen Heterogenität erschwert.

Betrachtet man retrospektiv den Wandel dieses Begriffs, so war dieser noch bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts biologisch geprägt und mit Gebrechlichkeit gleichgesetzt. Alter ist jedoch nicht nur physiologisch bestimmt sondern auch ein Produkt sozialer Konstruktionen die veränderbar sind.

Der Begriff Alter lässt sich im Überblick auf verschiedene Weise klassifizieren (Hurrelmann et al. 2004: 84):

- Das kalendarische Alter, das Alter am Geburtsdatum eines Individuums festschreibt.
- Das soziale Alter, das altersbedingte Veränderungen sozialer Positionen und Rollen von Menschen in der Gesellschaft beschreibt.
- Das kognitiv- psychologische Alter, das inhaltlich die Veränderungen von kognitiven Funktionen umfasst.
- Das biologische Alter, das die Abnahme der physischen Kapazität und Funktionsfähigkeit bezeichnet.

Aus sozialpolitischer Sicht wird Alter oftmals am Austritt aus der Erwerbstätigkeit festgemacht. Alter würde somit in Österreich mit dem 65. Lebensjahr beginnen. Diese Eingrenzung setzt aber Berufstätigkeit voraus. Um jedoch auch Personen zu erfassen, die nicht erwerbstätig waren oder nicht mit dem 65. Lebensjahr die Pension angetreten haben, eignet sich die Bezeichnung SeniorIn wesentlich besser (Walter et al. 2006: 39ff). So definiert das österreichische Bundes- Seniorengesetz den Begriff SeniorInnen bei Frauen ab dem vollendeten 55. Lebensjahr und Männer ab dem vollendeten 60. Lebensjahr (Bundesgesetzblatt 1998).

Wendet man sich nun dem Begriff Gesundheit im Alterskontext zu, so lässt sich festhalten, dass Gesundheit eine wesentliche Dimension des Alters darstellt.

Der Begriff der Gesundheit im Alter muss umfassend begriffen und nicht ausschließlich an körperlichen Veränderungen festgemacht werden. Unterschiedliche Dimensionen des physischen, sozialen und psychischen Alterns sind mit zu berücksichtigen (Hurrelmann et al. 2004: 84). Diese Faktoren tragen maßgeblich zum Wohlbefinden alter Menschen bei und sind ausschlaggebend für die Entstehung und Erhaltung von Kompetenzen im Alter verantwortlich.

Betrachtet man den Lebensverlauf eines Menschen, so kann man in Bezug auf die gesundheitliche Verfassung Unterschiede in den Lebensphasen finden. Während frühere Lebensabschnitte oft nahezu beschwerdefrei verlaufen, weisen Personen höheren Alters meist stärkere gesundheitliche Beeinträchtigungen auf. Dies lässt sich auf chronische Gesundheitsprobleme im Organbereich zurückführen, die sich, ausgehend von Erkrankungen in früheren Lebensabschnitten, bis ins höhere Alter fortsetzen. Aber auch primär im Alter auftretende Erkrankungen und auch psychische Probleme spielen hier eine entscheidende Rolle. Besonders bei der Gruppe der ältesten SeniorInnen ist die Morbidität oder Multimorbidität dh. das Vorliegen mehrerer Gesundheitsbeschwerden, besonders hoch (Backes/ Clemens 1998: 183ff).

Daneben ist gibt es den steigenden Anteil der gesundheitlich robusten SeniorInnen, der, Prognosen zu Folge, auch weiterhin ansteigen wird.

Mit dem Aspekt der Gesundheit im Alter, speziell mit den Veränderungen der Morbidität im Alter, setzte sich der Altersforscher J.F. Fries in seinem Werk „The compression of morbidity“ auseinander. Er entwickelte das Modell der „Komprimierbaren Morbidität“, das auf dem Gedanken beruht, dass mit steigender Lebenserwartung die Morbidität verringert werden kann.

Dieser Ansatz begründet sich auf der Überlegung, medizinisch unheilbare chronische Krankheiten sowie körperlich bedingte Alterungsprozesse durch gesundheitsförderliches Handeln zeitlich so weit zu reduzieren, dass sich diese auf eine kurze Zeitspanne vor dem Ableben beschränken. Zu Beginn der 80er Jahre fand dieses Konzept auf Grund der Auffassung, dass sich mit zunehmendem Alter die gesundheitliche Verfassung verschlechtert und die Gebrechlichkeit zunimmt, wenig Verständnis und Akzeptanz bei der breiten Öffentlichkeit.

Empirische Langzeitstudien konnten jedoch einen Beitrag zur Belegung des Modells liefern. Im Rahmen des National Long- Term Care Survey wurde bei über

65-jährigen AmerikanerInnen für die Zeitspanne von 1982 bis 1994 der tatsächliche Verlauf chronischer Einschränkungen, bei einer unveränderten Rate dieser Erkrankungen vorausberechnet und mit dem tatsächlichen Verlauf seit 1982 verglichen. Dabei zeigte die Studie, dass bei den über 65-Jährigen die chronischen Erkrankungen um 15% niedriger ausfielen als laut Berechnungen prognostiziert. Die gravierendsten Unterschiede diesbezüglich waren bei den älteren Probanden zu verzeichnen, wobei der Rückgang der Erkrankungen auch mit einer Reduktion bedeutender Risikofaktoren einherging (Schwartz et al. 2003: 173f).

Ähnliches belegt auch die Framingham Heart Study, die einen Rückgang chronischer Krankheiten und die Verbesserung der Gesundheit der 55-70-Jährigen im Rahmen einer Vergleichsstudie verzeichnen konnte. Bei dieser Untersuchung wurden zwei Geburtsjahrgänge miteinander verglichen, jener der 1914 Geborenen mit jenem von 1931. Die Studie ergab, dass die zweite Gruppe, jene mit deutlich verbessertem Gesundheitsverhalten, wesentlich weniger chronische Krankheiten aufwies, als die erste Gruppe. Auch bei der Ermittlung der subjektiven Gesundheit gaben ältere Personen der zweiten Gruppe eine Verbesserung ihrer Gesundheit im Vergleich zu vergangenen Jahren an (Schwartz et al. 2003: 173f).

Basierend auf diesen Studien besteht eine hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Morbidität noch weiter komprimiert werden kann und die Lebenserwartung weiter nach oben hin ansteigt. Dies zeigt auch eine Hochrechnung auf Grundlage der Ergebnisse des Long-Term Care Surveys. Die Ergebnisse der Berechnung bestätigen ein Fortsetzen des Trends in Richtung höherer Lebenserwartung bei gleichzeitiger Abnahme der durch chronische Erkrankungen eingeschränkten Jahre. Bei dieser Untersuchung ergibt sich eine Reduktion der durch Krankheit eingeschränkten Lebensspanne von sechs auf drei Jahre in einem Zeitraum von 76 Jahren.

Voraussetzung für diese Entwicklung ist die Optimierung der Gesundheit der Bevölkerung. In Zukunft wird die Gesundheitsförderung neben der Medizin eine bedeutende Rolle, bei der Dezimierung von Erkrankungen spielen (Knesebeck 1998:14f; Schwartz et al. 2003: 172ff). Vielmehr muss an dieser Stelle mittels gesundheitsfördernder Maßnahmen in die Verbesserung der Gesundheit investiert werden. Wie aus den beiden zuvor erwähnten Untersuchungen, der Framingham

Heart Study und jener des National Long- Term Care Survey hervorgeht, spielt die Orientierung am Gedanken der Gesundheitsförderung eine bedeutende Rolle bei der Komprimierung der Morbidität. Speziell der Gesundheitsförderung im Alter muss hierbei Beachtung geschenkt werden, mit der Intention, älteren Menschen ein möglichst langes, beschwerdefreies Leben zu ermöglichen und Morbidität auf eine geringe Zeitspanne vor dem Ableben zu reduzieren. In Hinblick darauf stellt das „Active- Ageing“-Programm der WHO zur Gesundheitsförderung im Alter, wie es in Kapitel 4.3 vorgestellt wird, einen bedeutenden Schritt in dar.

4.3 Das „Active- Ageing“ Programm der WHO

Das Potenzial und die Bedeutung von Gesundheitsförderung zur Stärkung und zur Verbesserung der Gesundheit, sowie die Aufrechterhaltung der Autonomie und Mobilität im Alter gewannen in den letzten Jahren zunehmend an Aufmerksamkeit in der Gesellschaft. Bis dahin war der Gesundheitsförderung im Alter von der Öffentlichkeit und der Wissenschaft kaum Beachtung geschenkt worden.

Auch seitens der Weltgesundheitsorganisation rückte die ältere Bevölkerung erst seit kurzem im Kontext gesundheitsfördernden Handelns ins Zentrum des Interesses.

Das Problem der demographischen Verschiebung mit dem Anstieg der Lebenserwartung und des Anteils der älteren Bevölkerung, sowie die Berücksichtigung der Bedürfnisse älterer Menschen wurden 1997 in der Jakarta-Erklärung erwähnt (WHO 1997).

Angesichts des weiteren zahlenmäßigen Anstiegs der über 60- Jährigen, kam es im Zuge der zweiten Weltversammlung, die die Vereinten Nationen im April 2002 in Madrid abhielt, zu einer eingehenden Auseinandersetzung mit dieser Herausforderung. Grundgedanke dieser Tagung war es, Problemen, die mit der „Alterung der Gesellschaft“ einhergehen, durch gesundheitsfördernde Maßnahmen für die ältere Bevölkerung zu begegnen. Daraus entstand das politische Rahmenpapier der WHO in Form des „Active-Ageing“-Programms, das sich in seinem gesundheitsfördernden Auftrag an SeniorInnen richtet. Das Konzept ist ein Produkt aus bereits in früheren Jahren formulierten Programmen, die fortlaufend modifiziert und erweitert wurden.

Das bereits zuvor bestehende Programm „Gesundheit alter Menschen“ wurde im Jahr 1995 in „Altern in Gesundheit“ umbenannt. Damit sollte die Perspektive auf alle Lebensstufen gerichtet werden, anstatt ältere Menschen gesondert zu betrachten. Im internationalen Jahr der älteren Menschen 1999 kam es zu einem Wendepunkt im Tätigkeitsbereich der WHO in Bezug auf das Thema „Altern und Gesundheit“, wobei der Fokus in diesem Jahr auf dem Thema „Aktiv Altern ist wichtig“ lag. Mit der Formulierung des Konzepts des „Active- Ageings“ im Jahr 2002, das auf dem Gesundheitsbegriff der WHO basiert und das dem physischen, psychischen und sozialen Wohlergehen Beachtung schenkt, wurde ein neues Paradigma des Alterns eingeführt. Dieses geht von der Überlegung weg, ältere Menschen als passive Objekte zu sehen und begreift diese als aktive Personen, die ihrerseits sowohl EmpfängerInnen, aber auch GeberInnen im Sinne von gesellschaftlichen Beiträgen sein können. Beachtung finden hierbei auch kranke und gebrechliche SeniorInnen, die ebenfalls einen Beitrag für die Gesellschaft liefern.

In Auseinandersetzung mit der Thematik des „aktiven Alterns“ befand die WHO das gleichnamige Konzept als Grundlage für die Gesundheit im Alter und sah sich verpflichtet, dieses zu propagieren (WHO 2002: 54).

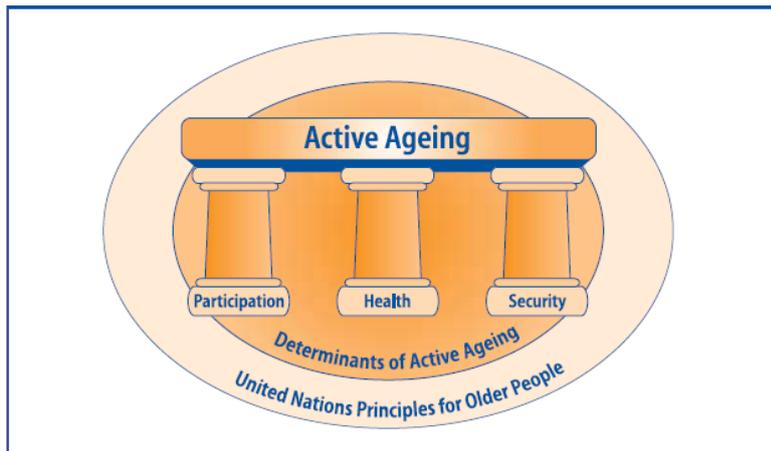
Als neues Rahmenkonzept der WHO soll es die Länder dabei unterstützen, eine Politik zu forcieren, die zu einer Optimierung der Gesundheit und einer Steigerung der Lebenserwartung und Lebensqualität der älteren Bevölkerung führt und damit die Kosten im medizinischen und Pflegebereich eindämmt.

Im Alter nehmen, im Vergleich zu den Lebensphasen davor, nicht ansteckende Krankheiten zu und verursachen hohe Kosten. Das „Active-Ageing“-Programm zur Gesundheitsförderung im Alter spielt hierbei insofern eine bedeutende Rolle, da es durch seine Maßnahmen zu einer Reduktion der Anzahl dieser Erkrankungen und Behinderungen im Alter beitragen kann und damit zu einer Kostenreduktion im Gesundheitsbereich führt. Zudem erhöht es die Lebensqualität älterer Menschen, fördert die aktive Teilnahme am sozialen, politischen und wirtschaftlichen Leben und bewirkt die Abnahme von frühzeitigen Todesfällen.

Zur Umsetzung der Vision des aktiven Alterns bedarf es jedoch nicht nur der Kooperation des Gesundheits- und Sozialbereichs, sondern auch der Mitwirkung

einer Vielzahl anderer Sektoren, sowie der Mithilfe jedes Einzelnen, der auf seine gesunde Lebensführung bedacht sein muss.

Die Basis des politischen Rahmenpapiers für ein aktives Altern wird von den „Grundrechten der Vereinten Nationen für ältere Menschen“ bestimmt (siehe Grafik).



Quelle: WHO 2002: 45

Diese „Grundrechte“, im äußeren Kreis der Grafik dargestellt, setzen sich aus der Unabhängigkeit, Würde, Pflege, Selbstverwirklichung, Teilnahme und Einbindung zusammen.

Daneben gibt es „bestimmende Faktoren“ für das aktive Altern, die die drei Säulen in der Darstellung markieren, diese sind: „Gesundheit“, „Sicherheit“ sowie „Teilnahme und Einbindung“.

Damit lehnt sich die WHO mit ihrer Auffassung an den salutogenetischen Ansatz an, der gleichfalls davon ausgeht, dass sich verschiedene Dimensionen auf die menschliche Gesundheit auswirken.

Zusätzliche Untersuchungen wären jedoch notwendig, will man die Rolle jedes einzelnen Faktors im Prozess des aktiven Alterns verdeutlichen und deren Interaktion verstehen.

In Punkto „Gesundheit“ verfolgt die Weltgesundheitsorganisation in ihrem Konzept des „Active-Ageings“ die Überlegung, die Auslöser chronischer Krankheiten zu kontrollieren und Schutzfaktoren zu sichern, um damit die Lebensqualität und die Lebenserwartung der SeniorInnen zu steigern, sowie eine selbstständige

Lebensführung zu ermöglichen. Dadurch kann der Bedarf an teuren medizinischen und pflegerischen Leistungen reduziert werden.

Als weitere Maßnahme sollen ältere Menschen in rechtlich vertretbarem Rahmen und unter Berücksichtigung ihre Wünsche, Bedürfnisse und Möglichkeiten in soziale, geistige, kulturelle und wirtschaftliche Aktivitäten einbezogen und zur Teilnahme angeregt werden. Damit werden sie motiviert, einen produktiven gesellschaftlichen Beitrag zu leisten. Neue soziale Kontakte zu anderen SeniorInnen können entstehen und so eröffnet sich die Möglichkeit der gegenseitigen Motivation, Unterstützung und des wechselseitigen Austausches („Teilnahme und Einbindung“).

Als weitere Aspekte für die Gesundheit und Lebensqualität der SeniorInnen sind die Gewährung von adäquatem Schutz, die materielle Sicherheit und das Angebot an pflegerische Leistungen im Alter an Bedeutung.

Bei der Umsetzung des Konzepts gilt es auch die aktive und selbstbestimmte Lebensführung zu fördern, die Autonomie aufrecht zu erhalten, Eigen- und Mitverantwortung zu unterstützen und Mitwirkung zu ermöglichen.

Zudem soll die Möglichkeit geboten werden, auch nach dem Austritt aus dem Berufsleben ein produktives Leben führen zu können.

Mangel an eigenständiger Motivation und Isolation im Alter machen es oft notwendig, Initiativen durch so genannte aufsuchende Aktivierung zu setzen. Hierbei wird auf die SeniorInnen zugegangen und versucht, sie aus der Reserve zu „locken“ und zu Eigeninitiative bzw. zur Teilnahme an diversen Aktivitäten zu ermutigen.

Zur Förderung und Anregung der Aktivität älterer Menschen ist eine entsprechende Gestaltung der Umwelt notwendig. Auch die Beseitigung von Barrieren und Hindernissen, die die Mobilität einschränken, spielt hierbei eine bedeutende Rolle. Um Fähigkeiten, Fertigkeiten und Interessen auch im Alter zu erhalten, bieten sich körperliche, geistige und soziale Aktivität an.

Für ein aktives Altern ist auch die Einstellung der Gesellschaft dem Alter bzw. älteren Menschen gegenüber von Bedeutung, da sich diese auf die gesundheitliche Verfassung der SeniorInnen maßgeblich auswirken kann (WHO 2002).

Somit lässt sich abschließend „Active-Ageing“ beschreiben als „[...] ein Prozess zur Optimierung der Gesundheitschancen, der Mitwirkung und der Sicherheit mit dem Ziel der Steigerung der Lebensqualität von Menschen, die altern“ (WHO 2005).

Auf Grundlage des „Active-Ageings“-Programms der WHO wurden bislang drei Projekte durchgeführt („Aktive55plus“, „Gesund älter werden“ und „Aktiv ins Alter“), wobei das Projekt „Aktiv ins Alter“ in Österreich umgesetzt wurde. Trotzdem bedarf es in Zukunft noch weiterer Umsetzung von Projekten für aktives Altern seitens der einzelnen Staaten und Gemeinschaften, die auf die vorherrschenden spezifischen Umstände abgestimmt sind.

5 Theoretische Ansätze

Im Rahmen dieses Kapitels sollen die, für die Autorin wesentlichsten Ansätze für die Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung, auf theoretischer Ebene dargestellt werden.

Die empirischen Ergebnisse werden dann in Kapitel 8 im Kontext dieser Ansätze diskutiert.

5.1 Setting- Ansatz

Unter Setting kann sowohl eine räumliche Einheit, aber auch ein soziales System verstanden werden, das verschiedene Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst, und in dem diese Bedingungen von Gesundheit und Krankheit gestaltet werden können. Gesundheitsförderliche Settings und Umwelten sind somit Grundlage für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Gesundheit (Lobnig/ Pelikan 1996: 30).

Settings können beispielsweise Schulen, Gemeinden, Krankenhäuser, Pensionistenwohnhäuser etc. sein. Für die Gesundheitsförderung ist das Aufkommen des Setting- Ansatzes von großer Bedeutung. So basieren heute einige Projekte, auch jene der WHO, auf dem Setting- Ansatz. Zu diesen zählen beispielsweise Projekte wie das „Gesundheitsfördernde Krankenhaus“, die „Gesundheitsfördernde Schule“ etc.

Im Fokus dieses Ansatzes, der auch in der Ottawa- Charta der WHO verankert ist, stehen Rahmenbedingungen des menschlichen Lebens, Konsums, Lernens und Arbeitens (Franzkowiak et al. 2003: 205 f).

Es sollen *„[...] alle Lebens- und Tätigkeitsbereiche wie Stadt, Schule, Arbeitsplatz, Nachbarschaft und eigenes Zuhause bessere Möglichkeiten zur Förderung der Gesundheit bieten“* (Lobnig/ Pelikan 1996: 27). Hierbei gilt es jedoch bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebenswelten nicht nur gesundheitsfördernde Aktivitäten zu setzen, sondern auch Settings zu gestalten und zu ermöglichen, die

möglichst wenig krankheitserzeugend und somit möglichst gesundheitsfördernd auf die Personen in diesen Settings wirken (Pelikan/ Wolff 1999: 28).

Berücksichtigung findet in diesem Ansatz auch die Erkenntnis, dass gesundheitliche Probleme aus einer Wechselwirkung zwischen Lebensstil, sozialer, organisatorischer und ökonomischer Umwelt zustande kommen.

In seinen Interventionen bezieht sich der Ansatz auf Organisationen und Netzwerke von Organisationen und nicht auf einzelne Menschen und ihr individuelles Gesundheits- und Risikoverhalten (Franzkowiak et al. 2003: 205 f). Diese sozialen Gefüge eignen sich dazu, gesundheitsförderliche Interventionen und Maßnahmen zu setzen, welche langfristig positive Änderungen bewirken.

Bei älteren Menschen, die im Blickfeld dieser Arbeit stehen, spielt sich das alltägliche Leben großteils im eigenen Zuhause ab, da der Aktionsradius mit zunehmendem Alter abnimmt. Gesundheitsbeeinflussende Dimensionen wirken damit vor allem im räumlich-sozialen Wohnbereich auf die SeniorInnen ein. Während jüngere Menschen neben ihrem Zuhause auch in anderen unterschiedlichen Settings wie der Schule, dem Arbeitsplatz etc. Einflüssen ausgesetzt sind, die auf die Gesundheit einwirken, beschränken sich diese bei SeniorInnen eher auf den Wirkungskreis des räumlich-sozialen Wohnens. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass gesundheitsfördernde Maßnahmen mit der Zielgruppe älterer Menschen am wirkungsvollsten in deren Lebensraum ansetzen sollten.

Da sich der Settingansatz auf Organisationen bezieht, kann davon abgeleitet werden, dass es sich auch bei „Altenheimen“, als Form organisierten Wohnens, um ein Setting im Sinne dieses Konzepts handelt. Die Organisation bildet hierbei das Zentrum des Settings, wobei die soziale Organisation „Altenheim“ in dieser Arbeit das zugrunde liegende System darstellt.

So stellen diese Einrichtungen, die eine Form institutionalisierten Wohnangebotes für SeniorInnen darstellen, ein bedeutendes Feld für gesundheitsförderndes Handeln einer Organisation dar.

Im Rahmen dieser Arbeit sollen am Beispiel einer ausgewählten Altenheiminstitution die Lebensbedingungen der BewohnerInnen untersucht werden. Diese sind insofern für die Untersuchung von Bedeutung, da die Organisation je nach Gestaltung der

Lebensbedingungen die physische, psychische und soziale Gesundheit der SeniorInnen förderlich und unterstützend beeinflussen, aber auch Krankheiten verursachen und zu deren Verlauf beitragen kann.

Die Auffassung, dass innerhalb von Settings Gesundheit über die Gestaltung der Lebensbedingungen beeinflusst werden kann, stellt somit eine bedeutende Voraussetzung für diese Forschungsarbeit dar. Nur wenn angenommen werden kann, dass die gesundheitliche Verfassung von Personen in Settings beeinflussbar ist, wird Gesundheitsförderung in „Altenheimen“ als Investition in die Gesundheit älterer Menschen denkbar. Somit ist der Settingansatz die notwendige gedankliche Grundlage für die Fragestellung dieser Arbeit. Basierend auf diesem Denkansatz soll das Forschungsinteresse verfolgt werden, inwiefern gesundheitsfördernde Aspekte sich in den Zielsetzungen und Handlungen des Feldes bezüglich der Gestaltung der Lebensbedingungen der BewohnerInnen widerspiegeln.

5.2 Empowermentansatz

Das ursprünglich aus der amerikanischen Gemeindepsychologie entstammende Konzept des Empowerments fand in den vergangenen Jahren auch Einzug in das Aktionsprogramm der Gesundheitsförderung.

Mittlerweile ist es grundlegendes Element des Konzeptes der Gesundheitsförderung und hat zum Ziel, Menschen ein höheres Maß an Kompetenz und Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Sie sollen die Fähigkeit erwerben und optimieren, sowohl ihre soziale Umwelt, aber auch ihr eigenes Leben selbst zu formen. Dies wiederum erfolgt über die Bereitstellung und Stärkung von Ressourcen und die Förderung sozialer Teilnahme. Indem es nicht die Behandlung von Defiziten unterstreicht, sondern die Förderung von Ressourcen anstrebt, liegt dem Empowermentansatz das Konzept der Salutogenese zu Grunde (Zentrum für Gerontologie 2006).

Empowerment ist ein Prozess, der darauf abzielt, sowohl den einzelnen Menschen, aber auch soziale Gruppen zu befähigen, ihre Ressourcen persönlicher, organisatorischer und gesellschaftlicher Natur aufrechtzuerhalten und

Lebensbedingungen zu reflektieren, und, wenn notwendig, zu verändern. Dafür ist es notwendig, dass die Personen zu aller erst erkennen und verstehen, in welchen Bereichen ihre Ressourcen einer Förderung bedürfen. Weiters ist die Bereitschaft und der Wille bedeutend dafür, um Empowerment wirksam einsetzen zu können. Und schließlich bedarf es der persönlichen Überzeugung, Selbstvertrauen und dem Glauben an die eigenen Fähigkeiten, mittels Unterstützung Veränderungen der eigenen Lage bewirken zu können (Naidoo/ Wills 2003: 96).

GesundheitsförderInnen übernehmen bei diesem Ansatz die Rolle des „Unterstützenden“ nach dem „bottom-up“ Prinzip, das sich „von unten nach oben“ richtet. Sie fungieren somit als Vermittler, um den gesundheitsfördernden Prozess zu aktivieren. Im Fokus stehen die Reduktion der strukturellen und materiellen Barrieren und die Orientierung an den Bedürfnissen der Menschen. So können GesundheitsförderInnen dazu beitragen, beispielsweise mittels Bereitstellung beratender Leistungen, instrumenteller Hilfen, finanzieller Mittel etc., Menschen zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben zu verhelfen (Franzkowiak et al. 2003: 28ff).

Da gesundheitsförderndes Handeln auch die „Befähigung“ zur Selbstbestimmung und autonomen Lebensführung im Alter unterstreicht, spielt das Konzept des Empowerments in dieser Arbeit eine bedeutende Rolle. In Hinblick auf die Forschungsfrage ist der Fokus auf die gesundheitsfördernden Aspekte gerichtet, wobei es gilt, deren Widerspiegelung in den Zielsetzungen und Handlungen des Settings „Altenheim“ zu untersuchen.

In verschiedensten Studien konnte aufgezeigt werden, dass die physische, psychische und soziale Gesundheit und das Wohlbefinden wesentlich von den Möglichkeiten aber auch von der Kompetenz eines Menschen abhängen, sein Leben selbstbestimmt zu führen (Steinbach 2007: 54f). In diesem Kontext kann das „Altenheim“ einen Beitrag zur selbstständigen und unabhängigen Entscheidungsfindung und zur aktiven Gestaltung und Beeinflussung des Lebens seiner BewohnerInnen leisten und damit auf die Gesundheit der SeniorInnen Einfluss nehmen.

Inwiefern Empowerment im Alter eine Rolle im Forschungsfeld spielt, soll demnach untersucht werden, zudem der Soziologe Erwin Goffman die Auffassung vertritt, dass „Altenheime“ als totalitäre Institutionen häufig eine fremdbestimmende Rolle gegenüber ihren BewohnerInnen einnehmen. Dadurch würden SeniorInnen in „Altenheimen“ ihre Selbstbestimmung und Privatsphäre verlieren (Moers et al. 1999: 31).

Inwieweit diese Ansicht zutrifft und welche Bedeutung Empowerment im Sinne der Gesundheitsförderung im Setting einnimmt, wird im Kapitel 8. „Empirische Ergebnisse“ behandelt.

5.3 Der Ansatz der Salutogenese

Begründet von dem Medizinsoziologen Aaron Antonovsky stellt die Salutogenese eines der einflussreichsten Konzepte in der modernen Medizinsoziologie dar.

Durch seine Distanzierung vom pathogenetischen Ansatz, der sich mit der Entstehung von Krankheit beschäftigt, hin zum Konzept der Salutogenese, das sich die Frage stellt, was den Menschen gesund hält, wird dieses Modell als Basis für die Forschungsfrage dieser Arbeit bedeutsam. Erst durch Auseinandersetzung mit den Ursachen und Einflussfaktoren der Gesundheit sowie deren Zusammenspiel mit den Widerstandsressourcen des Menschen werden Überlegungen in Bezug auf deren gezielte Unterstützung möglich. Dieses Grundgedankens bedient sich auch die Gesundheitsförderung, die an diesen Ressourcen ansetzt, um zu einer Optimierung und Stärkung der Gesundheit beizutragen (Franzkowiak et al. 1996: 96; Walter 1996: 17; Hurrelmann 2006: 120- 127; Steinbach 2007: 117- 124).

Mit dem salutogenetischen Ansatz wird somit eine grundlegende Voraussetzung für gesundheitsförderliches Handeln geschaffen, das auch im Rahmen der Forschungsarbeit zu untersuchen ist.

Da im Alter in der Regel die Widerstandsressourcen im Vergleich zu jüngeren Jahren nachlassen, muss Gesundheitsförderung bei älteren Menschen verstärkt an diesen Widerstandsressourcen gegenüber Stressoren ansetzen. So wirken mögliche Stressoren wie der Eintritt in ein „Alten- oder Pflegeheim“, der Verlust von Angehörigen, der Eintritt in das Pensionsleben etc. auf die Gesundheit der

SeniorInnen ein. Durch eine Stärkung der Widerstandsressourcen der älteren Menschen kann die Gesundheit erhalten und Erkrankungen vorgebeugt werden. In Bezug auf die Forschungsarbeit soll in diesem Kontext geklärt werden, inwiefern die Stärkung der Widerstandsressourcen eine Rolle in Rahmen der Zielsetzungen und Maßnahmen des Settings „Altenheim“ spielen.

6 Forschungsfeld

6.1 *Altenbetreuung in Österreich*

Der Bereich der Altenpflege fällt in Österreich primär in das Aufgabengebiet des Sozialwesens, wobei die Ausführung gemäß der Bundesverfassung den jeweiligen Bundesländern obliegt.

Finanziert werden die Alten- und Pflegeheime zu einem überwiegenden Anteil aus dem Sozialbudget der Gemeinden und Länder, sowie aus den Pflegegeldern der BewohnerInnen. Abhängig vom Einkommen der SeniorInnen kann in manchen Bundesländern, je nach Landes- Sozialhilfegesetz, auch der Unterhalt der EhegattIn und der Kinder für Ausgleichszahlungen der Heimkosten herangezogen werden (Bartels/ Jenrich 2004: 94- 98).

Österreichweit gibt es insgesamt etwa 600 000 Menschen die hilfs- oder pflegebedürftig sind. Von diesen befinden sich 60 000 in Altenheimen und Pflegeinstitutionen, wobei von diesen 40 000 Personen als pflegebedürftig eingestuft werden müssen. In Privathaushalten leben demzufolge ca. 540 000 Personen, die hilfs- und pflegebedürftigen sind (Niederfranke et al. 1999: 259).

Gesamt gesehen gibt es in Österreich über 750 Alten- und Pflegeheime, wobei es in Wien 60 Institutionen gibt. Im bundesweiten Vergleich zählt Wien auch zu jenen Ländern mit der höchsten Dichte an Heimplätzen (Müller/ Betz 2003: 75f). Diese wiederum setzen sich aus 56 Prozent Pflegeplätzen und 44 Prozent Wohnplätzen zusammen.

Prognosen des Österreichischen Bundesinstituts für Gesundheitswesen zu Folge wird, bedingt durch den Zuwachs der älteren Bevölkerung, der Anteil jener Personen, die hilfs- und pflegebedürftig sind, bis zum Jahr 2011 um 42 Prozent ansteigen. Dies wiederum macht es notwendig, weitere Heimplätze zu schaffen, wobei bis dahin schätzungsweise ungefähr zusätzliche 10 000 Plätze benötigt werden. Verstärkt soll hierbei auch die Entstehung neuer Wohnformen, wie beispielsweise Wohngemeinschaften für ältere Menschen, gefördert werden, da diese in Österreich erst vereinzelt angeboten werden (Bartels/ Jenrich 2004: 94- 98).

6.2 Situation in der Bundeshauptstadt Wien

Betrachtet man die Versorgungsstruktur in der Bundeshauptstadt Wien, auf die sich die Forschungsarbeit bezieht, so umfassen die dort angesiedelten Alten- und Pflegeheime insgesamt ein Kontingent von 22 126 Plätzen.

Träger dieser Heime sind die Stadt, Non- Profit- Organisationen sowie private gemeinnützige und gewinnorientierte Unternehmen. Die unterschiedlichen Trägerorganisationen in Wien lassen sich nach ihrer anteilmäßigen Kapazität wie folgt darstellen.

Institution	Appartement- und Wohnplätze	Pflegeplätze	Summe
KWP	70,8 %	17,1 %	45,5 %
Seniorenwohngemeinschaften	0,5 %	0 %	0,3 %
Kommerzielle Anbieter	9,1 %	2,0 %	5,7 %
Caritas Wien	3,4 %	6,0 %	4,7 %
Caritas Socialis	1,5 %	1,7 %	1,6 %
Andere kirchliche Träger	7,0 %	10,9 %	8,9 %
Non- Profit Organisationen (sonstige)	6,2 %	4,6 %	5,4 %
Plätze in öffentlichen KH und Pflegeheimen	1,4 %	57,7 %	28,2 %
Gesamt	11.599	10.527	22.126

Quelle: Traxler 2005: 76

Aus der Darstellung wird ersichtlich, dass das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser (KWP) in der Wiener Versorgungsstruktur mit 45,5 Prozent an Wohn- und Pflegeplätzen, gemessen an den anderen Alten- und Pflegeheimen, eine zentrale Funktion einnimmt. Da diese Organisation mit seinen 31 Pensionistenwohnhäusern das größte institutionalisierte Wohnangebot im Raum Wien für SeniorInnen bereitstellt, und auch den größten Anteil an BewohnerInnen aufweist, fiel die Wahl des Forschungsfeldes für die Durchführung der empirischen Untersuchung auf diese Einrichtung.

Ziel dieser Arbeit soll jedoch nicht eine repräsentative Untersuchung von Wiener „Altenheimen“, sondern die Untersuchung der Forschungsfrage am Beispiel einer Organisation, in diesem Fall des KWP, sein.

6.3 Das KWP als Forschungsfeld der Untersuchung

6.3.1 Organisationsstruktur

Das Kuratorium Wiener Pensionisten- Wohnhäuser, bei dem es sich um einen gemeinnützigen Fond handelt, entstand in Wien im Jahr 1961 auf Initiative des Wiener Gemeinderates. Es besteht aus einer Zentrale und einzelnen Wohnhäusern. Die Zentrale befindet sich im 9. Wiener Gemeindebezirk und die 31 Pensionistenwohnhäuser verteilen sich auf die verschiedenen Wiener Gemeindebezirke.

In der Zentrale des Kuratoriums ist die Geschäftsführung untergebracht, die die Leitung der Geschäftsstelle der Häuser inne hat und mit der Durchführung der Beschlüsse des Vorstandes betraut ist.

Weiters befindet sich dort auch die Kundendirektion, die für die Vernetzung und Unterstützung des therapeutischen, psychologischen, sozialarbeiterischen, pflegedienstlichen, animatorischen, ärztlichen Bereichs, sowie der Ernährungsberatung und der Gastronomie zuständig ist. Zudem fällt auch die Qualitätssicherung und Vereinbarung von Standards in ihren Aufgabenbereich. Daneben gibt es die kaufmännische Direktion, in deren zentrale Zuständigkeit die Buchhaltung, Abwicklung verschiedenster finanzieller Angelegenheiten, Erstellung und Umsetzung des Wirtschaftsplans und die Ausarbeitung des Jahresberichts fallen.

Die technische Direktion mit Sitz in der Zentrale des KWP ist für die EDV, bauliche Instandhaltung und Verbesserung, sowie den Einkauf zuständig.

MitarbeiterInnen der Personaldirektion kümmern sich um Angelegenheiten der Gehalts- und Lohnverrechnung, das Dienstrecht und die Bereitstellung von Personal. Die strategische Planung im Bereich der Organisations- und Personalentwicklung und die Vernetzung des Unternehmens erfolgt auf Direktionsebene in der Unternehmensentwicklung.

Die Stabstelle für Interne Revision ist für die Überprüfung und Einhaltung der organisationsinternen und externen Vorschriften wie beispielsweise Maßnahmen- und Wirtschaftlichkeitsprüfung, zuständig.

Für den Bereich Öffentlichkeitsarbeit und Werbung gibt es in der Zentrale die Stabstelle für Marketing und Öffentlichkeitsarbeit, die im Speziellen auch für die

interne Kommunikation, Bereitstellung von Informationsmaterial etc. verantwortlich ist.

Bei Fragen und Beschwerden stehen in der Zentrale des KWP die Stabstelle Bewohnerservice den BewohnerInnen und Angehörigen zur Verfügung. Nach Bedarf bieten sie den BewohnervertreterInnen der einzelnen Häuser auch Unterstützung in deren Tätigkeitsbereich an.

Schließlich gibt es noch die Klubdirektion, die sich um die Führung der angeschlossenen 180 Pensionistenklubs in Wien kümmert und um die Organisation und Durchführung verschiedenster Aktivitäten, wie beispielsweise Ausflüge, Reisen, diverse kulturelle Veranstaltungen etc.

In den 31 Häusern des Kuratoriums sind die insgesamt 32 DirektorInnen für die Leitung in den Pensionistenwohnhäusern zuständig.

Betreut werden die SeniorInnen von PhysiotherapeutInnen, ErgotherapeutInnen, AnimatorInnen, StationsassistentInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, WohngemeinschaftsleiterInnen, WohngemeinschaftsbetreuerInnen und Hilfskräften. Daneben gibt es in den Häusern Personal, das für den Wäschedienst, die Reinigung, die Gebäudeinstandhaltung und die Verpflegung zuständig ist.

Im Bereich der Pflege kümmern sich StationsärztInnen, StationsleiterInnen, Stationsangestellte, PraxisanleiterInnen, PflegehelferInnen, Abteilungshelferinnen, diplomierte Gesundheitskrankenschwestern und diplomierte Gesundheitskrankenpfleger um die BewohnerInnen der Häuser.

Für die Pensionistenklubs sind die insgesamt 410 KlubbetreuerInnen verantwortlich (KWP, 2005; KWP: 2006 a: 14- 27; KWP).

6.3.2 Kapazität und Auslastung der Häuser

In den Häusern gibt es die Möglichkeit in Einpersonen-Appartements oder gegebenenfalls in Zweipersonen-Appartements zu wohnen.

Neben den Stationen für besondere Betreuung wie die Remobilisationsstationen und das Betreuungszentrum gibt es in einigen Häusern Pflegewohnungen für BewohnerInnen, die im Appartement nicht mehr betreut werden können, für die jedoch ein Aufenthalt in der Pflegestation nicht gerechtfertigt ist (KWP 2006 a: 10f).

Die Kapazität der Häuser umfasste im Jahr 2005 insgesamt 6479 Einzelappartements, 1134 Doppelappartements und 68 Probewohnungen. Diese Probewohnungen ermöglichen interessierten SeniorInnen vorübergehend ein Appartement für ein oder zwei Personen zu beziehen und damit den Lebensalltag der Häuser kennen zu lernen. Im stationären Bereich stehen den SeniorInnen in Summe 1744 Plätze zur Verfügung und in den Schwerpunktstationen, zu denen die Remobilisationsstationen und das Betreuungszentrum Rosenberg zählen, gibt es 90 Betten.

8885 BewohnerInnen sind in den Pensionistenwohnhäusern untergebracht, wobei sich der überwiegende Anteil aus Frauen zusammensetzt, die mit 84 Prozent die Anzahl der Männer bei weitem übertreffen.

Betrachtet man die Verteilung dieser SeniorInnen auf die Häuser, so sind die Einzelappartements zu 99,4 Prozent ausgelastet, die Wohnungen für zwei Personen zu 95,7 Prozent und die Probewohnungen werden zu 68,9 Prozent von SeniorInnen genutzt. Im stationären Bereich ist das Bettenkontingent zu 94,4 Prozent belegt und die Schwerpunktstationen können eine Auslastung von 77,1 Prozent bei den Remobilisationsstationen und 95,8 Prozent im Betreuungszentrum aufweisen (KWP 2005: 11 ff).

6.3.3 Aufnahmeregulung

Das Recht auf einen Heimplatz hat allgemein gesehen jeder pflegebedürftige Mensch. Jedoch fällt die Entscheidung, welche Personen ein „Altenheim“ aufnimmt, in den Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Heimes, da dieses nicht dazu verpflichtet ist, jede Person aufzunehmen. Für die Aufnahme gibt es bestimmte Regelungen, die jeder Heimbetreiber für sich treffen kann. So ist beispielsweise bei vielen privaten Institutionen die finanzielle Komponente, in Hinblick darauf, dass die SeniorInnen die Heimkosten selbst aufbringen können, ausschlaggebend für die Aufnahme. In anderen „Altenheimen“ ist dieser Aspekt weniger ausschlaggebend für einen Einzug, sondern vielmehr das Anmeldedatum.

Im Alten- und Pflegebereich spielt die gesundheitliche Verfassung der SeniorInnen eine wichtige Rolle dafür, ob sie in einem Appartement wohnen können, oder im Pflegebereich versorgt werden. Das Vermögen zur selbstständigen Lebensführung ist ein Aufnahmekriterium für ein Leben in einem Appartement, wobei diese

SeniorInnen eine gute gesundheitliche Verfassung aufzuweisen haben. Personen mit erhöhter Pflegebedürftigkeit werden in Pflegebereichen untergebracht.

Um diese Entscheidung treffen zu können, wird in manchen Häusern die Beurteilung einer SozialarbeiterIn oder ein ärztliches Gutachten hinzugezogen.

Nach einer allgemeinen Betrachtung der Aufnahmeregelung für „Altenheime“ in Österreich soll konkret die Situation der Häuser des Kuratoriums Wiener Pensionisten- Wohnhäuser betrachtet werden.

Für eine Aufnahme ins KWP gibt es folgende grundlegende Voraussetzungen (Müller/ Betz 2003: 71ff):

- Der Nachweis der Österreichischen Staatsbürgerschaft oder der Gleichstellung
- Hauptwohnsitz in Wien für eine Dauer von mindestens zwei Jahren oder während eines zusammenhängenden Zeitraumes von 40 Jahren
- vollendetes 60. Lebensjahr oder die EhepartnerIn oder LebensgefährtIn kann das vollendete 60. Lebensjahr aufweisen bzw. ein Geschwisterteil
- als Ausnahme gelten Personen, die fortwährend Sozialversicherungs- oder Sozialhilfeleistungen auf Grund von Berufsunfähigkeit beziehen, diese können bereits vor dem 60. Lebensjahr aufgenommen werden
- Abklärung der gesundheitlichen Verfassung für eine Bewilligung der Aufnahme in eines der Appartements der Häuser

Entscheidend für den Einzug ist das Datum, an dem die Anmeldung erfolgt ist. Bei den Häusern des KWP liegt die Wartezeit auf einen Platz je nach Haus etwa zwischen ein und fünfzehn Jahren. Während dieser Zeit kann das gewünschte Haus gewechselt werden, was besonders auch in Hinblick auf die unterschiedlichen Wartezeiten der Häuser bedeutsam ist dennoch bleibt das Datum der Anmeldung für die Reihung der Wohnplatzvergabe ausschlaggebend. Allgemein gilt jedoch für das Kuratorium, dass eine Anmeldung einen Einzug nicht verpflichtend notwendig macht. So können sich SeniorInnen, die nach Erfüllung der Wartezeit noch nicht einziehen möchten auf die so genannte „Zuwarteliste“ setzen lassen und einen Zeitpunkt für den gewünschten Einzug festlegen.

Bevor die zukünftigen BewohnerInnen jedoch einziehen, führt die SozialarbeiterIn im jeweiligen Haus ein persönliches Gespräch mit den SeniorInnen. Zudem ist für die Einschätzung der „Appartementfähigkeit“ eine ärztliche Untersuchung erforderlich. Im Rahmen des geriatrischen Assessments hilft bei schwierigen Entscheidungen ein Team aus einem Arzt, einer diplomierten Pflegeperson, einer diplomierten SozialarbeiterIn und einer MitarbeiterIn des therapeutischen Dienstes. In der Zentrale des KWP wird dann schließlich ein Gespräch über die Finanzierung des Wohnhausaufenthaltes mit den SeniorInnen geführt. Zu diesem Termin müssen die zukünftigen BewohnerInnen auch die erforderlichen Unterlagen und Dokumente wie den Staatsbürgerschaftsnachweis, den Meldezettel und die Sozialversicherungsnummer mitbringen. Im Rahmen dieses Gesprächs wird die finanzielle Situation abgeklärt und Wünsche, wie beispielsweise die Lage des Apartments, können bekannt gegeben werden (Ludwig/ Tutschek 2004: 80f).

6.3.4 Heimvertrag und das Recht auf Autonomie

Bei den Betreuungsverträgen der „Altenheime“ handelt es sich um eine verbindliche schriftliche Rechtsform, die zwischen den SeniorInnen und der Heimleitung geschlossen wird.

Im Rahmen des Betreuungsvertrags sind beispielsweise die finanzielle Regelung, das Leistungspaket, Kündigungsgründe etc. festgehalten. Das Heimvertragsgesetz von 2004 schreibt erstmals die verpflichtende Darstellung der Finanzierung der Leistungen im Heimvertrag vor und die Absicherung der persönlichen Rechte von HeimbewohnerInnen.

So sind folgende Rechte der BewohnerInnen gesetzlich geregelt, die die Autonomie der SeniorInnen schützen sollen. Das Recht auf Selbstbestimmung, auch in politischer und religiöser Hinsicht, freie Entfaltung der Persönlichkeit, Achtung der Privat- und Intimsphäre, sowie die Wahrung des Brief-, Post-, und Fernmeldegeheimnisses. Zudem muss den SeniorInnen der Kontakt zu Angehörigen und Bekannten ermöglicht werden, sie haben das Recht gleich behandelt zu werden, unabhängig von Geschlecht, Abstammung, Herkunft, Rasse, und Sprache. Weiters ist ihnen das Recht auf medizinische Versorgung, Therapie- und Arztwahl, wie auch auf das Tragen persönlicher Kleidung und die Nutzung eigener

Einrichtungsgegenstände zugesichert. Darüber hinaus wird im Heimvertragsgesetz das Recht auf freie Meinungsäußerung, Versammlung und Bildung von Vereinigungen zur Durchsetzung von Interessen geregelt (Müller/ Betz 2003: 112). Zusätzliche Einbeziehung und Mitwirkung der BewohnerInnen wird, je nach Träger, unterschiedlich gehandhabt. So gibt es beispielsweise Bezirksvertreter, Bewohner-Services und telefonische Hotlines. Diese sollen die Rechte der SeniorInnen in den Häusern wahren und die Möglichkeit bieten, etwaige Anregungen, Beschwerden und Probleme im Haus zu artikulieren (Ludwig/ Tutschek 2004: 80f).

Das KWP bietet sowohl eine Stabstelle für das Bewohnerservice, die in der Zentrale angesiedelt ist, als auch BewohnervertreterInnen bzw. BewohnerbeirätInnen, die vor Ort in den einzelnen Häusern anzutreffen sind.

Im Bewohnerservice eingetroffene Anregungen und Beschwerden werden in den jeweiligen Bereichen der Organisation bearbeitet und es wird versucht, sie einer Lösung und Umsetzung zuzuführen. Weiters stehen die MitarbeiterInnen des Bewohnerservices den SeniorInnen auch bei rechtlichen Fragen, sowie bei der Umsetzung von berechtigten Wünschen und Anliegen zur Verfügung und unterstützen die BewohnervertreterInnen bei der Ausübung ihrer Funktion (KWP 2005: 32; KWP 2006 a: 26).

Die BewohnerbeirätInnen werden in Rahmen einer geheimen Wahl von den BewohnerInnen gewählt. Diese BewohnervertreterInnen fungieren als Ansprechpersonen für die Anliegen der SeniorInnen. Sie haben das Recht, über hausinterne Angelegenheiten rechtzeitig informiert zu werden und Anliegen der BewohnerInnen zur Sprache zu bringen.

Insgesamt gibt es in den Häusern 402 BewohnerInnen, die als BewohnerbeirätInnen tätig sind und ihren Wirkungsbereich in ihrem eigenen Pensionistenwohnhaus haben (KWP 2005: 32).

6.3.5 Finanzierung

Allgemein betrachtet bewegen sich die monatlichen finanziellen Beiträge in Alten- und Pflegeheimen, je nach dem, wie diese ausgestattet sind und welche Leistungen erbracht werden, zwischen 1 500 und 3 500 Euro.

Im Vertrag mit der SeniorIn sind laut Heimvertragsgesetzes seitens der Institution die Leistungen mitsamt den Finanzbeiträgen aufzuschlüsseln.

Für die Kosten für das Leben im Alten- oder Pflegeheim, die nicht gerade gering sind, müssen zunächst die SeniorInnen selbst mit ihrem Einkommen und ihrem Vermögen aufkommen. Können diese jedoch nicht die gesamten Kosten aufbringen, so springt die Sozialhilfe für den restlichen Betrag ein. Bei privaten Trägern erfolgt dies jedoch oft nicht in allen Fällen. Sind die SeniorInnen nicht allein stehend und haben eine EhepartnerIn oder Kinder, so kann die Sozialhilfe gegenüber diesen Regressansprüche geltend machen. Dabei darf es aber nie so weit kommen, dass durch ein Aufkommen für den Heimaufenthalt der Unterhalt gefährdet wird. Daneben wird die Finanzierung auf Landesebene durch die unterschiedlichen Landes- Sozialgesetze gehandhabt. Auf Wien bezogen bedeutet dies, dass nur die EhegattIn für die Unterkunft der PartnerIn aufkommen muss, wohingegen in anderen Bundesländern, wie beispielsweise Burgenland und Niederösterreich, auch die Kinder für Unterhaltsleistungen herangezogen werden (Müller/ Betz 2003: 95ff). Verfügt eine SeniorIn nicht über die benötigten finanziellen Mittel oder kann sie bzw. er nur einen Teil des Betrages aufbringen, so wird mit den Angehörigen ein Gespräch im Sinne des Allgemein Bürgerlichen Gesetzbuches für Unterhaltspflicht nach §143 über die Finanzierung im Rahmen der zumutbaren Kostenbeteiligung geführt.

Falls erforderlich wird der fehlende Restbetrag von der Stadt Wien ergänzt. Bei Gewährung von Zuschüssen aus der Sozialhilfe für den Wohnplatz sind seitens der BewohnerIn 80 Prozent ihres Einkommens beizusteuern. SeniorIn die in Appartements leben verbleiben 20 Prozent der Pension bzw. ein Mindestfreibetrag von 150 €, sowie der 13. und 14. Monatsbezug. PflegegeldbezieherInnen verbleibt ein Anteil von mindestens 41, 40 € nach den Bestimmungen des Bundespflegegeldgesetzes. Diesen Betrag können sie für private Zwecke nützen, da die pflegebedürftigen BewohnerInnen keine zusätzlichen Ausgaben für Mahlzeiten, Getränke, Pflege und Körperpflegemittel ausgeben müssen, da diese bereits in den Kosten für ein Pflegezimmer inbegriffen sind (Ludwig/ Tutschek 2004: 83).

Im Kuratorium Wiener Pensionisten- Wohnhäuser belaufen sich die monatlichen Kosten im Wohnbereich für Einzelappartements auf rund 1080 € und Doppelappartements auf 1869 €. Die Aufwendungen für Pflegewohnungen, in denen die SeniorInnen in ihren Appartements zusätzliche individuelle pflegerische Betreuung und Aufsicht erhalten, betragen 3317 € monatlich. Gleiches gilt auch für die Pflegebetten in der Betreuungsstation, die pro Monat 3317 € kosten.

7 Forschungsdesign und Umsetzung

7.1 Methodisches Vorgehen und Reflexion

7.1.1 Untersuchungsgegenstand und Forschungsinteresse

Betrachtet man die Situation in Österreich, so muss man feststellen, dass die Einbeziehung von Alten- und Pflegeheimen in die „Gesundheitsförderungsstrategie“ bisher auf Bundesebene nur eine sehr untergeordnete Rolle gespielt hat.

Auf Länderebene sieht dies etwas anders aus. Das Land Wien führte zunächst im Rahmen des WHO Projekts „Wien- Gesunde Stadt“ im Jahr 1989 das erste europäische Modellprojekt für Gesundheitsförderung im Krankenhaus Rudolfstiftung durch.

Auf Basis der Erkenntnisse dieses Projekts wurde das europäische Pilotkrankenhausprojekt Gesundheitsfördernder Krankenhäuser im Jahr 1993 ins Leben gerufen. In diesem Projekt ist Österreich seit den Anfängen durch das „Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser“ (ÖNGK) repräsentiert, das derzeit 17 Krankenhäuser umfasst, wobei sich 6 davon in Wien befinden.

An der Entwicklung der Gesundheitsförderung im Gesundheitswesen war auch das seit 2000 bestehenden Wiener Informationsnetzwerk „Gesundheitsförderung in Spitälern und Pflegeeinrichtungen“ beteiligt. Bei diesem Netzwerk handelt es sich um ein Projekt der Stadt Wien in Kooperation mit dem Wiener Krankenanstaltenverbund.

Weiters gibt es seit April 2007 die „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“. Diese unverbindliche Vereinigung fasst MitarbeiterInnen, PatientInnen bzw. BewohnerInnen der stationären Einrichtungen, die regionale Bevölkerung und die allgemeine Fachöffentlichkeit als Zielgruppe für gesundheitsförderliche Maßnahmen ins Auge. Zu den Partnerorganisationen zählt der Wiener Krankenanstaltenverbund mit den „Krankenanstalten der Stadt Wien“, dem „AKH Wien“ und den „Pflegeheimen der Stadt Wien“, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, die Vinzenz Gruppe GmbH und schließlich das Kuratorium Wiener Pensionisten- Wohnhäuser.

Bei näherer Betrachtung handelt es sich bei dem Programm „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“ um eine Form der „Gesundheitsförderungsstrategie“ in Krankenhäusern und deren Erweiterung um den Pflegebereich. Dieser Ansatz richtet sich zwar an Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen, fokussiert hierbei aber ausschließlich die Zielgruppe der stationären Personen, während SeniorInnen des Appartementbereichs in diesem Zusammenhang keine besondere Berücksichtigung finden. Damit ist das Programm auf jene Personen ausgerichtet, die in diesen Institutionen als PatientInnen gelten und nimmt somit einen Teilbereich im Rahmen der „gesundheitsfördernden Krankenhäuser“ ein (Dietscher et al. 2004: 1- 8; Stadt Wien o.A.: 1-5).

Gesundheitsförderung in institutionalisiertem Rahmen sollte jedoch nicht nur eine gesonderte Teilgruppe der SeniorInnen erreichen, nämlich jene die pflegebedürftig sind, sondern auch jene ältere Menschen, die ihr Leben noch weitgehend selbstständig außerhalb des stationären Bereichs führen können.

Weiters ist das Programm auch nicht explizit auf ältere Personen ausgerichtet, da pflegebedürftige Personen zwar in der Mehrzahl SeniorInnen sein werden, jedoch inkludiert diese Gruppe der Pflegebedürftigen auch jüngere Menschen, da diese ebenso der Pflege bedürfen können.

Damit handelt es sich bei der „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“ nicht um ein speziell auf die Gesundheitsförderung älterer Menschen fokussiertes Projekt.

Auf Basis des „Active-Ageing“-Programms der WHO wurden seit der Formulierung dieses Konzepts insgesamt drei Projekte, („Aktive55plus“, „Gesund älter werden“ und „Aktiv ins Alter“) in Angriff genommen. Diese Projekte bezogen sich örtlich betrachtet auf gesundheitsfördernde Interventionen in städtischen Settings, wobei in Österreich das Projekt „Aktiv ins Alter“ durchgeführt wurde. Dabei handelte es sich um ein Projekt, dessen Bestreben es war, für die sozial isolierte ältere Bevölkerung im Alter von 55- 80 Jahren, in strukturschwächeren Wohngebieten Wiens gesundheitsfördernde Strategien zu entwickeln (WHO 2005).

Betrachtet man andere gesundheitsfördernde Projekte in Österreich, die als Zielgruppe ältere Menschen fokussieren, so ist hierbei der „Fonds Gesundes Österreich“ (FGÖ) zu erwähnen.

Dieser Fonds beruht auf dem Gesundheitsförderungsgesetz 1998, das sich inhaltlich an der Ottawa- Charta orientiert. Gesundheitsfördernde Projekte, die in Zusammenarbeit mit dem „FGÖ“ entstanden sind („Plan 60“, „Lebenswerte Lebenswelten“ und „Anders Altern in Radenthein - Gesundheitsförderung im Alter“), richten sich im Speziellen an SeniorInnen im Gegensatz zu den zuvor vorgestellten Projekten. Bei den Gesundheitsförderungsprojekten des FGÖ handelt es sich um solche, die in Städten und Gemeinden durchgeführt wurden.

Gesundheitsförderung kann jedoch nicht nur großräumig in Settings wie Städten und Regionen praktiziert werden, sondern auch in Sub- Settings, wie dies in Form der gesundheitsfördernden Krankenhäuser, Schulen, Betriebe, Gefängnisse und Hochschulen bereits umgesetzt wurde (Hurrelmann et al. 2004: 45).

In diesen Lebens- und Tätigkeitsbereichen können gesundheitsfördernde Aspekte gezielt eine bestimmte Gruppe erreichen, wie beispielsweise Kinder, Jugendliche, Patienten etc.

Durch den altersbedingten Austritt aus dem Erwerbsleben bekommt das eigene Zuhause als Lebenswelt einen immer größeren Stellenwert.

Das „Altenheim“ als Überbegriff für institutionalisiertes Wohnangebot stellt einen möglichen Lebensbereich für SeniorInnen dar. In diesem Setting wirken verschiedene Dimensionen auf das Leben und auf die gesundheitliche Verfassung der BewohnerInnen ein (Backes/ Clemens 1998: 221).

Mit der Schaffung von Lebensbedingungen, die für das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen förderlich sind, knüpft die Gesundheitsförderung an diese Grundidee an (Gesundheitsförderung Schweiz 2005).

Die Organisation des „Altenheimes“ kann über Handlungen auf die Lebensbedingungen, sprich auf die Umwelt der Menschen, in der sie leben, und damit auf die Gesundheit seiner BewohnerInnen, einwirken (WHO 1998: 19).

Die WHO weist in der Jakarta- Erklärung darauf hin, dass insbesondere Settings als Lebenswelten, in denen Menschen den Großteil ihrer Zeit verbringen, gute

Voraussetzungen zur praktischen Umsetzung gesundheitsfördernder Strategien bieten (WHO 1997).

Bezug nehmend darauf, rückt das „Altenheim“ als Ort, an dem die Förderung der Gesundheit älterer Menschen in institutionalisiertem Rahmen gezielt verwirklicht werden kann, in den Vordergrund.

Bereits bestehende gesundheitsfördernde Projekte für ältere Menschen beziehen sich, wie oben angeführt, auf die Settings Stadt und Gemeinde und nicht auf Sub-Settings (vgl. Projekte wie die „gesundheitsfördernden Schule“ oder das „gesundheitsfördernden Krankenhaus“), wie den Bereich des „Altenheims“.

Auf Grund dessen, dass es keine expliziten Projekte zu „gesundheitsfördernden Altenheimen“ in Österreich gibt, bei denen sowohl pflegebedürftige SeniorInnen, aber auch jene, die noch aktiv ihr Leben selbst gestalten können, Zielgruppen institutioneller Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind, wurde das Interesse der Autorin diesbezüglich geweckt. Hierbei sollte sich das Forschungsinteresse im Feld darauf richten, inwiefern gesundheitsfördernde Aspekte in den Zielsetzungen und Handlungen eines Altenheims, in Hinblick auf die Lebensbedingungen der BewohnerInnen, zum Ausdruck kommen.

Als Forschungsfeld wurde das Kuratorium Wiener Pensionisten- Wohnhäuser ausgewählt, das mit seinen 31 Häusern in Wien das größte institutionalisierte Wohnangebot stellt und die meisten SeniorInnen beherbergt. Zudem bietet diese Organisation für ältere Menschen sowohl die Möglichkeit in Appartements zu wohnen, als auch im stationären Bereich betreut zu werden.

Als Richtlinien in Bezug auf die gesundheitsfördernden Aspekte wurde das „Active-Ageing“ Programm der WHO zur Gesundheitsförderung im Alter herangezogen. Dieses Konzept wurde in dem zu untersuchenden Setting nicht explizit praktiziert und diente für die Autorin deshalb ausschließlich als Orientierungshilfe im Rahmen des Forschungsvorhabens. Es sollte nicht nur untersucht werden, welche gesundheitsförderlichen Zielsetzungen und Maßnahmen für die pflegebedürftigen BewohnerInnen in der Organisation existierten, sondern auch welche es für die SeniorInnen gab, die in den Appartements der Häuser wohnten. Diese Gruppe war für die Autorin auch insofern von besonderer Bedeutung, da sie in den

österreichischen Programmen und Projekten im Bereich der Gesundheitsförderung älterer Menschen bis jetzt ausgespart geblieben waren.

Im Rahmen dieses Forschungsvorhabens sollten nicht nur die Perspektiven der Organisation bezüglich deren Ziele und Handlungen erhoben werden, sondern auch die Sichtweise der BewohnerInnen.

In Bezug auf die Fragestellung bezieht sich der Begriff des »Handelns« in dieser Arbeit auf „[...] ein tätiges Verhalten von Menschen, das sich auf Objekte richtet, durch welches ein beabsichtigter Zustand dieser Objekte herbeigeführt oder erhalten werden soll“ (Bahrdt 1997: 31f). Neben dieser Subjekt-Objekt-Beziehung spielt auch die zeitliche Komponente des Tuns eine Rolle. Zukünftiges wird vom Subjekt mit der gegenwärtigen Situation verbunden.

7.1.2 Entscheidung für einen qualitativen Forschungsansatz

Die Entscheidung für den Weg der qualitativen Forschung fiel insofern, da im Rahmen der Untersuchung Zielsetzungen und Handlungen der Organisation erfasst werden sollen. Da diese oft nur vage und unbestimmt gehalten sind, oder häufig unverschriftlicht in den Köpfen der Führungskräfte bestehen, erfordert dieses Forschungsvorhaben somit einen qualitativen Zugang. Zudem ist auch von Bedeutung, dass diese Methode es der Forscherin ermöglicht, aus der Sicht der handelnden Personen „Lebenswelten von innen heraus“ darzustellen. Dadurch können Abläufe, Strukturen und Deutungsmuster zugänglich gemacht und besser verstanden werden.

Bei weniger erforschten Bereichen empfiehlt die gängige Methodenliteratur qualitativ vorzugehen (Flick et al.2004: 14-25).

Im Gegensatz zur quantitativen Forschung ermöglicht der qualitative Ansatz einen offeneren Zugang und damit die Möglichkeit, Neues und Unbekanntes in anscheinend Vertrautem zu erschließen. Damit ist das Verfahren und das Vorgehen weniger standardisiert als bei quantitativen Untersuchungen und orientiert sich viel mehr am Forschungsfeld (Froschauer/ Lueger 2003: 197).

Flexibilität besteht somit auch bei der Wahl der Erhebungs- und Auswertungsmethoden, der zu untersuchenden Personen und der

Untersuchungssituation, wobei sich die Auswahl an der jeweiligen Fragestellung und Zielsetzung orientiert (Flick et al.2004: 14-25).

7.1.3 Zugang zum Forschungsfeld

Unter Feldzugang lässt sich die prozesshafte Herangehensweise an den Gegenstand der Forschung verstehen, der eine bedeutende Rolle bei der Durchführung sowie der Erfolgsträchtigkeit der Forschungsarbeit einnimmt (Froschauer/ Lueger 1992: 37ff). Ein Forschungsfeld kann als soziales Handlungsfeld betrachtet werden, dessen Entstehung auf den Forschungszweck zurückzuführen ist. Somit können soziale Milieus, öffentliche Orte, Gruppen, aber auch Organisationen Forschungsfelder darstellen.

Für den idealen Feldeinstieg lässt sich kein vorgefertigtes, allgemeingültiges Handlungsrezept konzipieren, dennoch gibt es einige Aspekte, die bei einem Feldzugang zu beachten sind. Zunächst muss sich die ForscherIn bewusst sein, dass sie bzw. er als fremde Person betrachtet wird, die zu Beginn, auf Grund mangelnden Wissens des Feldes über die ForscherIn, schwer in die dem Feld gewohnten Kategorien eingeordnet werden kann. Für den Zugang zum Feld ist diese Anschlussfähigkeit sowohl der Person selbst, als auch deren Anliegen notwendige Bedingung. So sollte die ForscherIn für einen erfolgreichen Einstieg ins Forschungsfeld die Seriosität ihres Forschungsvorhabens dem Feld glaubhaft und nachvollziehbar machen können. Der zu untersuchenden Gruppe oder Einrichtung muss versichert werden, dass die Untersuchung keinen Schaden nach sich zieht oder mit sich bringt. Es muss auch in angemessenem Maß auf die Solidarität, Kooperationsbereitschaft und Diskretion der ForscherIn Verlass sein. Dazu darf nicht außer Acht gelassen werden, dass auch die Zusicherung der Rücksichtnahme auf den Betrieb des Feldes, der nicht gravierend gestört werden darf, zu einem erleichterten Feldeinstieg beitragen kann (Flick et al. 2004: 334- 345).

Im Fall dieser Untersuchung erfolgte der erste Zugang zum Forschungsfeld über Kontaktaufnahme mit der Direktionsebene des „Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser“.

Nach Abklärung des Forschungsvorhabens mit den Zuständigen, worauf im nächsten Abschnitt eingegangen wird, wurde die Durchführung seitens der Direktionsebene

genehmigt. Diese stellte im Anschluss auch den Kontakt zu den Interviewpersonen her, die sich für ein Gespräch bereit erklärt hatten. Die Auswahl und die Kontaktaufnahme zu den GesprächspartnerInnen werden im anschließenden Abschnitt dargestellt.

7.1.4 Auswahl und Kontaktierung der Interviewpersonen

Der Fokus wurde bei dieser Forschungsarbeit auf die Landeshauptstadt Wien gerichtet. Dies begründet sich darin, dass, wie bereits in Kapitel 6.1 „Altenbetreuung in Österreich“ beschrieben, Wien zu den Bundesländern mit der höchsten Dichte an Heimplätzen zählt.

Eine zusätzliche Einschränkung wurde durch die Auswahl des Kuratoriums Wiener Pensionisten- Wohnhäuser (KWP) als Forschungsfeld der Untersuchung getroffen. Die Bedeutung dieser Organisation mit dem höchsten Anteil an SeniorInnen im Raum Wien, die institutionalisiertes Wohnangebot für ältere Menschen anbietet, trug zur Entscheidungsfindung für die Auswahl dieses Setting bei. Daneben spielte auch jener Aspekt eine bedeutende Rolle, dass es in den Pensionistenwohnhäusern sowohl stationäre Betreuung, wie auch das Wohnen in den Appartements möglich ist. Dies war für die Autorin insofern von Bedeutung, da bis jetzt gesundheitsfördernde Projekte in institutionalisierter Form auf pflegebedürftige Personen in Pflege- und Altenheimen ausgerichtet waren und nicht zusätzlich auch BewohnerInnen der Appartementsbereiche bei den Interventionen berücksichtigt wurden. Die Zielsetzungen und Handlungen des Settings sollten somit auf gesundheitsfördernde Aspekte beide Gruppen betreffend untersucht werden.

Am Beginn der Erhebungsphase standen zwei explorative Experteninterviews. Auf die Frage, wer als ExpertIn bezeichnet werden und somit als möglicher Interviewpartner herangezogen werden kann, schließt sich die Autorin der konstruktivistischen Definition des Expertenbegriffs, in Orientierung an Bogner und Menz, an. Dieser zu Folge stellen all jene Menschen potenzielle Kandidaten für die Rolle der ExpertIn dar, die über ein bestimmtes Wissen verfügen, das für den Forscher von Bedeutung ist (Bogner et al. 2005: 40).

Demnach können zu Experten nicht nur Menschen gezählt werden, die durch ihre Position oder Stellung in der Gesellschaft ein besonderes Wissen besitzen, sondern auch jene, die keine Spitzenposition einnehmen (Gläser/ Laudel 2004: 9ff).

In Bezug auf die Selektion der InterviewpartnerInnen gilt es zudem jene Personen auszuwählen, bei denen angenommen werden kann, dass sie auf die Interviewfragen bzw. Themen eingehen und einen Beitrag zur Beantwortung der Forschungsfrage leisten können.

Die Interviews in der Orientierungsphase wurden mit Angehörigen der Direktionsebene in der Zentrale des Kuratoriums geführt werden. Diese wurden ausgewählt, da angenommen werden konnte, dass sie auf Grund ihrer beruflichen Tätigkeit und Position in der Hauptzentrale des Kuratoriums einen guten Überblick und breites Allgemeinwissen über die Organisation besitzen, was für eine erste Orientierung im Feld wichtig war.

Der Kontakt zu den InterviewpartnerInnen für die explorativen Experteninterviews der Orientierungsphase wurde über die Direktion der Zentrale vermittelt, nachdem das Feld über das Forschungsvorhaben informiert worden war und diesem zugestimmt hatte. Hierfür wurde eine Liste mit Kontaktadressen und Telefonnummern jener Personen erstellt, die sich für ein Interview bereit erklärt hatten und diese Liste wurde dann an die Autorin weitergeleitet. Damit wurde die Auswahl nicht durch die Organisation getroffen, sondern war bestimmt durch die Interviewbereitschaft und die in Absprache mit der Direktion im Vorfeld festgelegte Einschränkung der InterviewpartnerInnen auf die Zentrale des KWP.

Die potenziellen GesprächspartnerInnen wurden dann, je nach Erreichbarkeit, per E-mail oder telefonisch kontaktiert, um Interviewtermine zu vereinbaren und diese mit den relevanten Informationen zur Untersuchung zu betrauen. Im Rahmen dessen wurden sie auch über den Ablauf des Gespräches, sowie den ungefähren Zeitrahmen, den das Interview in Anspruch nehmen würde, informiert.

Einer persönlichen Vorstellung der Autorin und ihres Forschungshintergrundes folgte eine Aufklärung über die zentralen Aspekte des Forschungsvorhabens.

Hierbei galt es, die Gradwanderung zu meistern, dem Feld weder zu viele, noch zu wenige Informationen zukommen zu lassen. Minimale Auskunft über das Ziel der Untersuchung kann die Bereitschaft an einer Kooperation beim Forschungsvorhaben bremsen. Erhält das zu untersuchende Setting jedoch zu viele Informationen, kann

dies die InterviewpartnerInnen insofern beeinflussen, als dadurch das Ergebnis der Interviews „verfälscht“ bzw. in eine bestimmte Richtung geleitet werden kann.

Die Interviewpersonen wurden darüber informiert, dass sich die Magisterarbeit im Bereich der Medizin- und Gesundheitssoziologie mit den Lebensbedingungen von SeniorInnen, die institutionalisiertes Wohnangebot in Anspruch nehmen, sowie deren Gestaltung durch die Organisation auseinandersetzt.

Eine besondere Betonung auf den Aspekt der Gesundheit und Gesundheitsförderung der SeniorInnen wurde nicht explizit gemacht um zu verhindern, dass es dadurch möglicherweise im Gespräch zu einer Fokussierung auf den stationären Bereich des Hauses und die pflegebedürftigen BewohnerInnen kommt. Diese Überlegung bestand insofern, da die Organisation Mitglied des Projekts „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“ ist, die sich auf die Gesundheitsförderung pflegebedürftiger Menschen konzentriert. Eine Aufmerksamkeit nur auf diese SeniorInnengruppe war nicht im Sinne der Forschungsarbeit, sondern es sollten auch die BewohnerInnen des Appartementbereichs mitberücksichtigt werden.

Zudem wurden auch im Vorfeld formelle Dinge, wie die Informierung und das Ansuchen, die Gespräche aus analytischen Gründen per Tonbandgerät aufzeichnen zu dürfen, unter Zusicherung der Anonymität, abgeklärt. Für offen gebliebene Fragen der GesprächspartnerInnen gab es die Möglichkeit, diese zu klären, wobei die Autorin für die Interviewpersonen sowohl per E- mail, als auch telefonisch erreichbar war. Im Falle einer kurzfristigen Terminverschiebung bestand somit auch seitens der GesprächspartnerInnen die Möglichkeit, die Autorin darüber rechtzeitig zu informieren.

Nach den Interviews in der Orientierungsphase, wurden in der Haupterhebungsphase Gespräche mit leitenden AkteurInnen vor Ort in den einzelnen Häusern und den BewohnervertreterInnen geführt.

Grund dafür, in einer zweiten Erhebungsphase Interviewpersonen außerhalb der Zentrale des Kuratoriums in den Pensionistenwohnhäusern auszuwählen war, wie auch die Methodenliteratur rät, dass bei Untersuchungen in Organisationen InterviewpartnerInnen nicht unbedingt auf oberster Ebene gesucht werden sollen. Dies begründet sich darin, dass konkretes Wissen über interne Handlungen,

Strukturen, Entscheidungen etc. zumeist eher auf niedrigerer Ebene der Organisation als auf Direktionsebene der Zentrale anzutreffen ist.

So wurden die Gespräche der Haupterhebungsphase nicht in der Zentralklinik sondern mit der Direktorin eines der Pensionistenwohnhäuser, einer leitenden Sozialarbeiterin und einer leitenden Ärztin geführt.

Daneben wurde eine komplementäre Gruppe von drei Personen für die Untersuchung hinzugezogen, wobei hier die Wahl auf BewohnervertreterInnen bzw. BewohnerbeirätInnen fiel, die es ermöglichten, auch die Sichtweise der SeniorInnen mit einzubeziehen.

Eine weitere Überlegung war auch, vorzubeugen, dass Sachverhalte möglicherweise durch MitarbeiterInnen der Organisation „beschönigend“ dargestellt werden könnten. Diese, aus den Reihen der SeniorInnen der Häuser gewählten Personen ermöglichten der Autorin, Wissen über Maßnahmen der Organisation auch von einer anderen Informationsquelle als der Leitungsebene zu beziehen. Zudem weist die Methodenliteratur darauf hin, dass InterviewpartnerInnen auf Grund ihres Wissens, dass auch noch andere Personen befragt werden, dazu veranlasst werden, die „Wahrheit“ zu sagen (Bogner et al. 2005: 37; 91).

Abschließend ist noch zu vermerken, dass die Unterstützung von Seiten des Feldes, sehr groß war. Neben der Vermittlung der Kontaktdaten der InterviewpartnerInnen wurden der Autorin vom Setting auch Dokumente und Informationsmaterial für die Dokumentanalyse zur Verfügung gestellt.

7.1.5 Interviewsituation

Die erste Erhebungsphase, in der die zwei Interviews mit den DirektorInnen der Zentrale des KWP geführt wurden, fand Anfang Jänner statt. Die Gespräche der Haupterhebungsphase mit den leitenden AkteurInnen in den Häusern und den BewohnervertreterInnen fielen in den April.

Für die Interviewerin war es wichtig, dass die Gesprächssituation nach Möglichkeit ähnlich einem natürlichen Gesprächsverlauf ablief. Zudem war ihr aber auch bewusst, dass eine Interviewsituation für einige der Befragten keine alltägliche Situation darstellt. Im Vorfeld wurden die InterviewpartnerInnen sowohl bei der

Terminvereinbarung, als auch noch einmal kurz in der Phase vor dem Interview über den Ablauf und die technischen Details informiert. Zudem gab es auch noch einmal die Möglichkeit, Fragen, die für die befragte Person noch unklar waren, vor dem Interview abzuklären.

Rückblickend betrachtet hatte dies im Einzelnen auf die InterviewpartnerInnen die Auswirkung, dass sie, beispielsweise durch das vorhergehende Ansuchen der Interviewerin, ein Diktiergerät verwenden zu können, nicht erst beim Interview dadurch negativ überrascht wurden. Zusätzlich bewirkte auch die Möglichkeit auf Wunsch der GesprächspartnerIn, im Nachhinein Textstellen löschen zu können, eine Steigerung der Toleranz gegenüber dem Diktiergerät während des Interviews, wobei anzumerken ist, dass keiner der InterviewpartnerInnen diese Möglichkeit in Anspruch nahm. Bei allen Gesprächen konnte ein Diktiergerät verwendet werden, was bedeutend für die Transkription und anschließende Auswertung war.

Die Interviews mit den leitenden AkteurInnen des „Kuratoriums Wiener Pensionisten-Wohnhäuser“ wurden in deren Büroräumlichkeiten durchgeführt. Jene mit den BewohnervertreterInnen wurden sowohl in den Appartements der Befragten selbst, aber auch in einem ungestörten Gemeinschaftsraum geführt.

Im Allgemeinen konnten alle Interviews größtenteils in ungestörter Umgebung abgehalten werden. Unterbrechungen gab es ausschließlich durch zwei Telefonate, was aber, aufgrund der beruflichen Tätigkeit der Befragten, nötig war, da die GesprächspartnerIn telefonisch erreichbar sein musste. Nach den dadurch entstandenen kurzen Pausen wurde das Gespräch jeweils wieder sofort aufgenommen, sodass der Gesprächsverlauf nicht gravierend darunter zu leiden hatte.

Bei allen Interviews saß die Interviewerin mit der zu befragenden Person an einem Tisch, wobei die Sitzpositionen jeweils einander schräg gegenüber waren.

Die Interviewerin konnte das Diktiergerät auf den Tischen gut positionieren, sodass gewährleistet war, dass sowohl die InterviewpartnerIn als auch die Interviewerin im Nachhinein gut auf der Aufnahme zu hören war. Zudem stellte der Tisch auch eine gewisse „schützende Grenze“ zwischen beiden Personen dar. Jedoch wurden bei allen Interviews die Interviewerin und die bzw. der Interviewte nicht durch die gesamte Tischbreite voneinander „getrennt“, sondern, bedingt durch die schräge

Sitzposition, befand sich lediglich eine Tischecke zwischen beiden. Dies signalisierte wiederum eine aufgelockertere Interviewsituation, als dies bei einer genau gegenüberliegenden Sitzposition der Fall gewesen wäre.

Für die Leitfadeninterviews in der Haupterhebungsphase wurden die Fragen aus dem Leitfaden von der Interviewerin großteils sinngemäß auswendig gekannt, um die Fragen frei variieren zu können und ein möglichst natürliches Gespräch entstehen zu lassen. Die Formulierung der Fragestellungen orientierte sich hierbei soweit wie möglich an der Sprache des Gegenübers.

Nach dem die Frage gestellt worden war, achtete die Interviewerin darauf, sich möglichst zurückzunehmen und aufmerksam zuzuhören, um vom Gegenüber möglichst viele Informationen zu erhalten. Die Interviewerin versuchte ihr Interesse am Gesprächsinhalt der InterviewpartnerIn sowohl nonverbal durch Blickkontakt und Kopfnicken, sowie verbal, auszudrücken.

Als durchaus weniger einfach erschien es der Interviewerin, Pausen der Befragten zuzulassen. Dennoch versuchte sie, den Interviewten auch Zeit zu geben, noch einmal über eine Frage nachzudenken, wodurch sprachliche Unterbrechungen entstanden.

Gezielt nützte die Interviewerin die Gewährung von Pausen bei derjenigen Interviewperson, die sehr kurz im Vergleich zu den anderen GesprächspartnerInnen antwortete. Auf diese Weise gelang es bei manchen Fragen vom Gegenüber aufgrund der unangenehmen Situation des Schweigens während der Konversation weitere Informationen zu erhalten. Daneben wurden als eine weitere Alternative, um ausführlichere Informationen zu erzielen, jene Aspekte der Antwort wiederholt, auf die detaillierter eingegangen werden sollte.

Bei den Nachfragen achtete die Interviewerin, wie auch bei den Hauptfragen darauf, diese kurz und verständlich zu formulieren und ausschließlich nur eine Frage zu stellen und nicht zwei gleichzeitig. Dadurch wurde es der InterviewpartnerIn erleichtert, ebenfalls präzise zu antworten.

Die Maßnahmen der Interviewerin, auch längere Pausen zuzulassen und Nachfragen zu stellen, um den Redefluss der bereits erwähnten eher „wortkargen“ Person anzuregen, führten zu mäßigem Erfolg. Eine mögliche Erklärung hierfür könnte der straffe Zeitplan, bedingt durch die berufliche Tätigkeit der interviewten Person gewesen sein, die es aufgrund dessen gewohnt war, kurz und bündig zu antworten

und ihre Zeit nicht unnötig durch all zu ausführliche Beantwortungen der Fragen zu „verschwenden“. Dies lässt sich eventuell auch daraus erklären, dass der Befragte vor dem Interview eine Besprechung gehabt hatte und noch kurz vor Beginn des Interviews beruflichen Tätigkeiten nachgegangen war.

Da die Voraussetzungen für die Interviewsituation, mit Ausnahme der unterschiedlichen beruflichen Tätigkeiten der Personen, allesamt ident waren, können Interviewfehler bei dem eben geschilderten Interview eher ausgeschlossen werden, da die anderen GesprächspartnerInnen sehr ausführlich berichtet hatten.

Ein weiterer Aspekt, den die Literatur erwähnt, ist auch der Charakter des Interviewten, der ebenfalls den Verlauf des Gespräches gestalten kann. So wird hierbei der für den Interviewer herausfordernde Interviewpartner, der „Schweiger“ erwähnt. Dieser stellt insofern eine Schwierigkeit für die Informationsbeschaffung dar, als er sehr kurz antwortet. Für diese Problematik bietet die Literatur jene Methoden an, derer sich auch die Interviewerin während des Gespräches bediente.

Neben diesem, als eher „schwierig“ einzustufenden Charakter, war unter den Interviewten auch eine Person von gegensätzlicher Natur. Diese, will man sie ebenfalls einer Gruppe zuordnen, würde in die Rubrik der „Plauderer“ fallen. Im Gegensatz zum „Schweiger“ stellt sich dieser Gesprächspartner als sehr gesprächig heraus (Gläser/ Laudel 2004: 174ff). Während die Interviewerin beim „Schweiger“ versuchte, dessen Gesprächsfluss anzuregen, war sie bemüht, beim „Plauderer“ zu umschweifende, vom Thema abkommende Erzählungen einzudämmen. Obwohl es dem Prinzip des qualitativen Experteninterviews nicht entspricht, die InterviewpartnerIn in ihrem Gespräch zu zügeln, so wird es beim „Plauderer“ in gewisser Weise notwendig.

Um aus Zeitgründen das Interview nicht frühzeitig abbrechen zu müssen, bedingt durch zu umfangreiche Beantwortung der Fragen, und um möglichst alle wichtigen Themenschwerpunkte ansprechen zu können, musste die Interviewerin den Redeschwall des Gesprächspartners mäßigen. Hierbei fiel sie jedoch dem Befragten nicht ins Wort, sondern nützte kurze Pausen, beispielsweise Atempausen, um eine neue Frage zu stellen. Dieses Vorgehen wurde ausschließlich dann angewandt, wenn der Gesprächspartner sich zu weit von der Thematik entfernte oder die Erzählungen zu ausschweifend wurden. Auf diese Weise war es der Interviewerin

möglich, alle bedeutenden Aspekte in das Gespräch einzubringen und den Zeitrahmen nicht zu sprengen.

Hinsichtlich der Dauer der Gespräche kann festgehalten werden, dass die Interviews aus der Eingangsphase um die 45 Minuten in Anspruch genommen haben. Die systematisierenden Experteninterviews haben eine Zeit von 15 bis 60 Minuten umfasst.

Nach der Durchführung der Interviews wurden von Seiten der Befragenden zu jedem Gespräch Protokolle angefertigt, die einen Einblick in die Rahmenbedingungen und den Verlauf des Interviews ermöglichen sollten und für die Reflexion der Gespräche von Bedeutung waren.

Nachdem die Rolle der InterviewpartnerInnen beleuchtet wurde, soll abschließend auch die Position der Interviewerin während der Experteninterviews analysiert werden.

Rückblickend betrachtet wurde die Interviewerin von den ExpertInnen als Expertin einer anderen wissenschaftlichen Disziplin angesehen. Die Interviewerin wurde demnach als Expertin ihres Fachgebietes anerkannt, wobei die GesprächspartnerInnen Fachausdrücke ihres Fachbereiches weniger verwendeten und auf Handlungshintergründe im Speziellen eingegangen wurde (Gläser/ Laudel 2004: 52).

7.2 Methodenwahl

7.2.1 Erhebung

In Orientierung an der Forschungsfrage fiel die Wahl auf den Bereich der qualitativen Methoden, da diese die Offenheit ermöglichen, die für dieses Forschungsvorhaben notwendig ist.

Handlungen einer Organisation sind auch mit Zielsetzungen verknüpft.

Um organisationale Handlungen verstehen und erklären zu können, musste sich die Autorin auch mit den Zielen des KWP auseinandersetzen. Zur Ermittlung dieser Organisationsziele sind beispielsweise offene Gespräche, Leitfadeninterviews, Dokumentanalyse, Beobachtungen etc. angebracht, die für die Wahl des qualitativen

Paradigmas sprechen (Preisendörfer 2005: 65).

Es wurden zwei offene explorative Experteninterviews in der Orientierungsphase in Anlehnung an Bogner und Menz durchgeführt. Weiters wurden in Hinblick auf die Forschungsfrage schriftlich und öffentlich dokumentierte Ziel-, Strategien-, und Handlungsdeklarationen, wie beispielsweise Leitbildbroschüren, Grundsatzprogramme, Selbstbeschreibungen etc. hinzugezogen. Unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse kam es zur Erstellung eines Leitfadens, der in offener und unbürokratischer Handhabung als inhaltliche Ausrichtung in der Haupterhebungsphase für leitfadengestützten systematisierenden Experteninterviews diente.

Zum einen wurden in der letzten Erhebungsphase leitfadengestützte systematisierende Experteninterviews mit drei leitenden AkteurInnen der einzelnen Pensionistenwohnhäusern des Kuratoriums durchgeführt, zum anderen wurden von den BewohnerbeirätInnen drei weitere Personen befragt um auch die Sichtweise der SeniorInnen mit einzubeziehen.

Das offene explorative Experteninterview

Seitens der Literatur werden diese Interviews besonders in der explorativen Eingangsphase zur Erschließung des Feldes, sowie auch als Basis für eine anschließende Leitfadenerstellung empfohlen. Als Erhebungsinstrument der qualitativen Forschung ist dieses vor allem auch zur thematischen Gliederung des zu untersuchenden Bereichs hilfreich.

Zu Beginn einer Untersuchung können die ForscherInnen, zusätzlich zum allgemeinen Vorwissen über das zu erforschende Thema, mit Hilfe explorativer Experteninterviews mit großer Sicherheit durch unerwartete Aussagen der Interviewten Neues in Erfahrung bringen.

In der Anfangsphase der Untersuchung wurde zunächst durch die offene, nicht direktive Gesprächsführung Freiraum für neue Erkenntnisse geschaffen (Bogner et al. 2005: 36). Es wurde lediglich ein grober thematischer Rahmen vorgegeben, zu dem die GesprächspartnerInnen frei erzählen konnten.

Die Autorin legte bei der einleitenden Frage der explorativen Experteninterviews den Schwerpunkt auf die Lebensbedingungen der SeniorInnen in den Häusern des KWP, sowie auf deren Gestaltung durch die Organisation. So lautete die Fragestellung

folgendermaßen: „Ich würde Sie bitte, mir etwas über die Lebensbedingungen der BewohnerInnen in den Pensionistenwohnhäusern des KWP zu erzählen, bzw. wie das KWP diese Lebensbedingungen gestaltet.“

Die Stärkung und Förderung der Gesundheit und des Wohlergehens der BewohnerInnen in diesem Kontext behielt die Autorin in Hinblick auf die Nachfragephase und etwaige Vertiefungen des bereits Erzählten im Auge.

Während der Erzählphase der GesprächspartnerIn ist es wichtig, dass die InterviewerIn die Rolle der zurückhaltenden, aufmerksamen ZuhörerIn einnimmt, die jedoch auch nachfragen darf, beispielsweise um nähere Details zu erfragen oder Verständnisfragen zu stellen. Durch diese reservierte Haltung der InterviewerIn wird der InterviewpartnerIn die Möglichkeit gegeben, frei zu erzählen und im Laufe des Gesprächs neue Blickwinkel aufzuzeigen.

Die aus diesen Interviews erzielten neuen Aspekte waren wiederum für die Konstruktion des Leitfadens für die systematisierenden Experteninterviews von Bedeutung, der unter Einbeziehung der Analyseergebnisse der offenen Interviews erstellt wurde. So konnte bei den systematisierenden Experteninterviews vertiefend bzw. noch einmal konkret auf diese Gesichtspunkte eingegangen werden.

Das leitfadengestützte systematisierende Experteninterview

Systematisierende Experteninterviews nach Bogner und Menz finden vor allem dann Anwendung, wenn ForscherInnen darauf abzielen, Handlungs- und Erfahrungswissen über Sachverhalte, Situationen und Prozesse von beteiligten Personen zu erhalten.

Die Literatur empfiehlt diese Art der qualitativen Datenerhebung, wenn verschiedenen thematische Schwerpunkte angesprochen werden sollen, da mittels Leitfaden das Gespräch diesbezüglich strukturiert werden kann (Bogner et al. 2005: 37).

Der Interviewleitfaden selbst lässt sich als strukturierender Rahmen, bestehend aus verschiedenen Frageblöcken, auffassen. Diese können in unbürokratischer Weise zur Anwendung kommen, dh. dass der InterviewerIn überlassen wird, in welcher Reihenfolge und in welcher Form die Fragen letztendlich beim Interview eingesetzt werden.

Die Fragen selbst sind in Orientierung an der Forschungsfrage zu entwickeln. Dabei darf der Leitfaden in Bezug auf die Anzahl der Interviewfragen jedoch nicht an Übersichtlichkeit verlieren. Im Leitfaden selbst können die Fragen ausformuliert sein und dann bei Durchführung des Experteninterviews inhaltsgemäß frei gestellt werden.

Bei der Konstruktion des Leitfadens kann nach folgenden Schritten vorgegangen werden (Helfferich 2005: 160-165):

1. Sammeln von Fragen: Zu Beginn werden Fragen gesammelt, die in Hinblick auf das Forschungsinteresse von Bedeutung sein könnten. Dabei ist beispielsweise zu überlegen: „Was weiß ich bereits?“ und „Was will ich wissen?“
2. Prüfen der Fragen: Im nächsten Schritt werden die Fragen in Bezug auf deren Offenheit und bereits vorhandenes Wissen überprüft, sodass nur noch die zentralen Punkte zurückbleiben.
3. Sortieren: Die Fragen werden im Anschluss daran sortiert, entweder nach zeitlichen, inhaltlichen oder forschungsrelevanten Aspekten.
4. Subsumierung: Zum Abschluss werden die Fragen in einfache Erzählaufforderungen umgewandelt und in die einzelnen Bereiche untergeordnet.

Die Konstruktion des Interviewleitfadens dieser Forschungsarbeit orientierte sich einerseits an den Ergebnissen der beiden offenen Interviews aus der Orientierungsphase und andererseits an den Resultaten der analysierten Dokumente (Kapitel 7.1.3). Zusätzlich galt auch das „Active- Ageing“ Programm der WHO als maßgebliche Richtlinie für den Leitfaden.

Daraus wurde dann ein Leitfaden für die systematisierenden Experteninterviews in der Haupterhebungsphase konstruiert.

Thematisch orientierte sich dieser an folgenden Schwerpunkten:

- Mitwirkung und Einbeziehung in das soziale, kulturelle und produktive Leben
- Aktivierung und Motivierung der SeniorInnen
- selbstständige und selbstverantwortliche Lebensführung

- Sicherheit der BewohnerInnen
- Territorialität und Privatheit
- Mobilität im Alter
- Hilfestellung und Unterstützung
- Einstellung gegenüber dem Alter und der Gesundheit im Alter

In Hinblick auf die Forschungsfrage wurden drei Interviewpartner ausgewählt die der Leitungsebene angehörten und drei die die BewohnerInnenseite vertraten.

Die erste Gruppe umfasste leitende Angestellte vor Ort in den einzelnen Häusern.

Die Sichtweise der SeniorInnen wurde über Befragung von BewohnerbeirätInnen erhoben. Diese stammten selbst aus den Reihen der BewohnerInnen und wurden in geheimer Wahl von den SeniorInnen gewählt, um deren Interessen zu vertreten.

Die Experteninterviews mit den leitenden AkteurInnen des Angestelltenbereichs des Kuratoriums Wiener Pensionisten- Wohnhäuser fanden in den Büroräumlichkeiten der InterviewpartnerInnen statt. Jene mit den BewohnerbeirätInnen wurde sowohl in den Appartements der Befragten, aber auch in einem ungestörten Gemeinschaftsraum durchgeführt.

Sekundäres Datenmaterial

Neben der Erhebung mittels qualitativer Interviews wurden, in Hinblick auf das Forschungsinteresse und in Orientierung an der Methodenliteratur, die die Einbeziehung sekundären Textmaterials bei der Untersuchung von organisationalen Zielsetzungen in Zusammenhang mit Handlungen empfiehlt, sekundäre Datenmaterialien hinzugezogen. Hierfür wurde der Fokus auf öffentlich dokumentierte Ziel-, Strategien-, und Handlungsdeklarationen des Forschungsfeldes gelegt, wie beispielsweise Leitbildbroschüren, Grundsatzprogramme und Selbstbeschreibungen. Die Dokumente wurden teilweise vom Forschungsfeld zur Verfügung gestellt oder entstammten den Recherchen der Autorin.

Seitens des Feldes wurden eine allgemeine Leitbroschüre sowie eine Broschüre über die Leitlinien des Pflegebereichs der Häuser der Autorin ausgehändigt. Daneben dienten ein Rechenschaftsbericht über die Tätigkeiten des KWP, ein Selbstbeschreibungsbericht des Forschungsfeldes aus dem Jahr 2006, ein Dokument über die Aufnahme Richtlinien und ein aktueller Betreuungsvertrag des

Kuratoriums als Grundlage für die Analyse dieser Datenmaterials, dessen Ergebnisse in die Erstellung des Leitfadens der Experteninterviews einfließen.

Alle sekundären Textmaterialien, die hier erwähnt wurden, sind nochmals genau in der Literaturliste dieser Arbeit angeführt, (eine Beifügung der Dokumente als Anhang ist auf Grund der Größe des Umfangs nicht möglich).

7.2.2 Auswertung

Im Anschluss an die Durchführung der Interviews in der Orientierungs- und Haupterhebungsphase wurden alle Gespräche verschriftlicht, um in transkribierter Form als Ausgang für die analytische Bearbeitung zur Verfügung zu stehen.

Bei der Auswertung der Interviewtranskripte bediente sich die Autorin der System- und Themenanalyse nach Froschauer und Lueger, die in diesem Kapitel beschrieben und deren praktische Umsetzung dargestellt werden soll.

Systemanalyse

Der Fokus dieses Instruments liegt auf der Komplexität und Dynamik sozialer Handlungsfelder bzw. sozialer Systeme. Die Systemanalyse hebt die latenten und weniger die manifesten Sinngehalte des Textes hervor und rückt die Handlungsbedingungen und deren potenzielle Auswirkungen auf die Entwicklungsprozesse des Systems in den Mittelpunkt.

Ausgangspunkt der Interpretation bilden die in schriftlicher Form vorliegenden Gespräche. Bezüglich der Auswahl der Interviewtranskripte bieten sich zu Beginn des Analyseprozesses Interviews aus der Orientierungsphase an.

Im Prozess der Interpretation, der nach Möglichkeit ohne Zeitdruck ablaufen sollte, kommt es zur Strukturierung des Textes durch Bildung einzelner Themeneinheiten.

Im Anschluss daran können diese Einheiten in fünfstufiger Abfolge interpretiert werden.

Der erste Schritt ist die kurze Widergabe des Inhaltes der Textsequenz in der sogenannten Phase der „Paraphrasierung“. Im nächsten Schritt sollen sich die InterpretInnen in die Rolle der Befragten während der Entstehungssituation des Textes versetzen. Hierbei soll die Bedeutung, die diese Situation für die Formulierung im Gespräch gehabt haben könnte, überlegt werden. Nach der Phase des

„Textrahmens“, widmet sich die analysierende Person dem „lebensweltlichen Kontext“ zu. Es geht darum, die Rahmenbedingungen des Feldes zu reflektieren, wobei der Inhalt aber auch die Form der Mitteilung berücksichtigt werden sollten. Anschließend werden in der nächsten Stufe der „Interaktionseffekte“ Überlegungen bezüglich der daraus resultierenden Folgen für die Handlungsstrukturierung der befragten Person angestellt. In einem letzten Schritt kommt es dann zur Umlegung auf die Dynamik des sozialen Systems (Froschauer/ Lueger 2003: 142-152; 225).

Die Wahl dieses Analyseinstruments begründet sich darin, dass es speziell für die Analyse sozialer Systeme wie Organisationen ausgelegt ist und dafür entwickelt wurde. Die latenten handlungsleitenden Strukturen und Prozesse der Organisation, die für diese Arbeit bedeutend sind, können durch die Analyse zugänglich gemacht werden. So können auch Zielsetzungen und Handlungen der Organisation auf deren latente gesundheitsförderliche Aspekte hin untersucht werden, was eine Ergänzung zur Themenanalyse darstellt, deren Fokus auf dem manifesten Inhalt des Textes liegt.

Das Verfahren der Systemanalyse fand bei dieser Forschungsarbeit bei den beiden Interviews der Orientierungsphase, sowie bei den systematisierenden Experteninterviews Anwendung. Die explorativen Interviews wurden dann zur Gänze, in Orientierung an der Forschungsfrage, systemanalytisch ausgewertet, um die latenten Inhalte zugänglich zu machen. Zusätzlich wurde diesem Analyseprozess, zum Zweck des Überblicks über die Textinhalte, eine Themenanalyse angeschlossen, wobei die Ergebnisse zum Teil auch als Grundlage für die im Kapitel 7.1.2 beschriebene Leitfadenkonstruktion für die Experteninterviews, dienten. Bei den systematisierenden Experteninterviews kam die Systemanalyse bei ausgewählten, größeren Textstellen im Anschluss an die Themenanalyse zum Einsatz.

Themenanalyse

Das zweite Analyseinstrument dessen sich die Autorin bei dieser Forschungsarbeit bediente, hatte die Zusammenfassung und inhaltlichen Verdichtung von Texten zur Aufgabe. Sie ermöglichte die Schaffung eines Überblicks über die Themen der Gespräche, was bei der Analyse der explorativen Interviews und des sekundären

Datenmaterials ausschlaggebend bei der methodischen Entscheidungsfindung war. Dadurch konnten Themen extrahiert werden, die für die Erstellung des Leitfadens der systematisierenden Interviews von Bedeutung waren.

Die Zusammenfassung der Themen in Kernaussagen und die Erkundung des Kontextes nach dem Auftreten dieser zentralen Aussagen war speziell für die Selektion der Textstellen der Transkripte für eine anschließende Systemanalyse an ausgewählten Sequenzen wichtig.

Im Unterschied zur Systemanalyse hebt dieses Analyseinstrument die manifesten Gehalte des Textes hervor.

Bei der Themenanalyse kann zwischen zwei Varianten, der Textreduktion und dem Codierverfahren unterschieden werden. Bei der vorliegenden Arbeit bediente sich die Autorin der Methode des Codierverfahrens, da es hierbei nicht ausschließlich um die Subsumierung von Texten, sondern auch um deren analytische Erweiterung ging. Auf dieses Analyseinstrument soll nun näher eingegangen werden.

Zum Einsatz kommt das Codierverfahren, das ein relativ zeitaufwendiges Verfahren darstellt, wenn es darum geht, beispielsweise Meinungen zu systematisieren, Einstellungen der Interviewpartner zu extrahieren etc.

Die Durchführung der Analyse selbst erfolgt in sechs Phasen, wobei zu Beginn Textsequenzen in Bezug auf deren Inhalt codiert werden. Im Anschluss daran werden Subgruppen gebildet, die wieder zu Kategorien formiert werden. Diesem Schritt folgt die Strukturierung der einzelnen Themenkategorien, deren Zuordnung unter Bezugnahme auf die Relevanz für die Forschungsfrage erfolgt.

Danach folgt die Verknüpfung der Subkategorien mit den Themenkategorien.

In Orientierung an der Forschungsfrage werden im Anschluss aus dem Kategoriensystem heraus Thesen gebildet.

In der letzten Phase schließlich sollen anhand eines Vergleichs verschiedener Gesprächstranskripte Theorien entworfen werden (Froschauer/ Lueger 2003: 163f; 226f).

Die im Rahmen der Systemanalyse ausgewerteten offenen explorativen Interviews wurden im Anschluss themenanalytisch bearbeitet, wohingegen die systematisierenden Interviews zu Beginn themenanalytisch und im Anschluss daran ausgewählte Textsequenzen systemanalytisch bearbeitet wurden. Eine Kombination beider Analyseinstrumente kann, der Literatur zufolge, in Ergänzung zur Anwendung

kommen. Durch die Anwendung dieser beiden Analyseinstrumente, war es der Autorin möglich, sowohl manifeste als auch latente Sinnstrukturen zu analysieren. Neben den offenen explorativen Interviews und den leitfadengestützten systematisierenden Experteninterviews, wurden auch die Dokumente einer Themenanalyse unterzogen.

Ausgewertet wurden die Interviewtranskripte im Rahmen der vorhandenen personellen Ressourcen und je nach organisatorischen Möglichkeiten in jeweils unterschiedlicher Gruppenkonstellation aus SoziologInnen und Personen ohne soziologische Vorkenntnisse. Somit setzte sich die Analysegruppe aus Personen mit unterschiedlichem Kontextwissen zusammen.

Die Aufbereitung und Darlegung der Ergebnisse wird Inhalt des anschließenden Kapitels sein.

8 Empirische Ergebnisse

Inhalt dieses Kapitels ist die Ergebnisdarstellung des qualitativen Datenmaterials, das mittels System- und Themenanalyse ausgewertet wurde.

Ziel der Forschungsarbeit war es, zu eruieren, inwiefern Aspekte des „Active-Ageing“ Programms der Weltgesundheitsorganisation in den Zielsetzungen, aber auch in den Handlungen des Forschungsfeldes zum Ausdruck kommen. Dabei werden zu Beginn des Kapitels 8 die Resultate der Analyse aufgezeigt und im letzten Abschnitt 8.4 „Zusammenfassung“ die empirischen Ergebnisse im Kontext des „Active-Ageing“ Programms zur Gesundheitsförderung betrachtet.

Die in diesem Kapitel hierfür herangezogenen kursiv gesetzten Zitate, die wortwörtlich aus dem erhobenen Textmaterial entnommen wurden, dienen als stilistisches Medium, um eine persönliche Verbindung der LeserInnen zu den InterviewpartnerInnen zu ermöglichen. Die zitierten Textstellen stellen beispielhafte Auszüge der Interviewtranskripte dar und dienen nicht der Wiedergabe des Inhalts der Analyse, da diese auf Basis des gesamten Textmaterials und nicht ausschließlich anhand einzelner Textausschnitte stattgefunden hat. Die Zitate sollen somit als Ergänzung und Hilfsmittel zum Verständnis der Ergebnisdarstellung dienen.

8.1 Einbeziehung und Mitwirkung

Zentrale Institution der Mitwirkung der BewohnerInnen im KWP sind die sogenannten BewohnervertreterInnen/ BewohnerbeirätInnen. Diese stammen aus den Reihen der BewohnerInnen der Häuser und werden in geheimer Wahl für die Dauer von zwei Jahren von den SeniorInnen des Hauses gewählt (KWP 2006 a: 26). Auf 50 BewohnerInnen kommt eine BewohnervertreterIn. Ihre Funktion ist gesetzlich im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG) verankert und sie sollen die Anliegen der BewohnerInnen vertreten (Stadt Wien 2005 b: 69).

In diesem Kapitel wird die Rolle der BewohnerbeirätInnen und der Leitungsebene im Hinblick auf die Einbeziehung der SeniorInnen analysiert.

Neben der Sichtweise der BewohnervertreterInnen und der Perspektive der Leitungsebene wird auch ein Vergleich der Perspektiven von BeirätInnen und der Leitung des KWP aufgezeigt.

Perspektive der BewohnervertreterInnen

Eigenes Rollenverständnis

Die Interviews mit den BewohnerbeirätInnen zeigen, dass sich diese als „*Ansprechpartner*“ für die BewohnerInnen und deren Anliegen und Probleme sehen. In ihrer Rolle als BewohnervertreterInnen sind sie aus ihrer Sicht „*Vermittler*“ zwischen der Leitungsebene und den „*Interessen*“ der SeniorInnen und bringen diese gegenüber der Leitungsebene zur Sprache. Dabei fühlen sie sich als „*kompetente*“ VertreterInnen der BewohnerInnen und sind der Auffassung, durch ihre Funktion „*Veränderungen*“ bewirken zu können. Zudem bieten sie Unterstützung und „*Hilfe*“ an, wenn die SeniorInnen diese benötigen.

Mit welchen Schwierigkeiten bzw. Problemen treten die BewohnerInnen an die BeirätInnen heran? Welche Art von Hilfestellungen können die BeirätInnen dabei leisten? Welche Veränderungen meinen die BewohnervertreterInnen veranlassen zu können?

Was zeichnet eine „*kompetente*“ VertreterIn aus? Inwiefern decken sich bzw. divergieren hierbei die Sichtweisen der BeirätInnen und der Leitungsebene?

Gibt es bestimmte Eigenschaften die BewohnerInnen dazu qualifizieren das Amt der BewohnervertreterIn auszuüben?

Ihre Tätigkeit fassen die BeirätInnen als „*Entlastung*“ für die Leitungsebene auf, indem sie die Funktion als erste Anlaufstelle für die Anliegen der BewohnerInnen von der Leitungsebene übernehmen. Damit findet Kommunikation in Bezug auf Interessen der SeniorInnen nicht mehr wie früher direkt zwischen Leitungsebene und BewohnerInnen statt, sondern indirekt über die „*Vermittlung*“ der BewohnervertreterInnen.

Was bedeutet dies für alle Beteiligten- Leitungsebene, BewohnervertreterInnen, SeniorInnen? Fühlt sich die Leitungsebene ebenfalls durch diese Maßnahme entlastet? Gibt es dadurch Auswirkungen auf die Bearbeitung der Ansuchen bzw. Problemen der BewohnerInnen?

Zu den „*Aufgaben*“ bzw. „*Verpflichtungen*“ zählen aus Sicht der BewohnerbeirätInnen die Teilnahme an den „*Sitzungen*“ mit der Leitungsebene, sowie die Weiterleitung der „*Sitzungsprotokolle*“ an die SeniorInnen.

„[...] dass wir Bewohner herumführen und dass wir ihnen eben sagen, dass wenn sie Fragen haben-, was sie halt wissen wollen. Wenn jemand etwas braucht, dass man dann vermittelt mit der Direktion. Eventuell wenn sie krank sind, dass man Hilfe holt- Ansprechpartner halt, wenn man Sorgen hat“ (Interview F).

„Wenn da am Gang was nicht passt oder gefällt, dann kommt er zu mir, erzählt mir das und ich sag ja na gut bei der nächsten Sitzung werd ich das zu Sprache bringen. Und damit ist auch die Direktion entlastet und zweitens einmal hat er einen kompetenten, der ihm das sagt“ (Interview E).

Betrachtet man die Mitsprachemöglichkeit in den Häusern, so verdeutlichen die Interviews, dass hierbei die BewohnerbeirätInnen von ihren MitbewohnerInnen Eigeninitiative erwarten, dass diese an sie herantreten, wenn sie Anliegen haben. In den Gesprächen zeigt sich, dass die BeirätInnen in der Einzugsphase zunächst auf die SeniorInnen zugehen. Hierbei werden die BewohnerInnen unter anderem informiert, dass sie die Möglichkeit haben, sich bei Fragen, Probleme, Anliegen etc. an die VertreterInnen zu wenden. In der Folge aber sollen die SeniorInnen von sich aus ihre Anliegen an die BewohnervertreterInnen übermitteln und in Eigeninitiative an diese herantreten.

Hierbei stellt sich die Frage, ob damit nicht einigen BewohnerInnen die Möglichkeit der Mitsprache und Einbeziehung verwehrt bleibt, wenn diese aus den unterschiedlichsten Gründen nicht aktiv werden bzw. werden können, beispielsweise wenn sie in ihrer Mobilität eingeschränkt sind.

Probleme

Die Analyse der Interviews mit den BewohnervertreterInnen ergibt, dass einige der Ansuchen und Probleme, mit denen sich die SeniorInnen an ihre VertreterInnen wenden, nach Ansicht mancher BeirätInnen auf eine fehlende Anpassungsfähigkeit der SeniorInnen zurückzuführen ist. Kritik wird hierbei an der geistigen „Unflexibilität“ und „Unbeweglichkeit“ geübt, die als altersbedingt und nicht veränderbar angesehen werden. Die daraus resultierenden Schwierigkeiten und Anliegen der BewohnerInnen können, nach Ansicht der BeirätInnen, keiner Lösung zugeführt werden.

„[...] weil`s schon alt sind, sind sie zu unbeweglich, zu unflexibel, da kann man nichts machen“ (Interview E).

Es stellt sich die Frage, ob sich die BewohnervertreterInnen dadurch möglicherweise ihrer Zuständigkeit bzw. Verantwortung entheben, manche Interessen der SeniorInnen weiterzuleiten bzw. in Angriff zu nehmen.

Welche Anliegen der SeniorInnen bedürfen nach Meinung der BeirätInnen einer Umsetzung und welche nicht?

Welche Rolle spielt hierbei die Entlastungsfunktion, die die BewohnervertreterInnen für die Leitungsebene übernehmen wollen? Inwiefern haben die BeirätInnen hierbei vielleicht eher eine gewisse Filterfunktion, sodass nur bestimmte Anliegen weitergeleitet werden, die nach Ermessen der BewohnervertreterInnen einer Bearbeitung seitens des KWP bedürfen? Werden so Anliegen, die den BewohnervertreterInnen banal erscheinen, vom Standpunkt der SeniorInnen aus aber keineswegs unbedeutend sind, möglicherweise keine Weiterleitung an die Leitungsebene erfahren? Für die Leitungsebene könnte eine solche Vorgehensweise zum einen eine Entlastung bedeuten, aber auch in Folge der Vorselektion durch die BewohnervertreterInnen zu einer eingeschränkten Sichtweise der Interessen der BewohnerInnen führen.

Perspektive der Leitungsebene

Eigenes Rollenverständnis

Wie die Gespräche mit der Leitungsebene ergeben, sieht sich diese als Entscheidungsinstanz und in ihrer Leitungsposition verantwortlich für die Mitbestimmung der SeniorInnen in den Häusern. Dabei betrachten sie sich als „*ExpertInnen*“ dafür, wie und in welchem Ausmaß Einbeziehung und Mitwirkung der BewohnerInnen möglich ist und wie man als Entscheidungsinstanz mit Problemen, die in diesem Zusammenhang auftreten, umgeht.

Bei dieser Sichtweise nehmen die BewohnerInnen die Rolle der „*NutzerInnen*“ des „*Expertensystems*“ des KWP ein.

„[...] da trifft sozusagen das Expertensystem auf die Nutzer“ (Interview C).

Grundsätzlich ist die Leitungsebene bemüht, die SeniorInnen bei den diversen Angelegenheiten, die die BewohnerInnen „*unmittelbar betreffen*“ in Entscheidungsfindungen „*einzubinden*“. Sie verstehen sich als „*ExpertInnen*“ für die Bedürfnisse der BewohnerInnen und gleichzeitig dazu verpflichtet, zu eruieren, welche Anliegen und Interessen die BewohnerInnen haben.

Inwieweit eine „*Einbindung*“ der BewohnerInnen möglich ist und welchen Herausforderungen sich die Leitungsebene hierbei gegenüber sieht, soll später geklärt werden, ebenso wie die Frage, welche Schwierigkeiten sich aus der Abgrenzung der Leitungsebene von den BewohnerInnen durch ihren Expertenstatus ergeben.

Im Hinblick auf das Rollenverständnis der Leitungsebene stellt sich die Frage, was die Mitglieder der Leitungsebene zu „*Experten*“ macht und wie diese ihren Expertenstatus definieren.

Betrachtet man die Rolle der BewohnervertreterInnen aus Sicht der Leitungsebene, so geht aus den Interviews hervor, dass die Leitung die Tätigkeit der BeirätInnen als Möglichkeit versteht, die Meinungen der SeniorInnen zu eruieren. So werden die VertreterInnen beispielsweise bei „*Befragungen*“ der BewohnerInnen „*eingebunden*“, um den SeniorInnen die Möglichkeit der „*Einbeziehung*“ einzuräumen. Seitens der Leitungsebene wird betont, dass sie mit den BeirätInnen „*zusammenarbeiten*“ und in „*monatlichen Besprechungen*“ mit den BewohnervertreterInnen Anregungen, Wünsche, etc. der SeniorInnen zur Sprache gebracht werden und damit aus Sicht der Leitung den BewohnerInnen „*große Mitbestimmung gegeben*“ wird. Während die BewohnervertreterInnen ihre eigene Rolle als „*Entlastung*“ für die Leitungsebene und „*Vermittler*“ zwischen der Leitung und den SeniorInnen auffassen, wird dies seitens der Befragten der Leitung in dieser Weise nicht erwähnt.

Probleme

Die Leitungsebene sieht sich, wie bereits angesprochen, in ihrer Funktion als „*Experten*“ für die Bedürfnisse der SeniorInnen. Dieser Expertenstatus birgt, nach Auffassung einer Interviewpartnerin, aber die Gefahr in sich, die Bedürfnisse und „*Erwartungen*“ der BewohnerInnen nicht mehr in ihren Feinheiten bzw. „*Zwischentönen*“ wahrzunehmen.

Eine Interviewpartnerin zeigt ein Kommunikationsproblem zwischen der Leitungsebene und den BewohnerInnen auf, was die latenten „*Erwartungen*“ der BewohnerInnen bei der Einzugsphase in eines der Häuser betrifft. Diese werden im Gegensatz zu den manifesten „*Erwartungen*“ von den „*ExpertInnen*“, oftmals nicht wahrgenommen. Ursache dafür wird in der Rolle der „*ExpertInnen*“ gesehen, die in ihren eigenen „*Hypothesen verfangen*“ sind und ihre eigenen „*Ideen*“ haben und damit nicht mehr offen für „*Zwischentöne*“ bei ihrer Kommunikation mit den SeniorInnen sind.

Welche Rolle spielen bei diesem Kommunikationsproblem die BewohnervertreterInnen als Vermittler zwischen SeniorInnen und Leitungsebene? Können sie dazu beitragen, die latenten „*Erwartungen*“ der Seniorinnen zur Sprache zu bringen, oder gehen diese durch ihre Mittlerrolle eventuell sogar verloren?

Die Interviewpartnerin versucht dieses Kommunikationsproblem dadurch einer Verbesserung zuzuführen, indem sie Fokusgruppendifkussionen durchführt, um dadurch auch die latenten „*Erwartungen*“ der BewohnerInnen zu erforschen.

Werden Maßnahmen zur Verbesserung des Kommunikationsproblems ausschließlich von dieser einen Vertreterin der Leitungsebene gesetzt? Wie gehen die übrigen ExpertInnen mit diesem Problem um?

Bei den interviewten Mitgliedern der Leitungsebene zeigt sich ein geteiltes Bild hinsichtlich der Möglichkeit der „*Einbeziehung*“ der BewohnerInnen, sowie der damit einhergehenden Schwierigkeiten.

Dabei sieht sich eine der Befragten der Leitungsebene „*Herausforderungen*“ bzw. „*Problemen*“ gegenüber, die gesetzlich vorgeschriebene „*Einbindung*“ der BewohnerInnen umzusetzen. Ihrer Ansicht nach wollen sich die SeniorInnen gar nicht „*einbinden*“ lassen.

Die anderen beiden InterviewpartnerInnen der Leitungsebene hingegen stimmen mit dieser Ansicht nicht überein und vertreten die Meinung, dass die BewohnerInnen sehr wohl „*mitbestimmen*“ und „*mitentscheiden*“ wollen.

Die „*Herausforderung*“ bei der „*Einbeziehung*“ der BewohnerInnen wird von der erstgenannten Interviewpartnerin in einer oftmals mangelnden Kommunikation seitens der SeniorInnen gesehen, die sich davor scheuen, Anliegen zu äußern und in Folge dessen manchmal sogar gegen ihre Bedürfnisse handeln.

„[...] herausfinden, was die Menschen wolln. Das ist das eine und das was sie brauchen. Weil das was sie brauchen sagen sie oft nicht oder wolln sie oft nicht. Ja und da steht man dann als Organisation vor der Herausforderung [...]“ (Interview C).

Ursachen für die Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Mitwirkung der BewohnerInnen führt diese Befragte der Leitungsebene auf die SeniorInnen selbst zurück, die sich nicht wirklich einbeziehen lassen wollen.

Wie die Analyse der Interviews ergibt, stellt diese Interviewte der Leitungsebene fest, dass die BewohnerInnen „*Einbindung*“ oft mit „*Verantwortung*“ in Verbindung bringen, was für die SeniorInnen ein „*Problem*“ und eine Belastung darstellt.

Daraus ergibt sich die Frage, was Verantwortung für die BewohnerInnen bedeutet und welche Konsequenzen sich für die BewohnerInnen ergeben, wenn sie sich bei Entscheidungen einbringen?

Warum wird die Einbindung der SeniorInnen in die Entscheidungsfindung von einem Teil der Leitungsebene als Belastung für die BewohnerInnen gesehen?

Um diesen Druck von den SeniorInnen zu nehmen, versucht die Leitungsebene Handlungen dahingehend zu setzen, indem sie den BewohnerInnen das „*Gefühl*“ gibt, nicht für die Entscheidungen „*Verantwortung*“ tragen zu müssen.

Wird den SeniorInnen aber dadurch nicht vielleicht die Möglichkeit genommen, mit der Verantwortung für Entscheidungen umgehen zu lernen? Welche Entscheidungsfindungen sind aus Sicht der Leitungsebene für die einzelne BewohnerIn zumutbar und welche nicht? Werden sie möglicherweise in der Folge auch nicht in weitere Entscheidungsfindungen miteinbezogen?

Andererseits geht aus den Gesprächen mit der Leitungsebene auch hervor, dass sich die SeniorInnen Entscheidungen, Wünsche und Anregungen „*nicht sagen trauen*“, weil sie negative Reaktionen von Seiten der MitbewohnerInnen befürchten. Stehen somit mögliche Sanktionen der sozialen Gruppe über den Wünschen der einzelnen BewohnerInnen? Werden Handlungen in Punkto Zusammenarbeit und Mitwirkung mit der Leitungsebene unterlassen, um eventuellen negativen Konsequenzen von Seiten der MitbewohnerInnen aus dem Weg zu gehen? Wie geht die Leitungsebene mit dieser Problematik um?

Neben diesem Blickwinkel der Leitungsebene vertreten die anderen beiden GesprächspartnerInnen aus der Leitungsebene die Ansicht, dass die SeniorInnen eigenständige Persönlichkeiten sind, denen mit Respekt begegnet werden soll und

deren Bestrebung es ist, sich in „*Entscheidungen*“ einzubinden und aktiv „*mitzubestimmen*“. Vertrauen in die Entscheidungsfähigkeit der BewohnerInnen, sowie „*Selbstbestimmung*“ werden von diesen GesprächspartnerInnen anerkannt und auch gefördert.

Das Mitbestimmungsrecht der SeniorInnen begründet sich von diesem Standpunkt aus darin, dass das Pensionistenwohnhaus der persönliche Lebensraum der SeniorInnen ist, in dem sie auch selbst Entscheidungen treffen wollen. Es obliegt der Leitungsebene, ihren BewohnerInnen die „*Möglichkeit*“ zur „*Mitentscheidung*“ einzuräumen.

Vergleichende Perspektive- BewohnervertreterInnen vs. Leitungsebene

Einbeziehung und Mitwirkung werden aus Sicht der Leitungsebene und der BeirätInnen von den SeniorInnen unterschiedlich in Anspruch genommen.

Während die BewohnervertreterInnen der Meinung sind, dass sich die SeniorInnen mit Anliegen und Problemen an sie wenden und sich „*einbeziehen*“ lassen wollen, hat die Leitungsebene dazu eine geteilte Ansicht. So stimmen zwei der Befragten der Leitungsebene mit den BeirätInnen überein, während die andere Interviewpartnerin der Leitungsebene Schwierigkeiten sieht, die SeniorInnen einzubinden, weil diese sich scheuen, Anliegen zu äußern.

In ihrer Tätigkeit als BewohnervertreterInnen sehen sich die BeirätInnen häufig vor die Aufgabe gestellt, mit den unterschiedlichsten Anliegen der BewohnerInnen umzugehen. Die Analyse ergibt, dass die BeirätInnen die Herausforderung für die Umsetzung in der Fülle der diversen Anträge und Wünsche der SeniorInnen sehen. Ein ähnliches Bild zeichnet sich auch aus Sicht eines Teils der Leitungsebene ab, der mit diversen Interessen und Anliegen der BewohnerInnen konfrontiert wird und bei der Realisierung dieser Anliegen und der Zufriedenstellung aller BewohnerInnen oft auch an seine „*Grenzen*“ stößt.

Sowohl BewohnervertreterInnen als auch Leitungsebene stimmen in ihrer Ansicht überein, dass nicht alle Wünsche der BewohnerInnen umgesetzt werden können.

BewohnervertreterIn:

„Alles kann man nicht ändern, was die Bewohner alles wollen. Außerdem bringen`s die nicht alle unter einen Hut. Das ist schwer“ (Interview E).

Mitglied der Leitungsebene:

„Natürlich stoßen auch wir an unsere Grenzen, weil für 300 Leut es recht zu machen is eine Kunst, die keiner beherrscht“ (Interview D).

In Hinblick auf die „Einbeziehung“ der SeniorInnen werden die gemeinsamen „Sitzungen“ von Leitungsebene und BewohnervertreterInnen als wesentlicher Bestandteil der Zusammenarbeit angesehen. Bei diesen „Sitzungen“ werden „Wünsche“, „Anregungen“ und „Beschwerden“ der BewohnerInnen von den BeirätInnen zur Sprache gebracht und durch die Leitungsebene, so weit als möglich, einer Lösung zugeführt.

Ob dabei von Seiten der Leitungsebene Begründungen für eventuelle Ablehnung von Wünschen der SeniorInnen erfolgen, konnte aus den geführten Interviews nicht eruiert werden.

Unstimmigkeiten treten jedoch in Bezug auf die Resultate der Zusammenarbeit der BeirätInnen mit der Leitungsebene auf.

Die Analyse der Gespräche mit den VertreterInnen zeigt, dass die gesetzlich vorgeschriebene Einführung der BewohnervertreterInnen zwar umgesetzt wurde, die Effekte der Umsetzung der Anliegen der SeniorInnen aus Sicht eines der befragten BeirätInnen, aber erst „abgewartet“ werden müssen.

Aus Perspektive der Leitungsebene wird jedoch betont, dass diese die BeirätInnen „einbinden“ und „gemeinsam“ mit ihnen arbeiten und daraus bereits Ergebnisse und Erfolge zu verzeichnen sind.

„[...] und da ist es bei uns im Haus so, dass i den Beirat in sehr viele Fragen ernsthaft einbinde und auch gemeinsam mit dem Beirat agier. Zum Beispiel haben’s uns draußen Sportplätze vor die Tür gestellt und da haben wir gemeinsam mit dem Herrn Z. gekämpft und jetzt kommen die Sportplätze weg, das haben wir gemeinsam mit den Bewohnerbeiräten gemacht“ (Interview C).

Im Rahmen der Analyse stellt sich daher die Frage, warum aus Sicht eines Beirates noch keine Resultate erkennbar sind, aus Sicht der Leitungsebene aber Ergebnisse der Zusammenarbeit bereits vorliegen. Gib es hier vielleicht auch unter den BeirätInnen divergierende Sichtweisen was die Resultate anbelangt?

8.1.1 Soziales Leben

Perspektive der BewohnervertreterInnen

Eigenes Rollenverständnis

Zwischenmenschliche Beziehungen und Gemeinschaft werden im KWP eine besondere Bedeutung zugemessen.

In diesem Zusammenhang sieht ein Teil der befragten BewohnervertreterInnen ihre Aufgabe darin, die sozialen Aktivitäten, die vom Pensionistenwohnhaus angeboten werden, an die SeniorInnen heranzutragen und sie darauf „aufmerksam zu machen“. Ob die BewohnervertreterInnen darüber hinaus in diesem Bereich weitere Aufgaben verfolgen, wird aus den Gesprächen mit den BeirätInnen nicht ersichtlich. Es stellt sich die Frage, ob die BewohnervertreterInnen noch andere Zuständigkeiten im sozialen Bereich übernehmen, die in den Interviews nicht angesprochen wurden. Könnte das Potenzial der BewohnervertreterInnen in Bezug auf das soziale Leben mehr ausgeschöpft werden? Welche Anforderungen stellt die Leitungsebene in sozialer Hinsicht an die BewohnervertreterInnen?

Wie die Analyse ergibt, handelt es sich bei den BewohnerbeirätInnen, die besonders versuchen, SeniorInnen zu Aktivitäten in Gemeinschaft zu motivieren, zumeist um BewohnerInnen, die selbst gerne diese Angebote in Anspruch nehmen.

„[...] also unser beider Alltag ist sehr viel geprägt von verschiedenen Aktivitäten. Qi Gong, basteln, malen, tanzen alles mögliche, also fad ist uns noch nie geworden. Sehr viel Programm und sehr viel Unterhaltung. Sehr viel zwischenmenschliche Beziehungen, weil ma ja ein paar befreundet sind untereinander“ (Interview F).

Daneben gibt es, wie die Interviews zeigen, aber auch jene BewohnerbeirätInnen, deren Alltag sich weniger in Gemeinschaft abspielt, sondern mehr auf den eigenen Apartmentbereich bezogen ist.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob nicht soziale Kontakte zu den MitbewohnerInnen Voraussetzung dafür sind, wenn es darum geht, deren Bedürfnisse, Anliegen und Probleme herauszufinden? Inwieweit ist soziales Interesse für das soziale Engagement als BewohnervertreterIn von grundlegender Bedeutung? Wäre nicht das Vermögen, aktiv auf die MitbewohnerInnen zuzugehen für das Amt einer InteressensvertreterIn wichtig?

Die eigene Lebensweise und die persönliche Einstellung der BewohnervertreterInnen in Bezug auf soziale Aktivitäten scheinen sich darauf auszuwirken, ob und in welchem Ausmaß sie die SeniorInnen zu Angeboten in Gemeinschaft motivieren. Wenn BewohnervertreterInnen eher zurückgezogen leben, sind sie dann überhaupt für das Tätigkeitsfeld als BewohnerbeirätInnen geeignet?

Probleme

Betrachtet man die sozialen Kontakte der BewohnerInnen untereinander, so ergeben die Gespräche mit den BewohnervertreterInnen, dass es im Wesentlichen zwei Gruppen von SeniorInnen gibt.

Da sind jene, die viele „*zwischenmenschliche Beziehungen*“ zu ihren MitbewohnerInnen pflegen und die auch die Angebote und „*Aktivitäten*“ der Häuser „*annehmen*“, sei es aus Interesse an den Angeboten, aber auch um so ihr soziales Netzwerk zu erweitern oder zu vertiefen.

Und auf der anderen Seite gibt es jene BewohnerInnen, bei denen das „*Bedürfnis allein zu sein stärker*“ ausgeprägt ist, die lieber „*im Zimmer sitzen*“ und ihre Zeit alleine verbringen.

Als weiteren Punkt bringt die Analyse der Interviews zum Vorschein, dass all jene befragten BeirätInnen, die „*sehr viele zwischenmenschliche Beziehungen*“ zu ihren MitbewohnerInnen pflegen, diese eher zu annähernd gleichaltrigen BewohnerInnen haben. Es wird auch die Meinung vertreten, dass sich die älteren MitbewohnerInnen aus sozialen Aktivitäten eher zurückziehen und es Unterschiede hinsichtlich der Bedürfnisse, Fähigkeiten und Interessen der älteren BewohnerInnen gegenüber jenen der jüngeren, aktiveren SeniorInnen gibt.

„*Ja ich mein wenn man dann schon auf die 90 zugeht dann ist das Bedürfnis allein zu sein vielleicht auch schon stärker gegeben [...] (Interview G).*“

Aus den Reihen der befragten BewohnervertreterInnen wird auch die Vermutung geäußert, dass für die „*älteren*“ unter den SeniorInnen, die nur noch sehr wenige oder keine soziale Kontakte im Pensionistenwohnhaus haben „*Schwierigkeiten*“ und Probleme daraus resultieren, wenn sie „*nicht besucht werden*“. Vor allem an den Wochenenden stellt dies ein Problem dar, weil dann jeder „*selber zurechtkommen*

muss“. Aus den Interviews geht jedoch nicht hervor, ob von Seiten der BewohnervertreterInnen diesbezüglich Handlungen gesetzt werden, um dieser Problematik entgegenzuwirken.

Aus der Analyse der Interviews ergeben sich folgende Fragen und Überlegungen. Besteht ein Gemeinschaftsgefühl nur unter gleichaltrigen BewohnerInnen?

Distanzieren sich jüngere SeniorInnen von den älteren, tun sie dies vielleicht auch aus Angst vor dem eigenen Altern und damit verbundener Einschränkung von Fähigkeiten?

Handelt es sich bei den BewohnervertreterInnen eher um jüngere BewohnerInnen?

Wenn ja, inwieweit können diese die Anliegen und Probleme der älteren BewohnerInnen vertreten bzw. verstehen, wenn der Kontakt zu dieser Gruppe vielleicht weniger vorhanden ist?

Ein wesentlicher Faktor für die soziale Integration in den Häusern des KWP ist nach Ansicht mancher BewohnerbeirätInnen das Alter der SeniorInnen beim Einzug. Dabei wird die Meinung vertreten, dass sich bei den neu zugezogenen SeniorInnen die jüngeren besser in die Gemeinschaft „*einfügen*“ können als die älteren SeniorInnen.

„Und dann hab ich mir gedacht ich geh rechtzeitig, und das war auch richtig. Ich bin mit 75 hereingegangen, konnt also noch in alle Gruppen noch hineinschaun und bin auch meistens hängen geblieben und ja hab schnell Anschluss gefunden. Dann hilft natürlich das Alter schon“ (Interview G).

Ist soziale Integration wirklich eine Frage des Alters der SeniorInnen? Welche anderen Faktoren können hierbei noch eine Rolle spielen?

Perspektive der Leitungsebene

Eigenes Rollenverständnis

Speziell im Alter, durch den Austritt aus dem Berufsleben, aber auch durch den „*Verlust*“ von Familienangehörigen, PartnerIn, Bekannten und FreundInnen, werden „*Einsamkeit*“ und soziale „*Isolation*“ für manche SeniorInnen zu einem Problem.

„Viele Freunde sind verstorben, viele Partner sind verstorben, da sind sehr viele Verluste da“ (Interview D).

Das Bild, das ein Teil der Befragten der Leitungsebene des KWP vom älteren Menschen in Bezug auf dessen soziales Leben, speziell seine „*Integration*“ in die Gemeinschaft hat, ist jenes der ungenügend sozial vernetzten und hilfsbedürftigen SeniorIn.

Durch den „*Verlust*“ von sozialen Kontakten auf Grund der Auflösung bzw. Lockerung des sozialen Netzwerkes, einerseits bedingt durch den Umzug in eine neue Umgebung, andererseits durch das Ableben von Freunden, Bekannten und Verwandten, gewinnt das Personal in den Häusern als Ersatz für verlorengegangene „*emotionale Nähe*“ für die SeniorInnen aus Sicht der Leitungsebene zunehmend an Bedeutung. Selbst wenn Angehörige die Zeit haben, die BewohnerInnen in den Häusern zu besuchen, „*reicht es nicht*“ und die „*Bedürfnisse*“ mancher SeniorInnen nach „*emotionaler Nähe*“ übersteigen die Möglichkeiten des Angehörigenkreises. In dieser Hinsicht sehen Befragte der Leitungsebene Handlungsbedarf, was die soziale Unterstützung der BewohnerInnen, aber auch deren Angehörigen anbelangt.

Gezielter sozialer Unterstützung bedürfen SeniorInnen aus Sicht mancher Befragter der Leitungsebene besonders in der Phase des Einzugs, die stark krisenbehaftet ist. Hierbei bietet die Leitungsebene sozialarbeiterische und psychologische Hilfe „*professioneller MitarbeiterInnen*“ an, die bei der sozialen Integration neuer BewohnerInnen in das Alltagsleben des Wohnhauses unterstützen sollen. Sie versuchen „*Kontakte herzustellen*“, die BewohnerInnen aus ihren „*Appartements herauszuholen*“ und so gegen die „*Einsamkeit anzukämpfen*“.

Darüber hinaus werden von der Leitungsebene soziale Aktivitäten und diverse Angebote, die von verschiedenen MitarbeiterInnen der Häuser gestaltet werden, zur Verfügung gestellt. Die Leitungsebene räumt den BewohnerInnen aber die Möglichkeit ein sich zu entscheiden, ob sie an diesen gemeinschaftlichen Aktivitäten teilnehmen möchten oder ob sie sich „*zurückzuziehen*“ wollen, um ihre „*Ruhe*“ zu haben.

Neben den „*professionellen MitarbeiterInnen*“ gibt es auch „*ehrenamtliche MitarbeiterInnen*“. Die Leitungsebene sieht es als ihre Aufgabe, über sogenannte

„EhrenamtskoordinatorInnen“ diese MitarbeiterInnen mit den BewohnerInnen „zusammenzubringen“. Nicht nur viele BewohnerInnen haben ein Bedürfnis nach sozialen Kontakten, sondern auch unter den Ehrenamtlichen gibt es „Leute, die einsam sind“, „niemanden mehr haben“ und „Kontakt suchen“.

Bei der Analyse der Interviews mit der Leitungsebene findet sich keine klare Unterscheidung zwischen den Begriffen „Isolation“ und „Einsamkeit“. Eine Gleichsetzung beider Begriffe ist jedoch insofern nicht möglich, da der Begriff der „Einsamkeit“ auf subjektives Empfinden bezogen ist und im Gegensatz dazu „Isolation“ einen objektiven Umstand bezeichnet. So können sich BewohnerInnen beispielsweise einsam fühlen, ohne gleichzeitig isoliert zu sein. „Das Ausmaß der Einsamkeitsgefühle ist eher eine Funktion der Erwartungen hinsichtlich der Sozialkontakte als eine Funktion der tatsächlichen Kontakthäufigkeit“ (Reimann 1983: 155f).

Das Bedürfnis nach sozialen Beziehungen ist, wie bereits früher erwähnt, nicht bei allen Menschen gleich ausgeprägt. So gibt es Personen, die einen größeren Bedarf nach sozialen Kontakten haben und jene, die diesen weniger verspüren (Wirsing 1993: 148f).

Primär steht von Seiten der Leitungsebene aber der Gedanke im Vordergrund, dass die neu eingezogenen BewohnerInnen Hilfe beim Knüpfen von sozialen Beziehungen bedürfen. Es stellt sich die Frage, ob wirklich alle BewohnerInnen diese Unterstützung benötigen, oder ob man die Initiative nicht lieber den SeniorInnen selbst überlassen könnte und sich die Leitungsebene nicht vorerst abwartend verhalten sollte? Lläuft man mit all diesen Maßnahmen vielleicht sogar Gefahr, die SeniorInnen überzubetreuen?

Probleme

Für die Leitungsebene stellt „Einsamkeit“ insofern eine besondere Herausforderung dar, weil diese in das Krankheitsbild der „Depression“ übergehen kann. Die Leitungsebene sieht es als „Ziel, gegen diese Einsamkeit“ durch soziale Unterstützung „anzukämpfen“.

Aus Sicht der Leitung ist das Personal dabei vor eine Aufgabe gestellt, die mitunter sehr Kräfte raubend ist. Hierbei spielt das Problem des „Burnout“- Syndroms eine

nicht unwesentliche Rolle und ist, wie auch in anderen sozialen Berufen, keine Seltenheit.

Seitens der Befragten wird die Schwierigkeit für das Personal artikuliert, einerseits für das „*Bedürfnis an emotionaler Nähe*“ der SeniorInnen offen zu sein, aber dabei gleichzeitig die eigenen Bedürfnisse nicht ganz in den Hintergrund zu stellen.

*„[...] man muss aufpassen, dass man die Nähe zu sich selbst nicht verliert“
(Interview D).*

Des Weiteren wird von einer InterviewpartnerIn die Meinung geäußert, dass das Personal auch deshalb eine gewisse Distanz zu wahren versuchen sollte, weil dieses nur dann „*gut arbeiten*“ kann, wenn es ihm „*selber gut geht*“ und es nicht „*überfordert*“ ist. Dies sei die Basis, um den physisch und psychisch Anforderungen des Berufs gewachsen zu bleiben und für die „*Bedürfnisse anderer ein viel besseres Ohr*“ zu haben.

Um den soziale Bedürfnisse der BewohnerInnen nachkommen zu können, gibt es in den Häusern, wie bereits erwähnt, verschiedenstes Personal wie beispielsweise PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, AnimatorInnen etc. Da diese Betreuung sehr zeit- und auch kostenintensiv ist, die zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln aber „*gedeckt*“ sind, steht die Leitungsebene hier vor einer besonderen finanziellen Herausforderung. In diesem Zusammenhang weiß die Leitungsebene die Arbeit der ehrenamtlichen MitarbeiterInnen sehr zu schätzen.

Einen weiteren wichtigen Stellenwert im Rahmen des sozialen Lebens hat, nach Ansicht der Leitungsebene, das gemeinsame Essen.

Die „*Nahrungsaufnahme*“ der BewohnerInnen wird von den Befragten sowohl unter psychischen, sozialen und physischen Aspekten beleuchtet. Die Leitungsebene sieht „*Nahrungsaufnahme*“ als soziales, gemeinschaftliches Ereignis. Insofern ist es ihrer Meinung nach problematisch, wenn BewohnerInnen „*allein zu Hause sitzen*“ und „*alleine essen*“. Damit Hand in Hand geht mitunter „*Mangelernährung*“ bzw. ungesunde Eßgewohnheiten, so wird das Essen beispielsweise „*nur schnell heruntergegessen*“ oder „*nicht die entsprechenden Nahrungsmittel aufgenommen*“. Als Präventivmaßnahme setzt die Leitungsebene bei den BewohnerInnen auf

gemeinsame Mahlzeiten, sowie geschultes Personal wie ErnährungsberaterInnen, DiätologInnen und ErnährungswissenschaftlerInnen.

Ein Problem ganz anderer Art, das soziale Leben betreffend, wird in einem Interview mit der Leitungsebene zur Sprache gebracht. Dabei kritisiert die Befragte den „*Ausländerhass*“ und den Antisemitismus vieler BewohnerInnen und äußert den Wunsch nach einer „*Vermischung*“ der BewohnerInnen.

Voraussetzung für die Aufnahme in eines der Häuser des KWP ist, dass die SeniorInnen die österreichische Staatsbürgerschaft oder eine Gleichstellung nachweisen können (siehe Kapitel 6.3.3 Aufnahmeregelung). Die Häuser sind davon „*geprägt*“, dass dort nur „*Österreicher wohnen*“. Wie die Interviewpartnerin feststellt, ist bei vielen von ihnen der „*Ausländerhass*“ stark „*ausgeprägt*“ und „*sehr, sehr tief verankert*“.

Hierbei stellt sich die Frage, wie die Leitungsebene mit dieser Problematik umgeht. Gibt es Maßnahmen, um diesen Hass abzubauen bzw. ihm entgegenzuwirken? Inwieweit hat die Aufnahmeregelung eine Auswirkung auf diesen „*Ausländerhass*“ mancher BewohnerInnen?

Vergleichende Perspektive- BewohnervertreterInnen vs. Leitungsebene

Was die Einzugsphase der SeniorInnen in die Häuser des KWP betrifft, zeigt sich ein geteiltes Bild zwischen Leitungsebene und BewohnervertreterInnen.

Wie bereits angeschnitten, vertritt die Leitungsebene die Meinung, dass die „*Übersiedelung*“ für ältere Menschen eine „*krisenbesetzte*“ Situation darstellt. Die SeniorInnen kommen aus ihrer sozialen „*Umgebung*“, in die sie oft über Jahre hinweg „*integriert*“ waren, in eine neue soziale Gemeinschaft. Hierbei sieht es die Leitungsebene als ihre Aufgabe, „*Krisenintervention*“ zu betreiben und die SeniorInnen in dieser Phase des Umzugs durch ihr Personal zu unterstützen und zu „*begleiten*“.

Die Interviews mit den BewohnervertreterInnen ergeben jedoch ein differenzierteres Bild in Bezug auf die Einzugsphase. So sehen sie diesen Abschnitt sehr wohl auch als sensible Periode, wobei es aber nicht verallgemeinernd für alle BewohnerInnen zutrifft, dass es sich hierbei um eine kritische Phase handelt. Ein Umzug ins Pensionistenwohnhaus wird aus ihrer Sicht nicht nur als negativ und belastend

erlebt, sondern durchaus auch positiv, als Möglichkeit zur Knüpfung neuer Kontakte, weil viele von ihnen „*allein*“ und „*einsam*“ waren.

Essen, als gemeinschaftliches Ereignis, wird von der Leitungsebene groß geschrieben. Frühstück und Mittagessen sollen möglichst im Kreise der anderen SeniorInnen eingenommen werden und nicht alleine am Zimmer. Wenn es gewünscht wird, besteht jedoch auch die Option, das Essen im Appartement einzunehmen.

Wie sich jedoch aus den Interviews mit den BeirätInnen ergibt, werden die Mahlzeiten in der Gemeinschaft von den SeniorInnen aber oft als ein „*müssen*“ und nicht so sehr als ein sollen oder können empfunden.

Von Seiten der Leitungsebene wird argumentiert, dass dadurch soziale Kontakte gefördert und eine Fehlernährung vorgebeugt werden sollen. Andererseits stellt sich die Frage, ob diese Regelung nicht möglicherweise auch einer organisatorischen Notwendigkeit entspringen könnte.

Sowohl Leitungsebene als auch BewohnerbeirätInnen stimmen in ihrer Sichtweise überein, was die Einstellung der SeniorInnen zu sozialen Kontakten anbelangt. So sehen beide Gruppen, dass es unter den BewohnerInnen sowohl solche gibt, die sich mehr in die Gemeinschaft der Häuser „*integrieren*“ und an den vielen sozialen Aktivitäten teilnehmen und jene, die weniger den Kontakt zu ihren MitbewohnerInnen suchen und lieber ihren „*Lebensabend allein verbringen*“.

8.2 Autonomie

Perspektive der BewohnervertreterInnen

Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung, Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und Freiheit, sowie der Möglichkeit, eigene Entscheidungen treffen zu können, soll Inhalt dieses Kapitels sein.

Bei der Analyse der Interviews zeigt sich, dass die Sichtweisen der befragten BewohnervertreterInnen hierbei in unterschiedliche Richtungen gehen.

Ein Teil der InterviewpartnerInnen vertritt die Ansicht, dass die SeniorInnen in den Häusern ihr Leben, im Rahmen der Regeln, die ein Zusammenleben im KWP

ermöglichen, autonom führen können. Dies reicht von der eigenständigen Entscheidung für den Einzug in eines der Pensionistenwohnhäuser, über ein selbstständiges Leben in den Appartements, bis zur persönlichen Gestaltung des KWP Alltags mit verschiedenen Freizeitaktivitäten.

Jedoch zeigen die Gespräche mit diesen InterviewpartnerInnen auch, dass diese einräumen, dass nicht mehr alle BewohnerInnen ohne zusätzliche Unterstützung, in den Häusern selbstständig leben können. Hierbei werden die BewohnerInnen des stationären Bereiches erwähnt, die aus gesundheitlichen Gründen vorübergehend oder langfristig nicht in den Appartements wohnen können. Die Autonomie dieser SeniorInnen wird aus Sicht der GesprächspartnerInnen insofern gefördert, indem seitens des Personals darauf geachtet wird, dass diese BewohnerInnen *„alles, machen sollen, so lange sie das noch können“* und *„was sie noch können mit der ErgotherapeutIn üben“*. Es wird ihnen auch die Entscheidung überlassen, ob sie *„Hilfe anfordern“* wollen oder nicht, wobei aus der Perspektive der befragten BewohnervertreterInnen darauf geachtet wird, *„was geht, ihnen selbst machen zu lassen“*.

Dieser Sichtweise der autonomen, großteils selbstbestimmten BewohnerIn steht das fatalistische Weltbild einer GesprächspartnerIn gegenüber. Ihrer Meinung nach ist das *„Leben nicht steuerbar“* und von einer höheren Macht, von *„Gott“* vorgegeben, was auch als *„Schicksal“* bezeichnet wird, das *„man sich nicht aussuchen kann“* und dem man *„nicht entkommen“* kann. Von diesem Standpunkt aus bleibt den Menschen nur das *„Akzeptieren“* ihres Schicksals, eines Lebens, das fremdbestimmt ist, ohne Hoffnung auf die Möglichkeit einer eigenständigen Veränderung.

„Wie es ist, so ist es, ich lass es auch jetzt so“ (Interview E).

Es stellt sich die Frage, welche Auswirkungen diese Lebenseinstellung im Hinblick auf die Autonomie im Sinne der Selbstbestimmung der SeniorIn hat. Wie wirkt sich dieser Standpunkt auf die Rolle als BewohnervertreterIn aus? Was bedeutet dies in der Folge für die Leitungsebene und was für die BewohnerInnen?

Wie die Analyse der Interviews mit den BewohnervertreterInnen ergibt, stellt im Zusammenhang mit Autonomie der Einzug in eines der Häuser des KWP einen bedeutenden Aspekt in den Gesprächen dar. Zu einem Umzug entschlossen sich die befragten BewohnerbeirätInnen nach eigenen Angaben von sich aus, selbstständig

bzw. gemeinsam mit der PartnerIn, was rückblickend für sie „*auch richtig war*“ und die Entscheidung dafür „*noch keine Stunde bereut*“ wurde.

Als „*problematisch*“ beschreibt jedoch eine InterviewpartnerIn, wenn SeniorInnen sich nicht selbstständig für einen Einzug entscheiden, sondern wenn andere diesen Entschluss für sie fassen, beispielsweise „*wenn jetzt die Tochter sagt- aber Mama du musst jetzt ins Heim gehen*“.

Hierbei stellt sich die Frage, wie die Leitungsebene mit dieser Thematik umgeht. Wie wirkt sich eine solche Vorgehensweise auf die SeniorInnen selbst aus, wenn diese sich nicht eigenständig für oder gegen einen Einzug entscheiden können? Ergeben sich daraus Konsequenzen für das bevorstehende Leben im Pensionistenwohnhaus? Welchen Einfluss hat eine solche Vorgehensweise auf die Einstellung der SeniorInnen dem KWP gegenüber?

Probleme

Betrachtet man die Gespräche mit den befragten BewohnervertreterInnen in Hinblick auf die Probleme, die in Zusammenhang mit Autonomie gesehen werden, so stellt eine von ihnen fest, dass der Wunsch sich „*in der Wohnung pflegen zu lassen*“ auf Grund finanzieller Aspekte in vielen Fällen nicht möglich ist.

Eine andere InterviewpartnerIn spricht die eingeschränkte Auswahlmöglichkeit an „*Heimen*“ an. Eine freie Entscheidung für ein bestimmtes Haus ist aus Sicht der Befragten nicht immer möglich. Ein Grund dafür ist, dass die „*Armut im Alter zunimmt*“ und dass jene Personen, die „*seinerzeit ein niedriges Einkommen hatten*“ jetzt auch „*eine niedrige Pension haben*“. Eine niedrige Pension wiederum hat zur Folge, dass dadurch die Auswahl der möglichen „*Heime*“ eingeschränkt wird und die SeniorInnen sich „*nimmer mehr so viel aussuchen können*“. Nicht in allen Alten- und Pflegeheimen springt die Sozialhilfe ein, wenn SeniorInnen die Gesamtkosten für einen Aufenthalt nicht aufbringen können.

Die Pensionistenwohnhäuser des KWP können den SeniorInnen diese Möglichkeit anbieten, sodass auch für Personen mit niedrigeren Pensionen ein Leben in diesen Häusern finanzierbar wird, wie dies bereits in Kapitel 6.3.5 „*Finanzierung*“ beschrieben wurde.

Inwieweit spielen bei den SeniorInnen finanzielle Aspekte eine Rolle bei der Auswahl eines Alten- und Pflegeheimes? Ziehen SeniorInnen die Häuser des KWP

möglicherweise aus finanziellen Gründen anderen, Alten- oder Pflegeheimen vor?

Inwieweit ist auch für die Leitungsebene Armut im Alter ein Thema?

In den Gesprächen kommt auch der Wunsch nach einer größeren Anzahl von Häusern des KWP zum Ausdruck. So meint eine BewohnervertreterIn, dass es *„zu wenige Häuser in Wien sind“* und dass SeniorInnen *„noch sehr auf die Geriatriezentren angewiesen“* sind. Dieses Problem resultiert zum Teil auch daraus, weil die *„Leute sich zu spät“* für den Einzug in ein *„Heim“* entschließen. Im Falle einer bestehenden Pflegebedürftigkeit stehen den SeniorInnen dann zumeist nur noch die Geriatriezentren zur Verfügung.

Ziehen SeniorInnen in fortgeschrittenem Alter in die Häuser des KWP ein, so werden einige von ihnen nur *„kurz in ihren Appartements“* bleiben und *„müssen“* bald darauf *„auf die Betreuungsstation überstellt werden“*.

Voraussetzung für ein Leben in den Appartements ist, dass es den BewohnerInnen möglich ist, dieses zum Großteil selbstständig zu führen. Ist dies vorübergehend oder langfristig nicht möglich, so kommen sie in den stationären Pflegebereich des Hauses.

Eine autonome Entscheidung für oder gegen eine *„Überstellung“* auf die Pflegestation ist in einem solchen Fall dann nicht mehr möglich.

Welche Auswirkungen hat dies auf die BewohnerInnen? Führt eine solche Situation eventuell zu einer Resignation der SeniorInnen, oder wirkt die Aussicht auf eine Rückstellung in das eigene Appartement und die damit verbundene wiedergewonnene Autonomie möglicherweise als Impuls für den Genesungsprozess?

Perspektive der Leitungsebene

Betrachtet man die Meinung, die die Leitungsebene von seinen BewohnerInnen in Bezug auf deren Autonomie hat, stößt man auf ein geteiltes Bild.

So vertritt eine Befragte der Leitungsebene die Ansicht, dass bei den SeniorInnen *„über allem“* das *„Bedürfnis nach Selbstbestimmung“* steht. Von sich aus *„wollen sie vieles noch selber tun“* und die BewohnerInnen können bzw. sollen aus ihrer Sicht ihre *„eigenen Entscheidungen“* frei treffen, wobei die Leitungsebene *„ihnen die Möglichkeit dafür geben soll“*.

Was die Ermöglichung der *„Selbstbestimmung“* und *„Autonomie“* der BewohnerInnen betrifft, gibt es nach Angaben der Interviewten *„berufsgruppenbedingte*

Unterschiede“ Dabei stellt sich die Frage, welche Berufsgruppen den BewohnerInnen mehr Autonomie überlassen und welche „*mehr behüten und nach Sicherheit*“ streben.

Auf der anderen Seite gibt es in der Leitungsebene aber auch jene Meinung, dass ältere Menschen nicht in dem Maße nach „*Autonomie*“ verlangen, wie dies oftmals dargestellt wird, „*da stimmt das Bild vom autonomen Senior einfach nicht*“.
„*Autonomie*“ wird, nach Auffassung dieser GesprächspartnerIn von den SeniorInnen „*absichtlich ein Stück weit auf die Seite gelegt*“ und sie „*sagen absichtlich, ich möchte das jetzt nicht mehr*“.

Wie kommt es zu diesen divergierenden Ansichten, was die Autonomie der BewohnerInnen anbelangt? Was bedeutet es für die BewohnerInnen bzw. welche Auswirkungen hat es auf diese, wenn ein Teil der Leitungsebene der Ansicht ist, dass BewohnerInnen nicht mehr autonom sein wollen bzw. ihre Autonomie ablegen?. Wie gehen die BewohnerInnen mit diesen unterschiedlichen Einschätzungen ihrer Wünsche nach Autonomie um?

Ein weiterer Punkt ist die Einstellung der Leitungsebene zur Autonomie der SeniorInnen beim Einzug in die Häuser und die Möglichkeit auf „*Selbstbestimmung*“ bei der Entscheidung bzw. dem „*Gedanken einzuziehen*“. Wichtig ist es vom Standpunkt einer InterviewpartnerIn, dass die Leitungsebene den SeniorInnen „*beratend bei Entscheidungen*“ bezüglich eines Einzugs zur Seite steht.
Beispielsweise ist es hierbei auch „*Aufgabe der Sozialarbeit*“ herauszufinden, ob die SeniorInnen aus „*eigenen Beweggründen*“ in eines der Häuser „*einziehen*“ wollen, oder ob es „*Angehörige gibt, die dahinter stehen*“.

Wie die Gespräche mit der Leitungsebene zeigen, nimmt das Thema der „*Selbstbestimmung*“ in den Pensionistenwohnhäusern des KWP eine zentrale Rolle ein. Die Leitung ist um „*Schaffung einer Umgebung*“ bemüht, in der BewohnerInnen „*trotz Gebrechlichkeit viel Selbstbestimmung*“ haben. Nach Ansicht einer InterviewpartnerIn ist das „*KWP schon von seinem Grundaufbau diesem Gedanken gewidmet*“. Ein Einzug in eines der Häuser der KWP bedeutet für viele BewohnerInnen „*wieder eine Spur selbstbestimmter zu sein*“ und „*nicht abhängig*“ zu sein von Problemen wie z.B. „*wie komme ich die Stufen runter*“ (etc.).

Wenn es darum geht, Autonomie im Appartement leben zu können, setzt die Leitungsebene auch dahingehend Akzente, indem die BewohnerInnen „selbst“ ihre „Wohnung einrichten können“. Sie können entscheiden, welche Möbelstücke und „lieb gewonnenen Gegenständen“ sie in ihre Wohnung mitnehmen möchten und wie sie ihr Appartement gestalten wollen.

In einem Interview mit der Leitungsebene wird auch ein anderes Bild dieser Autonomie geschildert, indem die Rede davon ist, dass es für „manche ein muss ist“ ihr Appartement einzurichten. Die Befragte vertritt die Meinung, dass es dennoch „besser“ ist, sich die Wohnung „selber einzurichten“, als dass sie eingerichtet wird. Es stellt sich die Frage, ob man von Seiten der Leitung nicht individuell an dieses Thema herangehen könnte und den BewohnerInnen freistellt, ob sie ihre Appartements selber einrichten wollen oder nicht?

Die Wohnungen selbst sind nach Angaben zweier Befragter der Leitungsebene „Privatsphäre“ der SeniorInnen. Beim Einzug erhält jede BewohnerIn einen eigenen Schlüssel für sein bzw. ihr Appartement. Der Zutritt zum Wohnbereich ist für das Personal nur mit Zustimmung und unter Aufsicht der WohnungsinhaberInnen möglich. Eine Ausnahme davon stellen die so genannten „Appartmentkontrollen“ dar, auf die noch in Kapitel „Vergleichende Perspektive BewohnervertreterInnen-Leitungsebene“ eingegangen wird.

Im Pflegebereich ist es nach Meinung eines Befragten der Leitungsebene schwieriger, die „Privatsphäre“ der SeniorInnen zu wahren. Hier wird „versucht“ mittels „Paravents“ und „Vorhängen“ den SeniorInnen „Privatsphäre zu ermöglichen“, wenn diese in Doppelzimmern untergebracht sind.

Es stellt sich die Frage wie die BewohnerInnen auf der Pflegestation die Respektierung ihrer Privatsphäre sehen. Gehen hier vielleicht die Sichtweisen der BewohnerInnen und jene der Leitungsebene auseinander? Gibt es aus Sicht der BewohnerInnen möglicherweise Verbesserungspotenzial im Bereich der Privatsphäre und Autonomie was den Pflegebereich betrifft?

Auf Grund der baulichen Struktur der oft schon „mehr als 20 Jahre alten Stationsbereiche“ sind räumliche Veränderungen aus Sicht einer Befragten schwer durchführbar bzw. wären hierfür Ressourcen notwendig, die zum Teil zur Zeit nicht vorhanden sind.

Das ärztliche, pflegerische und therapeutische Leistungsangebot im Pflegebereich zielt nach Angaben der Befragten der Leitungsebene darauf ab, dass die BewohnerInnen durch Forcierung der Rehabilitation, soweit dies möglich ist, in die Lage versetzt werden, nach einer Erkrankung oder Operation möglichst bald wieder in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren können.

Hierbei werden alle physischen, aber auch psychischen und sozialen Fähigkeiten zur Wiedererlangung der Alltagsbewältigung im Rahmen der stationären Therapie gefördert. Zusätzlich unterstützen diverse Hilfsmittel, Rollstühle, Schienenversorgung etc. sowie die Anpassung des Wohnraumbereiches die Selbstständigkeit der BewohnerInnen.

Neben der körperlichen Komponente der Gesundheit wird die Selbstständigkeit der BewohnerInnen auch durch die Förderung der psychischen Gesundheit unterstützt. Professionelle MitarbeiterInnen leiten, wie bereits erwähnt, beispielsweise Gruppen für Gedächtnistraining, Gesprächsgruppen, Denksportgruppen und aktivierende Gruppen (KWP 2005: 31).

Wie die Interviews ergeben, ist es vorrangiges Ziel der Leitungsebene, dass die BewohnerInnen des stationären Bereichs bald wieder ihre „*Selbstständigkeit erreichen*“, so dass „*sie wieder in ihre Privatwohnungen zurück kehren können*“ und dort ein „*möglichst langes selbstständiges Leben möglich wird*“.

Probleme

Eine zentrales Thema und eine „*Herausforderung*“ in Punkto „*Autonomie*“ stellt für die Leitungsebene die zu bewältigende Diskrepanz zwischen der Sicherheit und der „*Freiheitsbeschränkung*“ der BewohnerInnen dar. Die Leitung sieht sich in diesem Zusammenhang mit folgenden Fragen konfrontiert. „*Was kann ich tun? Was darf ich tun? Was muss ich tun und was soll ich tun*“ um die „*Sicherheit*“ der BewohnerInnen zu „*gewährleisten*“ ohne gleichzeitig die „*Autonomie*“ der SeniorInnen einzuschränken bzw. zu vernachlässigen.

Hierbei ist die Leitungsebene mit den Interessen von drei Parteien konfrontiert - denen des Gesetzgebers, der Angehörigen und der BewohnerInnen. So wird seitens des „*Gesetzgebers*“ vorgegeben, dass „*Türen*“ und „*Fenster*“ in „*keiner Weise verriegelt werden dürfen*“ und für „*jeden leicht zugänglich*“ sein müssen. Auch die

Anwendung von „Barcodes“, die „zwitschern“, wenn eine der BewohnerInnen sich beispielsweise vom Gebäude entfernt, ist nicht im Sinne des Gesetzgebers.

Dem gegenüber steht die Perspektive der „Angehörigen“, die nicht „verstehen, warum die Tür überhaupt offen ist“. Ihrer Meinung nach „darf das nicht sein“, die Türen „müssen geschlossen sein“.

Was die BewohnerInnen selbst anbelangt, so ist es diesen aus Sicht einer VertreterIn der Leitungsebene „vermutlich egal“, ob sie beispielsweise aus Sicherheitsgründen ein „Armband“ tragen, das den MitarbeiterInnen signalisiert, wenn eine BewohnerIn das Pensionistenheim verlässt.

Die Leitungsebene sieht sich „hin und her gerissen“ im Bestreben, den BewohnerInnen ein möglichst autonomes Leben in den Häusern zu ermöglichen und gleichzeitig den Sicherheitsaspekt nicht außer Acht zu lassen. Dies stellt insofern auch eine „Herausforderung“ für die Leitungsebene dar, da diese Thematik auch eine Frage der personellen Ressourcen ist.

Seitens der Leitungsebene wird betont, dass sich das KWP „ernsthaft“ mit dem Problem der „Freiheitsbeschränkung“ versus „Autonomie“ auf allen „Hierarchieebenen“ und in allen „Berufsgruppen“ „beschäftigt“. Aus den Interviews geht jedoch nicht weiter hervor, wie diese Herausforderung in Angriff genommen wird. Welche Ziele verfolgt die Leitungsebene in Bezug auf diese Thematik? Welche Maßnahmen werden ins Auge gefasst?

Wird von Seiten der Leitung versucht, die BewohnerInnen bei der Lösung dieser Problematik mit einzubeziehen?

Eine besondere „Gratwanderung“ stellt in diesem Zusammenhang auch die Bewältigung der Frage dar, in welchem Ausmaß und mit welchen Mitteln die BewohnerInnen „beschützt“ werden müssen, wenn sie sich auf Grund von physischen oder psychischen „Krankheiten“ „selbst gefährden“ und wie weit man in einem solchen Fall einer „Selbstbestimmung Raum geben kann“.

Die GesprächspartnerInnen sehen sich auch mit den „Ängsten“ der BewohnerInnen konfrontiert, die „vergesslicher“ werden und befürchten, „entmündigt“ zu werden. Gerade SeniorInnen die „geistig und körperlich gebrechlicher“ werden „sorgen“ sich um ihre „Selbstbestimmung“, da diese aus Sicht einer InterviewpartnerIn eng mit dem „Selbstwert“ in Verbindung steht.

Welchen Stellenwert nimmt in diesem Fall die Sicherheit der BewohnerInnen ein und welchen die Autonomie der SeniorInnen? Wie geht die Leitungsebene mit dieser

„Gratwanderung“ um? Wie ist die Vorgehensweise der Leitungsebene bei zunehmender geistiger und körperlicher Gebrechlichkeit der SeniorInnen, wie werden Entscheidungen, die in die Autonomie der BewohnerInnen eingreifen, getroffen?

Wovor sich nach Angaben einer Befragten viele SeniorInnen auch „fürchten“ ist, dass sie von ihren „Angehörigen“ „abhängig“ werden und ihnen „zur Last fallen“, wenn sie „Pflege brauchen“. Hier bieten, aus Sicht der Leitungsebene, die Häuser des KWP den SeniorInnen durch das Angebot auf Pflege vor Ort ein gewisses Maß von Unabhängigkeit und Sicherheit und dadurch auch eine Stärkung der Autonomie.

Kritik wird seitens einer anderen InterviewpartnerIn auch an der „Größe“ der „Einrichtung“ geübt. Ihrer Meinung nach geht durch die große Anzahl der BewohnerInnen in den Häusern sehr viel „Selbstbestimmung“ der SeniorInnen „verloren“. Um dieses „Problem“ zu lösen, werden von Seiten der Leitungsebene „Ideen entwickelt“, „kleinere Einheiten“ zu bilden, um dann besser auf „individuelle Wünsche einzugehen“, zu „fördern“ und „mehr mit allen reden zu können“.

Vergleichende Perspektive- BewohnervertreterInnen vs. Leitungsebene

Was die „Appartementkontrollen“ Seitens der Leitungsebene betrifft, so überschneiden sich hierbei die Sichtweisen von Leitungsebene und BewohnervertreterInnen. Die Apartments werden von beiden grundsätzlich als Privatbereich der BewohnerInnen gesehen, in denen sie ein autonomes Leben führen können.

Einzige Einschränkung der Privatsphäre bilden „Kontrollen“ aus „Sicherheitsgründen“, wobei für die Leitungsebene die „Sicherheit“ der BewohnerInnen vor deren „Autonomie“ steht. Melden sich BewohnerInnen beispielsweise nicht vom Essen ab und „erscheinen“ dann nicht zu den „Mahlzeiten“, so führt die Leitungsebene eine „Sicherheitskontrolle“ durch.

Aus den Gesprächen mit den BewohnervertreterInnen geht zudem hervor, dass die Leitungsebene auch „Sicherheitskontrollen“ durchführt, wenn BewohnerInnen auf „Urlaub“ fahren. Diese Maßnahme sehen die BewohnervertreterInnen nach eigener Auffassung als zulässig an, mit der Begründung, dass „manche SeniorInnen vergessen“, das „Fenster zuzumachen“ oder „Sachen abzudrehen“.

Aus Sicht der Leitungsebene sind „*Sicherheitskontrollen*“ „für viele“ ein Grund für einen „*Einzug*“ in eines der Häuser des KWP, weil die SeniorInnen nicht in der „*Kronenzeitung stehen wollen*“ mit der Schlagzeile „*nach Monaten wurde eine SeniorIn tot in ihrer Wohnung gefunden*“.

Wie stehen die BewohnerInnen jedoch selbst zu diesen Sicherheitsmaßnahmen? Inwieweit sehen sie diese mit ihrer Autonomie und Privatsphäre vereinbar?

Aus der Analyse der Interviews der Leitungsebene und jener der BewohnervertreterInnen geht hervor, dass beide Parteien in ihrer Sichtweise bezüglich der autonomen Bewegungsfreiheit der BewohnerInnen innerhalb der Häuser übereinstimmen.

Vom Standpunkt der Leitungsebene wird das Ziel verfolgt, größtmögliche Mobilität und dadurch Unabhängigkeit der BewohnerInnen in der Bewältigung des Alltags zu erreichen und zu erhalten. Die Häuser sind zu diesem Zweck rollstuhlgerecht gebaut bzw. umgebaut worden, sodass sich auch BewohnerInnen mit Gehbehinderungen eigenständig im Pensionistenwohnhaus und den daran angeschlossenen Bereichen, wie beispielsweise Gärten, bewegen können. Zudem sind an den Wänden Stützgeländer angebracht, bei denen die SeniorInnen bei Bedarf Halt finden können. Die BewohnerInnen können nach Angaben einer Interviewten der Leitungsebene in den Häusern „*gehen wohin sie möchten*“. Hierbei steht die Leitungsebene vor einer Gratwanderung wenn es darum geht, den BewohnerInnen Autonomie unter gleichzeitiger Gewährleistung der Sicherheit zu ermöglichen, was besonders bei SeniorInnen mit eingeschränkten geistigen Fähigkeiten eine Herausforderung darstellt.

Betrachtet man die Perspektive der BewohnerbeirätInnen, so stimmen diese mit der Leitungsebene darin überein, dass die SeniorInnen innerhalb des Hauses „*hingehen können, wohin sie wollen*“. Zudem wird auch von ihnen geschätzt, dass „*alles barrierefrei*“ und „*schwelfenfrei*“ zu erreichen ist und dass es auch mit dem „*Rollstuhl überhaupt keine Probleme gibt*“.

Was die Unterstützungs- und Hilfeleistungen seitens des Pensionistenwohnhauses anbelangt, gibt es ebenfalls Überschneidungen in den Sichtweisen.

Die Leitungsebene betont in diesem Zusammenhang den „Hotelcharakter“, den die Häuser in gewisser Weise haben, da die BewohnerInnen sich „*nicht um die Wäsche kümmern müssen, wenn sie nicht wollen*“, „*es wird geputzt*“, „*es wird gekocht*“ etc.

Die BewohnervertreterInnen befürworten und „*genießen*“ diese Serviceleistungen, weil ihnen dadurch Arbeit abgenommen wird und „*man sich dann den Hobbys zuwenden kann*“ und die „*Hauswirtschaft beiseite geschoben wird*“.

Es stellt sich jedoch die Frage nach der nötigen Balance zwischen notwendiger Hilfestellung und Aufrechterhaltung der Selbstständigkeit.

8.3 Altersbilder

Perspektive der BewohnervertreterInnen

Schließlich stellen auch die Einstellungen des Umfeldes den SeniorInnen gegenüber, hier als Altersbilder bezeichnet, sowie das Bild, das die SeniorInnen von sich selbst haben, noch einen letzten, in dieser Arbeit darzustellenden Aspekt dar.

Betrachtet man die Gespräche mit den BewohnervertreterInnen dahingehend, was „*Alter*“ für sie als SeniorInnen bedeutet, so beschreibt eine von ihnen „*Alter*“ als einen „*natürlichen Vorgang*“. Das „*Alter gehört dazu wie die Jugend*“, will man „*leben*“ muss man das „*Alter akzeptieren*“. Dies fällt insofern leichter, wenn man im „*Alter*“ noch „*geistig voll da ist*“. Körperliche Einschränkungen im Alter, beispielsweise wenn „*man nicht mehr so sieht*“ oder „*nicht mehr so gehen kann*“ sind „*natürlich schlecht*“, aber viel wichtiger bzw. „*viel mehr Wert*“ ist es, wenn „*man geistig voll da*“ ist und wenn „*man noch am Leben teilhaben kann*“.

Warum tritt die körperliche Gesundheit gegenüber der geistigen Gesundheit in den Hintergrund? Welchen Stellenwert nimmt die physische gegenüber der psychischen Gesundheit ein?

Welche Folgen sind mit einer Einschränkung der körperlichen und welche mit der der geistigen Gesundheit verbunden? Wie groß muss das Ausmaß einer Beeinträchtigung sein, um sie als „*schlecht*“ zu empfinden?

Was bedeutet es das Alter „*akzeptieren*“ zu müssen? Wenn Alter ein „*natürlicher Vorgang*“ ist wie die „*Jugend*“, warum muss das Alter dann „*akzeptiert*“ werden und warum nicht auch die „*Jugend*“? Bereitet das Alter Menschen mehr Schwierigkeiten bzw. Herausforderung als die Jugend?

In den Gesprächen mit den BewohnervertreterInnen kommen zwei unterschiedliche Sichtweisen, wie die SeniorInnen ihre eigene Gesundheit bzw. Gesundheit im Alter allgemein sehen, zum Vorschein.

Ein Teil der Befragten sieht „Gesundheit“ als veränderbare, beeinflussbare Größe an. Will man als SeniorIn „gesund bleiben“, so „muss man auch dafür was tun“ und das „rechtzeitig“. Im Falle einer Erkrankung „muss man sich wirklich immer dazu zwingen, möglichst bald gesund zu werden“. Der „Krankheit darf nicht nachgegeben“ und „nicht nachgegangen“ werden. Seitens des KWP erhalten die BewohnerInnen nach eigenen Angaben, wenn sie einmal krank werden, „jegliche Unterstützung“, aber die SeniorInnen „müssen schon sehr viel selber dazu tun“, gesund zu werden.

Dieser Ansicht gegenüber steht die Meinung, dass „Gesundheit“ und „Krankheit“ großteils „Schicksal“ sind. Betont wird, dass es „natürlich schöner ist, im Alter gesund zu bleiben“, man kann aber „seinem Schicksal nicht ausweichen“. „Gesundheit im Alter“ ist sehr „bedeutend“, weil dadurch das „Alter viel leichter zu ertragen“ ist. Wenn SeniorInnen „alt und krank sind“, dann bedeutet dies für diejenigen „fast eine Katastrophe“ und „kein schönes Leben mehr“. Wobei wieder angeführt wird, dass man es sich „nicht aussuchen kann“ und man kann „machen was mal will“, weil dem „Schicksal“ kann man nicht entrinnen „was einem da beschieden ist, das geschieht“. Wie könnte sich diese Einstellung der Befragten auf ihr Amt als BewohnervertreterIn auswirken?

Handelt es sich bei dieser Ansicht um einen Einzelfall oder vertreten auch andere BewohnerInnen diese Meinung?

Probleme

Seitens eines Bewohnerbeirates wird eine kritische Haltung gegenüber der „starken Überalterung“ der Gesellschaft eingenommen. Er weist darauf hin, dass es „überall nur alte Menschen“ gibt, in der „Straßenbahn“, auf den „Straßen“ und dass diese „Überalterung immer ärger“ wird. Diese Entwicklung ist nach Aussagen des Befragten „furchtbar“.

Warum ist diese „Überalterung“ der Bevölkerung vom Standpunkt dieses Gesprächspartners „furchtbar“? Welche Herausforderungen und Probleme sieht er mit dieser Entwicklung einhergehen? Was bedeutet für ihn als Senior eine Zunahme des Anteils der SeniorInnen in der Gesellschaft? Welche möglichen Konsequenzen könnten sich für ihn daraus ergeben?

Kritisch sehen die BewohnervertreterInnen auch, dass viele SeniorInnen erst in höherem Lebensalter in die Häuser einziehen. Die Kritik wird damit begründet, dass, *„je älter man ist, desto schwieriger ist es, sich einzugewöhnen“*, die Freizeit *„zu genießen“* und Hobbys nachzugehen. *„Leute“* die *„gegen 90 kommen“*, die *„können ja nur todunglücklich sein, weil sie ja nichts mehr machen können“*.

Warum entschließen sich SeniorInnen oft erst in hohem Alter in die Häuser einzuziehen? Hat das Alter der SeniorInnen tatsächlich Auswirkungen auf die Eingewöhnung in den Häusern oder spielen vielleicht andere Faktoren hierbei eine Rolle? Verbinden die befragten BewohnervertreterInnen fortgeschrittenes Alter zwangsläufig mit Inaktivität und Inflexibilität? Wie kommt es zu diesem Altersbild? *„Schwierigkeiten“* haben *„ältere“* SeniorInnen in den Häusern nach Meinung einer BewohnervertreterIn vor allem auch mit den Angeboten, auf die die BewohnervertreterInnen die SeniorInnen *„aufmerksam machen“*. Besonders *„ältere“* BewohnerInnen *„lehnen diese ab“*. Eine BewohnervertreterIn führt dies darauf zurück, dass sie *„nicht mehr so geschickt sind“* oder *„keine Stimme mehr haben“*, und dadurch beispielsweise nicht mehr im Chor mitsingen können.

Handelt es sich hierbei um ein altersbedingtes Problem, oder liegt es vielleicht an anderen Faktoren? Lässt sich die Ablehnung des Angebotes auf eingeschränkte körperliche und stimmliche Fähigkeiten reduzieren? Auf welche SeniorInnen zielt das Angebot der Häuser ab? Ist es vielleicht eher auf die jüngeren Heimbewohner ausgerichtet? Könnte man hierbei vielleicht mehr auf die Älteren eingehen?

Perspektive der Leitungsebene

Aus Sicht einer Interviewpartnerin ist es wichtig, dass man nicht verallgemeinernd vom *„Alter“* sprechen kann, sondern dass man dabei differenzieren muss. Die Altersgruppen der SeniorInnen im Heim sind breit gestreut, *„das Alter im Haus spielt sich zwischen 60 und 100 Jahren ab“*, das sind unterschiedliche *„Generationen“*, *„die sind nicht alle gleich“*.

Im Rahmen des Interviews wirft die Gesprächspartnerin auch die Frage auf wie sich wohl ihre eigene Generation, wenn diese dann selbst im SeniorInnenalter sein wird, von den momentan in den Häusern wohnenden SeniorInnen *„unterscheiden“* wird. Sie äußert ihre *„Zweifel“*, ob es dann allzu große Unterschiede geben wird bei Themen wie *„Autonomie“* und *„Partizipation“*, *„im Sinn von- ich mach da mit“*.

Geht die Leitungsebene speziell auf die unterschiedlichen Altersgruppen im Haus ein bzw. in welcher Form werden diese berücksichtigt? Warum ist die befragte Person skeptisch, ob sich ihre Generation einmal von der jetzigen Generation der SeniorInnen unterscheiden wird? Worin begründen sich diese Zweifel?

Allerdings ortet dieselbe Interviewpartnerin aber doch einen möglichen Unterschied zu kommenden Generationen von SeniorInnen. Sie bezeichnet die jetzigen als die Generation der „*Leider*“ und „*Ertrager*“.

Was hat die Interviewte zu dieser Sichtweise veranlasst und worin sieht sie die Ursache für diese ihre Ansicht? Was lässt sie vermuten, dass nachkommende Generationen an SeniorInnen möglicherweise doch eine etwas andere Einstellung zum Alter haben könnten?

Aus Sicht dieser Befragten wird über die Medien ein völlig verzerrtes Altersbild vermittelt. „*Zeitungen suggerieren*“ das Bild der „*jungen, neuen Alten*“, die „*furchtbar aktiv*“ und „*sehr glücklich*“ sind und über „*Einkommen verfügen*“. Diese „*Assoziationen*“ kann die InterviewpartnerIn aber nicht teilen. Mit Alter „*verbindet*“ sie vielmehr „*schlechte Laune*“, „*Schmerzen*“ und den „*Umgang damit*“, den Verlust von LebenspartnerInnen u.v.m., auch wenn das alles „*irrsinnig negativ klingt, was es wahrscheinlich auch ist*“. Sie fügt aber hinzu, dass „*es nicht so ist, dass sie den ganzen Tag nur schlecht gelaunt sind*“, „*es sind auch schöne Dinge dabei*“ und „*sehr viel Lebenserfahrung*“. Trotzdem ist sie der Meinung, dass „*die Realität des Alters nicht besonders lustig ist*“. Für sich „*persönlich hofft*“ sie, dass ihr „*Alter so wird, wie es in der Zeitung steht*“ - „*ziemlich gesund, ziemlich ausgeglichen*“ und „*sozial vernetzt*“.

Was bedeutet diese überwiegend „*negative*“ Sichtweise des „*Alters*“ einer Gesprächspartnerin der Leitungsebene für die BewohnerInnen und was für die Leitungsebene selbst? Ergeben sich daraus Konsequenzen für die SeniorInnen?

Die Befragte führt auch ein weiteres Beispiel für die unterschiedlichen Sichtweisen von „*Schönheit*“ des Alters an, wie sie uns über die Medien vermittelt werden. Sie erwähnt hierbei die „*Dove Werbung*“, bei der nicht nur mit jungen Personen für eine Kosmetiklinie geworben wird, sondern auch mit älteren Menschen. Die Gesprächspartnerin selbst „*findet das gut*“, da so „*Alter auch ein Gesicht kriegt*“ und

damit „*sicher der richtige Weg*“ eingeschlagen wird. Laut ihren Angaben „*kommt*“ diese Art der Medienpräsenz aber bei „*vielen*“ SeniorInnen „*irrsinnig schlecht an*“. Sie stellt sich die Frage, warum die Sichtweisen dieser Art von „*Werbung*“ in derart unterschiedliche Richtungen laufen. Antwort findet die Befragte darin, dass die SeniorInnen „*davon geprägt sind*“, dass man in der Öffentlichkeit einen alten Körper nicht zur Schau stellt. Was in dieser Werbung „*gezeigt wird empfinden sie selber nicht als schön noch als mutig, oder als gesellschaftspolitisch sinnvoll*“. Hierbei sieht die Interviewpartnerin der Leitungsebene „*noch einen langen Weg*“ für die „*Gesellschaft vor sich*“, um an „*diesem Selbstverständnis zu arbeiten*“, sodass SeniorInnen „*Alter*“ nicht mit der Aussage verbinden „*wenn du alt bist dann bist du blöd, dann bist du schirch, dann bist du beeinträchtigt*“.

Werden seitens der Leitungsebene Maßnahmen gesetzt, um an „*diesem Selbstverständnis*“ der BewohnerInnen zu arbeiten? Inwieweit tragen vielleicht auch Mitglieder der Leitungsebene zu diesem Altersbild der BewohnerInnen bei?

Ein weiteres Thema, das in den Interviews zur Sprache kommt, ist die „*Gesundheit im Alter*“. Hierzu äußern sich zwei Gesprächspartner der Leitungsebene.

Einer davon vertritt die Ansicht, dass die Auffassung, dass „*Alter mit Krankheit einher geht, nicht stimmt*“. Als Beispiel führt er einen „*103-jährigen*“ Bewohner an, der immer noch „*herumspringt*“, „*beweglich*“ und „*geistig rege ist*“, „*malt und zeichnet*“, „*an allen Aktivitäten teilnimmt*“, „*alle kennt*“ und „*in die Gruppe integriert ist*“.

„*Krankheit*“ hat nach Ansicht dieses Interviewpartners „*sicher nichts mit Alter zu tun*“.

Aus einem anderen Gespräch mit einem Vertreter der Leitungsebene geht hervor, dass dann von „*gesundem Altern gesprochen*“ werden kann, wenn die „*betroffenen Personen ihr Alter annehmen*“ und „*nicht mehr Jugendträumen nachhängen*“. Um dies zu verdeutlichen, zieht der Befragte folgenden Vergleich heran.

„*Alter ist zu sehen wie ein Baum im Herbst, der brüchiger wird und den man noch so viel mit Substral gießen kann, der wird nicht mehr allzu viele Blätter anlegen, aber die wenigen Blätter die er hat, werden bunter*“ (Interview H).

Was bedeutet es sein Alter „*anzunehmen*“? Setzt die Leitungsebene dahingehend Handlungen, um die BewohnerInnen hierbei zu unterstützen? Welchen „*Jugendträumen hängen*“ die BewohnerInnen nach und in welcher Weise können diese die Akzeptanz des Alters erleichtern oder erschweren? Was kann die

Leitungsebene dazu beitragen, um den BewohnerInnen trotz altersbedingter Einschränkungen die schönen Seiten des Alters bewusst zu machen?

Bewegung im Alter stellt einen weiteren, in den Interviews erwähnten Aspekt dar. So meint ein Befragter der Leitungsebene, dass *„viele alte Herrschaften sagen- was kann i no an Bewegung machen. Ich kann ja nimma gehen oder ich kann mich nicht mehr rühren“*. *„Bewegung“* kann jedoch nach Ansicht des Interviewpartners auch *„im sitzen gemacht werden“* oder es *„genügt auch schon, wenn man mal die Hand hebt oder den Kopf kreist“*. Zudem darf nicht unterschätzt werden, *„was die Leute alles können“*, *„wo man sich denk, kann ein alter Mensch das?“* Als Beispiel werden die *„Tanzveranstaltungen“* in den Häusern angeführt, *„dann steht in einer Ecke ein Stock und am Tisch liegt ein Stock und in der Garderobe“*. Dann stellt *„man sich die Frage- jetzt braucht man des nimma?“* Am Tag darauf wird zum *„Frühstück der Stock wieder gesucht“*, wo er doch *„nach dem Tanzen nicht mehr notwendig war“*. Der Befragte führt dies darauf zurück, dass diese *„Gehhilfen“* nicht nur *„physische Stützen“* sind, sondern den BewohnerInnen auch als *„psychische Stütze“* dienen.

Probleme

Alte Menschen nehmen, nach Ansicht einer Interviewten, in unserer Gesellschaft genauso eine *„Randgruppenposition“* ein, wie *„Obdachlose, Ausländer und Drogenabhängige“*. Besonders im Kontext unserer *„Leistungsgesellschaft“* sind sie dann *„nichts mehr wert“* und wenn sie aus dem Arbeitsleben ausgetreten sind, entstehen *„nur mehr Kosten“*. Die Befragte sieht es als ihre Aufgabe und als Herausforderung, den SeniorInnen, die in ihrem Leben *„viel geleistet haben“* und immer noch *„mitten im Leben stehen“*, dementsprechenden Respekt und *„Wertschätzung“* entgegenzubringen.

Wie versucht die Befragte den BewohnerInnen diese *„Wertschätzung“* entgegenzubringen? Welche Maßnahmen werden gesetzt, damit die SeniorInnen im Alter nicht an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden und ihren *„Stellenwert“* innerhalb unserer Gesellschaft behalten? Wie gehen die BewohnerInnen selbst mit der *„Randgruppenthematik“* des Alters um? Wie sehen sie sich innerhalb der *„Leistungsgesellschaft“*?

Eine weitere Schwierigkeit in Bezug auf das Alter stellt der Abbau geistiger Fähigkeiten dar. Hierbei befindet sich eine der Befragten der Leitungsebene in dem

Zwiespalt, dass sie die BewohnerInnen „auf der einen Seite wie gleichwertige Partner behandelt“, was nach ihren Angaben auch so „sein muss“. Andererseits sind die BewohnerInnen dies jedoch „zum Teil nicht mehr“ und „wollen es zum Teil auch nicht mehr sein“.

Vertreten auch andere MitarbeiterInnen des KWP diese Einstellung?

Was veranlasst die Interviewpartnerin zu der Auffassung, dass die SeniorInnen nicht mehr „gleichwertige Partner sein wollen“? Was bedeutet dies für die BewohnerInnen und welche Konsequenzen ergeben sich daraus für die Leitungsebene?

Probleme ortet eine der Befragten auch im Zusammenhang mit der „Definition von Gesundheit“ im Alter. Diese Definition orientiert sich vom Standpunkt der Interviewten zu stark an „Messwerten“ junger Menschen, die mit jenen älterer nicht konform gehen. Kann eine SeniorIn diese Richtwerte nicht erreichen, ist sie dann „nicht mehr gesund“? Diese „medizinisch geprägte Gesundheitsdefinition“ geht davon aus, dass sich Gesundheit messen lässt. Wenn eine Person statistisch gesehen „rechts“ von einem bestimmten Richtwert liegt, dann ist sie „gesund“, wenn sie „links“ davon liegt ist sie „krank“. Die Interviewpartnerin ist der Ansicht, dass diese Vorgangsweise „nicht zielführend“ ist, wenn es darum geht, Gesundheit im Alter zu beurteilen, „weil danach alle Alten krank“ wären.

Abweichungen von der sogenannten "Normalität" sollten im Alter, nach Ansicht dieser Interviewpartnerin, nicht unter dem Stellenwert von Krankheit gesehen werden und damit Alter nicht mit Kranksein gleichgesetzt werden. "Normalität ist etwas, das verändert sich im Laufe des Lebens". Somit wäre es im Alter normal, wenn „Gefäße abgenützt sind, wenn Knochen abgenützt sind“ usw. und insofern gehörten auch „Schmerzen“ bis zu einem gewissen Grad zur Normalität des Alters. Damit wären auch alle diese Beschwerden „erträglicher“, wenn sie nicht automatisch unter den Begriff von Krankheit fallen würden.

Wie ist Gesundheit im Alter definiert, wer legt diese Definition fest und welche Grundlagen werden dafür herangezogen? Müsste man diese Definition altersabhängig erstellen? Welche Definition von Gesundheit verfolgt die Befragte? Werden Beschwerden wirklich erträglicher, wenn sie nicht mit dem Begriff Krankheit verbunden sind? Überschneiden sich hierbei die Sichtweisen von Leitungsebene und BewohnerInnen? Welche Rolle spielen für die Befragte psychische und soziale

Aspekte bei der Definition von Gesundheit? Warum wird Gesundheit in diesem Fall ausschließlich an körperlichen Aspekten festgemacht?

Vergleichende Perspektive- BewohnervertreterInnen vs. Leitungsebene

Einer Meinung sind sowohl Leitungsebene als auch BewohnerInnen, dass es „*zwei Gesichter des Alters*“ gibt. So gibt es jene Gruppen von SeniorInnen in den Pensionistenwohnhäusern, die „*aktiv*“ das „*Programm*“ in den Häusern „*voll ausschöpfen*“ und „*alles was geht machen*“, wobei manche von ihnen dabei sogar in „*Stress*“ geraten. Daneben gibt es aber jene BewohnerInnen, die sich „*zurückziehen*“, weniger aktiv und sozial vernetzt sind und auch „*zunehmend gebrechlicher werden*“. Zu überlegen wäre in diesem Zusammenhang, ob die Schuld an der allmählich fortschreitenden „*Gebrechlichkeit*“, wie eine Bewohnervertreterin meint, überwiegend bei den SeniorInnen selbst zu suchen ist, weil diese „*sich gehen lassen*“ oder ob hierfür nicht doch auch andere Faktoren zu berücksichtigen sind?

8.4 Zusammenfassung

In diesem abschließenden Kapitel sollen die empirischen Ergebnisse der Interviews im Setting „Altenheim“ am Beispiel des Kuratoriums Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP) noch einmal zusammengefasst dargestellt und im Kontext mit den gesundheitsfördernden Aspekten des „Active- Ageing“ Programms der WHO betrachtet werden.

Die Gespräche wurden mit VertreterInnen der Leitungsebene und der BewohnerbeirätInnen geführt.

Die BewohnervertreterInnen spielen im KWP eine bedeutende Rolle bei der **Einbeziehung** und **Mitwirkung** der BewohnerInnen. Sie sehen sich selbst als Ansprechpartner für Anliegen und Probleme der SeniorInnen und als Vermittler zwischen der Leitungsebene und den „*Interessen*“ der BewohnerInnen.

Auch im „Active- Ageing“ Programm der WHO wird Mitwirkung als ein wesentlicher Beitrag zu gesundem Altern gesehen. Übertragen auf den Alltag in den Pensionistenwohnhäusern bedeutet dies, dass den BewohnerInnen in diesem Lebensraum die Gelegenheit eingeräumt werden soll, sich einzubringen und Veränderung bewirken zu können. In den Pensionistenhäusern des KWP wird

versucht, den BewohnerInnen über Vermittlung durch die BewohnervertreterInnen die Möglichkeit zur Mitwirkung in den Häusern zu geben.

Dabei wird von Seiten der BewohnerbeirätInnen auch Eigeninitiative von den BewohnerInnen erwarten, wenn es darum geht, Anliegen an diese heranzutragen. Im „Active-Ageing“ Programm werden Initiativen in Richtung aufsuchender Aktivierung gefordert. So soll auf die SeniorInnen zugegangen werden, um diese zur Mitwirkung zu motivieren und um manche von ihnen, wenn nötig, auch aus der Reserve zu locken. Seitens der befragten BewohnervertreterInnen wird erwähnt, dass sie sehr wohl auf neu eingezogene BewohnerInnen zugehen und versuchen sie zur Mitwirkung zu motivieren. In weiterer Folge sollen dann jedoch die BewohnerInnen selbst die Initiative ergreifen und mit Anliegen an sie herantreten.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob nicht vermehrt, wie seitens des „Active- Ageing“ Programms gefordert, die aufsuchende Aktivierung durch die BewohnervertreterInnen gefragt ist, um die BewohnerInnen zur Mitwirkung in den Häusern zu motivieren.

Betrachtet man die Leitungsebene, so sieht sich diese als „*ExpertInnen*“ dafür, wie und in welchem Umfang Einbeziehung und Mitwirkung der BewohnerInnen umsetzbar sind und wie man mit Problemen, die damit einhergehen, umzugehen hat. Probleme des Expertenstatus werden seitens einer Interviewpartnerin der Leitungsebene darin gesehen, dass Bedürfnisse und Erwartungen der SeniorInnen nicht mehr in ihren Details wahrgenommen werden und die Leitung in ihren eigenen „*Ideen*“ und „*Hypothesen verfangen*“ ist.

Im Empowerment Ansatz zur Gesundheitsförderung sollen GesundheitsförderInnen eine unterstützende Rolle nach dem Prinzip des „bottom-up“, das sich von unten nach oben richtet, einnehmen. Sollte die Leitungsebene in diesem Sinne den Anliegen und Bedürfnissen der BewohnerInnen offener gegenüber stehen? Sowohl Leitungsebene als auch BewohnervertreterInnen sehen sich mit einer Fülle von diversen Anliegen der BewohnerInnen konfrontiert und beide stellen fest, dass eine Umsetzung aller Anträge zur völligen Zufriedenheit aller BewohnerInnen nicht immer möglich ist.

Ein geteiltes Bild zeichnet sich ab, was die Resultate der Zusammenarbeit beider Parteien betrifft. So sind Effekte der Tätigkeit des BewohnerInnenbeirates aus Sicht

eines Befragten der BewohnervertreterInnen noch „abzuwarten“, wohingegen die Leitungsebene bei ihrer „gemeinsamen“ Arbeit bereits Erfolge und Ergebnisse sieht.

Die Integration der BewohnerInnen in das **soziale Leben** der Wohnhäuser stellt einen weiteren wichtigen Aspekt für das Leben im Pensionistenwohnheim dar. Dies basiert auf dem Gedanken, dass das soziale Netzwerk im Alter einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitlichen Verfassung leistet, wie dies auch im „Active- Ageing“ Programm zum Ausdruck kommt.

Die BewohnervertreterInnen sehen in diesem Zusammenhang ihre Aufgaben vor allem darin, ihre MitbewohnerInnen auf soziale Aktivitäten „aufmerksam zu machen“. Diese Vorgangsweise deckt sich mit dem Konzept des „Active- Ageing“ Programms, in dem die Notwendigkeit erkannt wird, auf die SeniorInnen zuzugehen und sie zu sozialen Aktivitäten zu aktivieren, da viele SeniorInnen wenig eigenständige Motivation im sozialen Bereich aufweisen. Die SeniorInnen sollen zu Eigeninitiative bzw. zur Teilnahme an diversen sozialen Aktivitäten ermutigt werden.

Wie die Analyse ergibt, lassen sich zwei Gruppen von BewohnerInnen ausmachen. Jene mit vielen „zwischenmenschlichen Beziehungen“, die häufig an sozialen Angeboten und Aktivitäten teilnehmen und jene, bei denen das „Bedürfnis alleine zu sein“ stärker ist. Aus dem Blickwinkel des „Active- Ageing“ Konzepts sind soziale Kontakte für die Gesundheit der SeniorInnen von großer Bedeutung. Es sollen aber von Seiten der Gesundheitsförderer auch die individuellen Wünsche, Bedürfnisse und Möglichkeiten der SeniorInnen berücksichtigt werden, wenn es darum geht, sie in soziale Aktivitäten einzubeziehen, oder zur Teilnahme anzuregen.

Wie die Gespräche mit den BewohnervertreterInnen ergeben, machen diese auf Angebote „aufmerksam“, akzeptieren es aber auch, wenn sich die SeniorInnen gegen eine Teilnahme entscheiden.

Aus den Gesprächen mit den BewohnervertreterInnen geht weiters hervor, dass die älteren unter den BewohnerInnen eher von sozialen Angeboten Abstand nehmen und dass diese auch beim Einzug eher Schwierigkeiten haben, sich in die Gemeinschaft zu integrieren als jüngere SeniorInnen.

Vom Standpunkt der Leitungsebene sind viele BewohnerInnen vom „Verlust“ sozialer Kontakte betroffen, beispielsweise durch das Ableben von Freunden und

Verwandten, aber auch durch den Umzug in das Pensionistenwohnhaus selbst. Viele von ihnen suchen deshalb im Personal der Häuser einen Ersatz für verlorene soziale Kontakte.

Speziell in der oft kritischen Einzugsphase sieht die Leitungsebene es als ihre Aufgabe, über sozialarbeiterische und psychologische Unterstützung durch ihre MitarbeiterInnen „*Kontakt*“ zwischen den BewohnerInnen und den neu Zugezogenen „*herzustellen*“ und sie aus ihren „*Appartements herauszuholen*“.

Die Leitungsebene spricht von einer Herausforderung, einerseits gegen die „*Einsamkeit*“ der BewohnerInnen durch soziale Unterstützung seitens der MitarbeiterInnen „*anzukämpfen*“, andererseits ist sie mit dem Problem des drohenden „*Burnout*“-Syndroms des Personals konfrontiert. Die Schwierigkeit wird darin gesehen, dass die MitarbeiterInnen für die „*emotionalen Bedürfnisse*“ der BewohnerInnen offen sein sollen, aber gleichzeitig ihre eigenen Bedürfnisse nicht außer Acht lassen dürfen.

Was die **Autonomie** der BewohnerInnen in den Häusern anbelangt, so teilen sich bei den befragten BewohnervertreterInnen die Meinungen.

Auf der einen Seite steht die Ansicht, dass die BewohnerInnen des KWP ihr Leben im Pensionistenwohnhaus autonom führen können. Dabei wird jedoch eingeschränkt, dass manche SeniorInnen, nämlich jene des stationären Bereiches, zusätzlicher Unterstützung bedürfen, weil sie nicht mehr zur Gänze selbstständig leben können. Die Autonomie dieser SeniorInnen wird nach Ansicht der GesprächspartnerInnen insofern gefördert, indem das Personal den BewohnerInnen vieles, was sie noch selbst erledigen können, machen lässt und notwendige Alltagsfähigkeiten mit den „*ErgotherapeutInnen geübt*“ werden.

Diesen Weg gibt auch das „Aktive- Ageing“ Konzept zur Gesundheitsförderung vor, das vorsieht, eine aktive und selbstbestimmte Lebensführung der SeniorInnen zu fördern und deren Autonomie aufrecht zu erhalten.

Daneben gibt es unter den BewohnervertreterInnen eine gegenteilige Sichtweise, nämlich jene, dass das „*Leben nicht steuerbar*“ ist. Dem persönlichen „*Schicksal*“ könne man nicht entrinnen und es bleibt allein, dieses zu akzeptieren. Diese Einstellung steht jedoch im Widerspruch zum Gedanken der Gesundheitsförderung der darauf aufbaut, dass der Mensch seine gesundheitliche Verfassung selbst beeinflussen kann und nicht einer höheren Macht schicksalhaft unterworfen ist.

Im Hinblick auf die Autonomie ist auch der Entschluss zum Einzug in eines der Häuser anzuführen. Hier wird von Seiten einer BewohnervertreterIn die Wichtigkeit der persönlichen Entscheidung der betroffenen SeniorIn betont und es wird als „*problematisch*“ angesehen, wenn andere für die SeniorInnen den Entschluss eines Einzugs fassen.

Im Zusammenhang mit Autonomie wird von einer BewohnerbeirätIn auch ein weiteres Problem erwähnt, nämlich dass finanzielle Aspekte die Auswahlmöglichkeiten an „*Heimen*“ einschränken und eine freie Entscheidung für ein bestimmtes Haus auf Grund zunehmender „*Armut im Alter*“ nicht immer möglich ist. Dies ist darauf zurückzuführen, dass nicht in allen Alten- und Pflegeheimen die Sozialhilfe einspringt, wenn die SeniorInnen nicht alle Kosten für den Aufenthalt selbst tragen können.

Für die Gesundheit und Lebensqualität der SeniorInnen spielt der Aspekt der finanziellen und materiellen Sicherheit im Kontext der Gesundheitsförderung eine bedeutende Rolle, wenn es darum geht, dass sich die SeniorInnen wohl fühlen und nicht auf Grund finanzieller Sorgen belastet werden. Denn all diese Sorgen und Ängste können zu einer Beeinträchtigung ihrer psychischen, sozialen und in Folge dessen auch physischen Gesundheit führen. Durch finanzielle Zuschüsse durch die öffentliche Hand kann den SeniorInnen in den Häusern des KWP diese Angst genommen werden.

Die Gespräche mit der Leitungsebene zeigen ein geteiltes Bild in Hinblick auf Selbstbestimmung und Autonomie.

Unter den Befragten vertritt ein Teil die Auffassung, dass die BewohnerInnen sehr wohl ein „*Bedürfnis nach Selbstbestimmung*“ haben und dass sie bestrebt sind, noch vieles selbstständig zu tun. Die BewohnerInnen sind dazu im Stande selbst „*Entscheidungen*“ zu treffen und es soll ihnen dafür auch die „*Möglichkeit gegeben*“ werden, wie es auch im Sinne des „*Active- Ageing*“ Programms ist.

Daneben gibt es jedoch auch die Meinung, dass SeniorInnen nicht, „*wie oft dargestellt*“, in diesem Ausmaß nach Autonomie streben. Sie legen diese vielmehr bewusst „*ein Stück weit auf die Seite*“.

Wie die Gespräche zeigen, ist die Leitungsebene bestrebt, für ihre BewohnerInnen eine „Umgebung“ zu „schaffen“, in der diese auch *“trotz Gebrechlichkeit viel Selbstbestimmung“* haben. Für viele SeniorInnen bedeutet deshalb, nach Ansicht einer GesprächspartnerIn der Leitungsebene, der Einzug in eines der Häuser *„wieder eine Spur selbstbestimmter zu sein“*.

Beim Thema *„Freiheitsbeschränkung“* und *„Sicherheit“* sieht sich eine GesprächspartnerIn der Leitungsebene des KWP mit der *„Herausforderung“* konfrontiert, verschiedenste Standpunkte unter einen Hut zu bringen. Während von Seiten des *„Gesetzgebers“* eine Versperrung von Türen und Fenstern abgelehnt wird, fordern die Angehörigen der SeniorInnen eine Schließung derselben. Die Leitungsebene sieht sich vor die Aufgabe gestellt, den BewohnerInnen ein autonomes Leben zu gewährleisten und gleichzeitig den Sicherheitsaspekt nicht außer Acht zu lassen. Es wird betont, dass sich die Leitungsebene eingehend mit dieser Thematik beschäftigt und bemüht ist, eine allseits akzeptable Lösung zu finden. Die Gewährleistung von adäquatem Schutz stellt einen wesentlichen Aspekt für die Gesundheit und Lebensqualität der SeniorInnen dar.

Das **Altersbild**, das heißt die Einstellung der Gesellschaft dem Alter bzw. älteren Menschen gegenüber, sowie das Bild, das alte Menschen von sich selbst haben, kann, wie auch im *„Active Ageing“* Programm für aktives Altern dargestellt, Auswirkungen auf die Gesundheit der SeniorInnen haben.

In den Gesprächen mit den BewohnervertreterInnen beschreibt eine InterviewpartnerIn Alter als eine natürliche Entwicklung die zum Leben dazu gehört wie die Jugend. Will man leben, so muss man das Alter annehmen, wobei dies leichter ist, wenn man bei guter geistiger und körperlich Verfassung ist. Aus Sicht der Befragten nimmt die geistige Gesundheit gegenüber der körperlichen eine bedeutendere Rolle ein, weil es im Alter aus Sicht der GesprächspartnerIn wichtig ist, *„noch am Leben teilhaben zu können“*.

Was die Gesundheit im Alter betrifft, so ergibt die Analyse zwei unterschiedliche Standpunkte der befragten BewohnerbeirätInnen.

Ein Teil vertritt die Ansicht, dass Gesundheit beeinflussbar ist. Um diese zu erhalten bzw. zu fördern bedarf es der Eigeninitiative der SeniorInnen. Von Seiten des Pensionistenwohnhauses bekommen die BewohnerInnen, sollten diese einmal

erkranken, zwar Hilfe und Unterstützung durch das Personal, aber auch hier ist die Eigeninitiative der BewohnerInnen gefragt.

In diesem Rahmen kommt der Ansatz des Empowerments, der einen wichtigen Punkt im Rahmen des „Active - Ageings“ darstellt, zum Tragen. Durch Stärkung des Vertrauens in die eigenen Fähigkeiten soll eine Verbesserung der eigenen gesundheitlichen Verfassung erreicht werden.

Auch der Ansatz der Salutogenese, bei dem nicht so sehr die Heilung von Krankheiten im Vordergrund steht, sondern die Erhaltung und Stärkung der Gesundheit älterer Menschen, spiegelt sich hier wieder.

Dieser Ansicht steht die gegenteilige Meinung eines Bewohnervertreeters gegenüber, der sagt, dass Gesundheit und Krankheit schicksalhaft und deshalb nicht beeinflussbar sind. Eine aktive Gesundheitsförderung wird durch eine solche Einstellung erschwert.

Kritisch steht eine befragte Bewohnerbeirätin der demographischen Alterung der österreichischen Gesellschaft gegenüber. So gibt es ihrer Meinung nach „überall nur alte Menschen“ und diese gesellschaftliche Entwicklung wird von ihr als „furchtbar“ empfunden.

Problematisch wird von den BewohnervertreterInnen auch der späte Einzug vieler SeniorInnen gesehen, die erst in hohem Alter in die Häuser einziehen. SeniorInnen haben nach Ansicht der Befragten, wenn sie älter sind, eher Schwierigkeiten sich in den Häusern einzuleben und nur wenige von ihnen nehmen dann die Angebote des Pensionistenwohnhauses an. Dies führen die GesprächspartnerInnen auf die eingeschränkten körperlichen Fähigkeiten im fortgeschrittenen Alter zurück.

Nach Ansicht einer Interviewpartnerin der Leitungsebene ist es nicht zulässig den Begriff des „Alters“ verallgemeinernd zu verwenden, da es sich bei den BewohnerInnen nicht um eine Altersgruppe handelt, sondern um unterschiedliche Generationen.

Mit Alter verbindet die Befragte überwiegend negative Assoziationen wie „Schmerzen“, „schlechte Laune“ etc. Jenes Altersbild, das über die Medien vermittelt wird, dass SeniorInnen überwiegend „aktiv“, „glücklich“ und finanziell abgesichert sind, kann sie nicht teilen.

Dass Alter zwangsläufig mit Krankheit einhergeht, dem widerspricht eine andere GesprächspartnerIn der Leitungsebene. So gibt es ihrer Meinung nach in den Häusern BewohnerInnen, die auch in hohem Alter über gute körperliche, geistige und soziale Gesundheit verfügen. In einem anderen Interview ist davon die Rede, dass gesundes Altern besonders dann möglich ist, wenn SeniorInnen lernen, ihr Alter anzunehmen, das heißt, damit einhergehende Einschränkungen zu akzeptieren und zu lernen, mit ihnen umzugehen.

Aus einem Interview mit einer VertreterIn der Leitungsebene wird ersichtlich, dass es problematisch ist, alte Menschen im Kontext der Leistungsgesellschaft darauf zu reduzieren, dass sie, wenn sie aus dem Arbeitsleben austreten, nur mehr Kosten erzeugen und keinen Beitrag mehr zur Gesellschaft leisten. Das „Active- Ageing“ Programm fordert, dass ältere Menschen nicht passiv gesehen werden, sondern als aktive Personen, die sowohl EmpfängerInnen als auch GeberInnen im Rahmen unseres gesellschaftlichen Lebens sind. So sieht es die Befragte als ihre Aufgabe, BewohnerInnen vor Augen zu führen, dass sie in ihrem Leben viel geleistet haben und noch immer mitten im Leben stehen und ihnen dementsprechend Respekt und Wertschätzung entgegenzubringen ist.

Eine andere GesprächspartnerIn der Leitungsebene spricht das Problem des Abbaus geistiger Fähigkeiten im Alter an. Die BewohnerInnen werden von ihr zwar wie gleichwertige PartnerInnen behandelt, obwohl sie das nach ihren Angaben zum Teil nicht mehr sind bzw. nicht mehr sein wollen.

Gegen fortschreitende geistige Einschränkungen im Alter werden den BewohnerInnen von Seiten des KWP im Sinne des „Active- Agings“ gezielt Trainingsmöglichkeiten angeboten.

Kritik wird bei den Interviews mit der Leitungsebene auch in Bezug auf die Definition von Gesundheit im Sinne des biomedizinischen Modells laut, das sich ausschließlich an Messwerten orientiert, die aus Sicht der Befragten nicht geeignet sind, auf SeniorInnen angewendet zu werden. Das biomedizinische Modell bestimmt, im Gegensatz zum salutogenetischen Ansatz, Gesundheit weitgehend physiologisch, als Abwesenheit von Krankheit. Der Mensch wird auf seine Körperlichkeit reduziert und von seiner psychischen Befindlichkeit abgekoppelt. Diese Sichtweise deckt sich nicht mit den Ansichten der Interviewten und widerspricht auch dem Ansatz des

„Active- Ageing“ Programms zur Gesundheitsförderung , in dem die Gleichwertigkeit von körperlicher, psychischer wie auch sozialer Gesundheit, sowie deren gegenseitige Beeinflussung, betont wird.

Literatur

- Altgeld, Thomas; Laser, Ina; Walter, Ulla, 1997: Wie kann die Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse. Weinheim: Juventa Verlag.
- Backes, Gertrud, 2000: Soziologie und Alter(n). Neue Konzepte für Forschung und Theorieentwicklung. Band 2, Opladen: Leske+ Budrich.
- Backes, Gertrud; Clemens, Wolfgang, 1998: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Weinheim: Juventa Verlag.
- Bahrtdt, Hans Paul, 1997: Schlüsselbegriffe der Soziologie. Eine Einführung mit Lehrbeispielen. 7. Auflage. München: C.H. Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Bartels, Andreas; Jenrich, Holger, 2004: Alt werden in Europa. Entwicklung in der europäischen Altenhilfe. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Bea, Franz; Göbel, Elisabeth, 1999: Organisation. Stuttgart: Lucius& Lucius Verlagsgesellschaft.
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Reginde und Willmann, Hildegard, 2001: Was erhält den Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese- Diskussionsstand und Stellenwert. Band 6. BZGA: Köln.
- Bentner, Ariane; Beck, Christian, 1997: Organisationskultur erforschen und verändern. Ein Methodenrepertoire zur qualitativen Analyse und praktischen Beratung. New York: Campus Verlag.
- Bieskorn- Zinke, Marianne, 2004: Gesundheitsförderung in der Pflege. Ein Lehr- und Lernbuch zur Gesundheit. 2. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael, 2003: Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Opladen: Leske+ Budrich.
- Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang, 2005: Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bond, John, 1993: Ageing in society. 2. Ausgabe. London: Sage- Publ.
- Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich, 1998: Bundes- Seniorengesetz. BGBl. I Nr.84/1998, § 2.
- Dietscher, Christina; Nowak, Peter; Stidl, Thomas, 2004: Factsheet: Gesundheitsförderndes Führen in Spitälern und Pflegeeinrichtungen.
- Döhner, Hanneli (Hrsg.), 1993: Sozial- und Gesundheitsplanung für ältere Menschen in Europa. Vorsorge Bürgerbeteiligung. Hamburg: Lit Verlag.

- Dür, Wolfgang; Pekikan, Jürgen, 1998: Qualität in der Gesundheitsförderung. Band 5. Wien: Facultas- Universitätsverlag.
- Esser, Hartmund, 2000: Soziologie. Spezielle Grundlagen. Band 5: Institutionen. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- European Observatory on Health Care Systems, 2001: Health Care Systems in Transition. Copenhagen.
- Faltenmaier, Toni, 1994: Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Flick, Uwe, 2002: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe; Kardorff, Ernst; Steinke, Ines, 2004: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 3. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Franzkowiak, Peter, 1996: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 1. Auflage. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo.
- Franzkowiak, Peter; Kaba- Schönstein, Lotte; Lehmann, Manfred; Sabo, Peter, 2003: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. Ausgabe. Schwabenheim a.d. Selz: Fachverlag Peter Sabo.
- Fred, Karl, 2003: Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie. Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema. Weinheim: Juventa Verlag.
- Friederici, Ingolf, 2000: Die strategischen Instrumente eines Managementsystems. Renningen: Expert Verlag.
- Forschauer, Ulrike; Lueger, Manfred, 1992: Das qualitative Interview: zur Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV- Universitätsverlag.
- Forschauer, Ulrike; Lueger, Manfred, 2003: Das qualitative Interview. Wien: WUV- Universitätsverlag.
- Gesundheitsförderung Schweiz, 2005:
<http://www.promotionsante.ch/de/hp/notion/default.asp>, (Stand:12.01.2007).
- Giddens, Anthony, 1999: Soziologie. 2.Auflage. Wien: Nausner & Nausner.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit, 2004: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Göckenjan, Gerd, 2000: Das Alter würdigen. Altersbilder und Bedeutungswandel des Alters. 1. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Grassl, Erich, 2004: Im Alter zu Hause. Ein Ratgeber für Senioren, ihre Angehörigen und Pflegekräfte. München: Herbing Verlagsbuchhandlung GmbH.
- Grossmann, Ralph, 1996: Gesundheitsförderung und Public Health. Öffentliche Gesundheit durch Organisation entwickeln. Wien: Facultas- Universitätsverlag.
- Helfferich, Cornelia, 2005: Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hungenberg, Harald, 2001: Strategisches Management in Unternehmen. Ziele- Prozesse- Verfahren. 2. Auflage. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag.
- Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen, 2004: Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.
- Hurrelmann, Klaus; Laaser, Ulrich, 1993: Gesundheitswissenschaften. Ein Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim: Beltz Verlag.
- Hurrelmann, Klaus; Laaser Ulrich, 2006: Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. Auflage. Juventa Verlag: Weinheim.
- IHS, 2006: Neuberechnung der Gesundheitsausgaben lässt Österreich im richtigen Licht erscheinen, <http://www.ihs.ac.at/publications/lib/gesundheitsausgaben%20sha.pdf> (Stand: 27.11.2006).
- Jung, Birgit 2004: Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinn moderner Gesundheitswissenschaften unter besonderer Berücksichtigung von Klein- und Mittelunternehmen. Wien.
- Kirch, Wilhelm; Badura, Bernhard, 2006: Prävention. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Knesebeck, Olaf v.d., 1998: Subjektive Gesundheit im Alter. Soziale, psychische und somatische Einflüsse. Münster: Lit Verlag.
- Kühl, Stefan; Strodholzer, Petra, 2002: Methoden der Organisationsforschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- KWP, 2000: Pflegeleitsätze. Bücken bauen.
- KWP, 2004: Häuser zum Leben. Vergnügt und geborgen wohnen. Wien.
- KWP, 2005: Rechenschaftsbereich über die Tätigkeit des Fonds. Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser im Jahr 2005.
- KWP, 2006 a: Willkommen im KWP.

- KWP, 2006 b: Hausordnung des Kuratoriums Wiener- Pensionistenwohnhäuser. Wien.
- KWP, o.A. a: Leitbilder. Wir sind am Weg. Wien.
- KWP, o.A. b: Richtlinien für die Aufnahme in ein Pensionistenwohnhaus.
- KWP, o.A. c: Häuser zum Leben. <http://www.kwp.at/index.asp> (Stand: 10.03.2007).
- Lamnek, Siegfried, 1995: Qualitative Sozialforschung. Methoden und Techniken. Band 2, 3. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlagsunion.
- Lenz, Karl; Rudolph, Martin; Sickendiek, Ursel, 1999: Die alternde Gesellschaft. Problemfelder gesellschaftlichem Umgang mit Altern und Alter. Juventa Verlag: Weinheim.
- Likar, Rudolf (Hrsg.), 2005: Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Wien: Springer – Verlag.
- Lobnig, Hubert; Pelikan, Jürgen, 1996: Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinden, Betriebe, Schulen und Krankenhaus. Wien: Facultas-Universitätsverlag.
- Lorenz, Rüdiger, 2004: Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Ludwig, Erich; Tutschek, Margot, 2004: Brennpunkt: Pensionistenheim. 1. Wiener Pensionistenheimführer. 59 Heime im Test. Wien: Ewig- Verlag.
- Mayring, Phillip, 1990: Einführung in die qualitative Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union.
- Meier- Baumgartner, Hans- Peter; Dapp, Ulrike; Anders, Jennifer, 2004: Aktive Gesundheitsförderung im Alter. Ein neuartiges Präventionsprogramm für Senioren. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mitterecker, Othmar, 2001: Systemische Organisationsentwicklung. Darstellung der Möglichkeiten und Grenzen der systemischen Organisationsentwicklung anhand einer vergleichenden Analyse von zwei Fallstudien. Wien.
- Moers, Martin; Schiemann Doris; Schnepf Wilfried, 1999: Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern: Hans Huber.
- Müller, Wenzel; Betz, Martin, 2003: Wohnen im Altenheim. So finden Sie ein gut geführtes Haus. Kosten im Überblick: Beihilfen und Zuschüsse. Rechte von Angehörigen und Heimbewohnern. Wien: Verein für Konsumenteninformation.
- Naidoo, Jennie; Wills, Jane, 2003: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. 1. Auflage. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

- Niederfranke, Annette; Naegele, Gerhard; Frahm, Eckart: Funkkolleg Altern2. Lebenslage und Lebenswelten, soziale Sicherung und Altenpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Noack, Horst; Reis- Klingspiogl, Karin, 1999: Altern als Herausforderung. Gesundheit macht alt. Graz: Leykam.
- Oberender, Peter, 1996: Alter und Gesundheit. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- Ortmann, Günther; Sydow, Jörg; Türk, Klaus, 2000: Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. 2.Auflage. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.
- Oswald, Wolf; Lehr, Ursula, 1991: Altern. Veränderungen und Bewältigung. Bern: Verlag Hans Huber.
- Pelikan, Jürgen; Wolff, Stefan, 1999: Das gesundheitsfördernde Krankenhaus. Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation. Weinheim: Juventa Verlag.
- Pepels, Werner, 2000: Unternehmensführung. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.
- Pluch, Gabi, 2004: Das dritte Lebensalter. Verschiedene Perspektiven und Möglichkeiten für einen sinnerfüllten Lebensabschnitt. Klagenfurt.
- Preisendörfer, Peter, 2005: Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen. 1.Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Reimann, Helga; Reimann, Horst, 1983: Das Alter. Einführung in die Gerontologie. 2. Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Reimann, Helga; Reimann, Horst, 1994: Das Alter. Einführung in die Gerontologie. 3. Auflage. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Rehberg, Walter, 1992: Das interpretative Paradigma in der empirischen Organisationsforschung. Über die Möglichkeiten qualitativer Organisationsanalyse. Wien.
- Richter, Rudolf, 2001: Soziologische Paradigmen. Eine Einführung in klassische und moderne Konzepte. Wien: WUV- Univ.-Verlag
- Rosenmayr, Leopold, 1993: Streit der Generationen? Lebensphasen und Altersbilder im Umbruch. Wien: Picus- Verlag.
- Schmocker, Heidi; 2000: Gesundheitsförderung im Alter durch präventive Hausbesuche. Ein neues Betreuungsmodell aus pflegerischer, geriatrischer und ökonomischer Sicht. Muri: Zentralsekretariat SGGP.
- Schröttenhamer, Gerlinde, 2005: Organisationsentwicklung als Strategie der WHO in der Gesundheitsförderung: Am Beispiel psychosozialer Gesundheitsförderung in „sozialen Settings“. Wien.

- Schwanke, Roswitha, 2003: Was ist wichtig an Unternehmenskultur?- Eine Analyse wichtiger Kulturmerkmale anhand einer empirischen Untersuchung. Wien.
- Schwartz, Friedrich; Badura, Bernhard; Busse, Reinhard u.a. (Hrsg.), 2003: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag.
- Siegrist, Johannes, 1995: Medizinische Soziologie. 5. Auflagen, München: Urban & Schwarzenberg Verlag.
- Stadt Wien, 2003 a: Lebenserwartung und Mortalität in Wien. Wien.
- Stadt Wien, 2003 b: Lebenserwartung und Mortalität in Wien und Österreich- Internationaler Vergleich. Wien.
- Stadt Wien, 2005 a: Gesundheitsbericht Wien 2004. Wien.
- Stadt Wien, 2005 b: Landesgesetzblatt für Wien. Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz. Wien.
- Stadt Wien, 2007: Altern in Gesundheit.
- Stadt Wien, o.A.: Kooperationsvereinbarung für die „Allianz für Gesundheitsförderung in Wiener Spitälern, Pflegeeinrichtungen und Seniorenwohneinrichtungen“.
- Statistik Austria, 2007: Statistische Nachrichten 2006.
http://www.stat.at/fachbereich_15/heft10.shtml#1 (Stand: 27.01.2007).
- Steinbach, Herlinde, 2007: Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Auflage. Wien: Facultas Verlag.
- Stierle, Mirijam; Stierle, Gunnar; Roth, Brigitte, 2005: Deutscher Präventionspreis 2005. Gesund in der zweiten Lebenshälfte (50plus). http://www.deutscher-praeventionspreis.de/downloads/medieninformationen/praeventionspreis_2005/Broschuere_2005.pdf (Stand: 06.10.2006).
- Thommen, Jean- Paul; Achleitner, Ann- Kristin, 2003: Allgemeine Betriebswirtschaftslehre. Umfassende Einführung aus managementorientierter Sicht. 4. Auflage. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag.
- Traxler, Nina, 2005: Empowerment oder Entlastung. Der Aufnahmeprozess in Wiener Alten- und Pflegeheime und die Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung für HeimbewohnerInnen. Wien.
- Uhe, Gerd, 2002: Strategisches Marketing. Vom Ziel zur Strategie. Berlin: Cornelsen Verlag.
- Waller, Heiko, 1996: Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.
- Waller, Heiko, 1997: Sozialmedizin. Grundlagen und Praxis. 4. Auflage. Stuttgart: Verlag Kohlhammer.

- Walter, Ulla; Flick, Uwe; Neuberger, Anke; Fischer, Claudia; Schwartz, Friedrich-Wilhelm, 2006: Alt und Gesund. Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Band 11, 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Walther, Müller- Jentsch, 2003: Organisationssoziologie. Eine Einführung. Frankfurt am Main: Campus Verlag GmbH.
- Weber, Georg, 1997: Altersbilder in der professionellen Altenpflege. Eine empirische Studie. Opladensen: Leske + Budrich.
- WHO, 1986: Ottawa Charta for Health Promotion. Genf: WHO.
- WHO, 1997: Die Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert. Indonesien.
- WHO, 1998: Glossar Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- WHO, 2002: Active Ageing- A Policy Framework. A contribution of the World Health Organisation to the Second United Nations World Assembly on Ageing. Madrid.
- WHO, 2005: Gesundes Altern. Aufsuchende Aktivierung älterer Menschen. Kopenhagen.
- Wirsing, Kurt, 1993: Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch. 4. Auflage. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Zentrum für Gerontologie, 2006: Empowerment im Alter.
<http://www.zfg.uzh.ch/veranstalt/geronttag/alt/empowerment.html> (Stand: 18.06.2007)
- o.A., 2006: Ottawa-Charta. Die Grundlage für Gesundheitsförderung. Gesundes Österreich. Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention 3: 12-13.
- o.A.: Fonds Gesundes Österreich. Arbeitsprogramm 2007.

Anhang A: Leitfäden- systematisierende Experteninterviews

Interviewvorbereitung:

- **Ablauf** (geht um Ihre Sichtweisen und Erfahrungen;)
- **Tonband aufgenommen-Interview anonym**
- Auch im Nachhinein können noch Interviewsequenzen **gestrichen** werden
- **Nachfragen zum Interview?**

DirektorIn

- Als DirektorIn eines Pensionistenwohnhauses sind Sie wahrscheinlich häufig mit dem Begriff „**Alter**“ konfrontiert. Was bedeutet dieser Begriff für Sie bzw. was assoziieren sie mit dem Wort „Alter“?
- Was bedeutet für Sie **Gesundheit im Alter**?
- Welche Aufgaben bzw. **Zielsetzungen** verfolgt das KWP allgemein gesehen?
 - Inwiefern wird die soziale, physische und psychische **Gesundheit** der BewohnerInnen bei den Zielsetzungen berücksichtigt?
- Welche **Maßnahmen** werden vom KWP gesetzt, um diese Ziele zu erreichen?
- Was **unterscheidet** das Kuratorium Wiener Pensionisten- Wohnhäuser Ihrer Meinung nach von anderen institutionalisierten Wohnformen im Alter?
- Inwiefern wird im Pensionistenwohnhaus auf die **Bedürfnisse** bzw. Fähigkeiten und **Fertigkeiten** der BewohnerInnen eingegangen?
- Inwiefern wird seitens des KWP den BewohnerInnen ein **selbstständiges** Leben ermöglicht?
- Inwiefern wird im und außerhalb des Hauses die **Mobilität** der BewohnerInnen unterstützt?
- Auf welche Weise wird die **Privatsphäre** der SeniorInnen im Pensionistenwohnhaus berücksichtigt?

- Worin sehen sie mögliche **Verbesserungspotenziale** im Bereich der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit der SeniorInnen im Pensionistenwohnhaus?
- Gibt es zum **Abschluss** ihrerseits noch wichtige Aspekte des Themas, die sie noch ansprechen möchten, die ihrem Gefühl nach im Interview noch zu wenig berücksichtigt wurden?

BewohnervertreterInnen

- Wie würden Sie Ihre **Tätigkeit** als BewohnervertreterIn beschreiben?
- Können Sie mir etwas über den **Lebensalltag** im Pensionisten- Wohnhaus erzählen?
- Was veranlasst SeniorInnen Ihrer Erfahrung nach sich gerade für ein **Leben** im KWP zu entscheiden?
- Was bedeutet für sie der Begriff „**Alter**“ bzw. was verbinden sie mit diesem Wort?
- Was bedeutet für Sie **Gesundheit** im **Alter**?
- Welche **Erfahrungen** haben Sie diesbezüglich mit den BewohnerInnen?
- Mit welchen **Schwierigkeiten** bzw. Herausforderungen sehen sich BewohnerInnen im KWP konfrontiert?
- Wie reagiert das Pensionistenwohnhaus darauf?
- Welche **Anliegen** und **Wünsche** haben Ihrer Erfahrung nach die BewohnerInnen des Pensionistenwohnhauses?
- Inwiefern wird im Pensionistenwohnhaus auf die **Bedürfnisse** und Anliegen der BewohnerInnen eingegangen?
- Gibt es im Haus **Hindernisse** oder **Barrieren**, die die BewohnerInnen in ihrer Bewegungsfreiheit oder Selbstständigkeit einschränken?
- Inwiefern wird die **körperliche Aktivität** bzw. die Mobilität der BewohnerInnen gefördert bzw. unterstützt?

- Inwiefern wird die **Privatsphäre** der SeniorInnen gewahrt?
- Worin sehen sie mögliche **Verbesserungspotenziale** im Bereich der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit der SeniorInnen im Pensionistenwohnhaus?
- Gibt es zum **Abschluss** Ihrerseits noch wichtige Aspekte des Themas, die sie noch ansprechen möchten, die ihrem Gefühl nach im Interview noch zu wenig berücksichtigt wurden?

MitarbeiterInnen- A (SozialarbeiterIn)

- Wie würden Sie ihren **beruflichen Alltag** im Pensionistenwohnhaus beschreiben?
- Auf Grund Ihrer beruflichen Tätigkeit im Pensionistenwohnhaus sind Sie wahrscheinlich häufig mit dem Begriff „**Alter**“ konfrontiert. Was bedeutet für Sie dieser Begriff bzw. was assoziieren sie mit dem Wort „Alter“?
- Was bedeutet für Sie **Gesundheit im Alter**?
- Inwiefern wird in ihrem Tätigkeitsbereich die **Gesundheit** der BewohnerInnen im KWP unterstützt bzw. **gefördert**?
- Mit welchen **Schwierigkeiten** bzw. Herausforderungen sehen sich SeniorInnen im Pensionistenwohnhaus Ihrer Erfahrung nach **konfrontiert**?
- Welche **Maßnahmen** werden diesbezüglich gesetzt?
- Inwiefern wird in Ihrem Tätigkeitsbereich im Haus auf die **Bedürfnisse** bzw. Fähigkeiten und Fertigkeiten der BewohnerInnen **eingegangen**?
- Inwiefern wird seitens des KWP den BewohnerInnen ein **selbstständiges, selbst bestimmtes** Leben ermöglicht?
- Inwiefern wird die **Privatsphäre** der SeniorInnen gewahrt?
- Worin sehen sie mögliche **Verbesserungspotenziale** im Bereich der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit der SeniorInnen im Pensionistenwohnhaus?

- Gibt es zum **Abschluss** Ihrerseits noch wichtige Aspekte des Themas, die sie noch ansprechen möchten, die ihrem Gefühl nach im Interview noch zu wenig berücksichtigt wurden?

MitarbeiterInnen- B (ÄrztIn)

- Wie würden Sie ihren beruflichen Alltag im Pensionistenwohnhaus beschreiben?
- Auf Grund Ihrer beruflichen Tätigkeit im Pensionistenwohnhaus sind Sie wahrscheinlich häufig mit dem Begriff „**Alter**“ konfrontiert. Was bedeutet für Sie dieser Begriff bzw. was assoziieren sie mit dem Wort „Alter“?
- Was bedeutet für Sie **Gesundheit** im **Alter**?
- Inwiefern wird in ihrem Tätigkeitsbereich die **Gesundheit** der BewohnerInnen im KWP **unterstützt** bzw. gefördert? Können Sie mir diesbezüglich vielleicht Beispiele oder Maßnahmen nennen?
- Inwiefern wird die **körperliche Aktivität** bzw. die Mobilität der BewohnerInnen gefördert bzw. unterstützt?
- Inwiefern wird Ihrer Meinung nach den BewohnerInnen ein **selbstständiges** und selbst bestimmtes Leben im Pensionistenwohnhaus ermöglicht?
- Inwiefern wird die **Privatsphäre** der SeniorInnen im Haus gewahrt?
- Worin sehen sie mögliche **Verbesserungspotenziale** im Bereich der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit der SeniorInnen im Pensionistenwohnhaus?
- Gibt es zum **Abschluss** Ihrerseits noch wichtige Aspekte des Themas, die sie noch ansprechen möchten, die ihrem Gefühl nach im Interview noch zu wenig berücksichtigt wurden?

Anhang B: Lebenslauf

Name: Manuela Widhalm

Geburtsdatum und -ort: Wien, 05.04.1984

Ausbildung:

1990-1994	Besuch der Volksschule Friesgasse
1995-1998	Besuch des Gymnasiums Diefenbachgasse
1999-2003	Besuch der Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik Kenyongasse
2003	Ausbildung Hara Shiatsu
seit 2003	Studium der Soziologie an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeiten:

2002	Euromarketing AG (Ferialjob)
2003	Isma KEG Marktforschung (geringfügige Beschäftigung)
seit 2003	Fessel- GfK Markt- und Meinungsforschung (geringfügige Beschäftigung)
2006	Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Graz (Praktikum)