



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Mögliche Auswirkung von Beschäftigungstherapie auf
die BewohnerInnen geriatrischer Einrichtungen“

Verfasserin

> Emily Drechsler, bakk.phil. <

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Dr. MMag. Ferdinand Holub

Danksagung

Zu Beginn möchte ich all jenen Menschen danken, die zum Erfolg dieser Arbeit beitragen und mich in meiner Studienzeit begleitet und unterstützt haben.

Ich möchte mich daher bei meinen Eltern, Geschwistern, Großeltern und FreundInnen bedanken, dass sie mich mit Motivation und Rückhalt immer wieder zu Neuem inspirieren.

Schließlich gilt mein Dank ganz besonders Fr. Müller und Hrn. Dr. Holzkorn, des Pensionistenwohnhaus Alszeile (KWP) und Fr. DGKS Lindenthal, vom Niederösterreichischen Landespflegeheim Jakobusheim, für ihre Unterstützung im Datenerhebungsprozess.

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit versucht mithilfe einer Erhebung der individuellen Perspektive von zwölf BewohnerInnen geriatrischer Einrichtungen die „möglichen Wirkungen der Beschäftigungstherapie auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen in geriatrischen Einrichtungen“ und den Umgang mit bzw. die Auswirkungen des Aktivitätenangebots zu beleuchten. Hierzu wurden empirische Daten anhand zwei unterschiedlicher PensionsistInnenwohnhäuser erhoben.

Die Auswertung erfolgte mittels Grounded Theory und konzentriert sich dabei auf wesentliche Kategorien, die in Zusammenhang mit Beschäftigungstherapie genannt werden.

Später wurden die erhobenen Daten mit einigen bestehenden wissenschaftlichen Studien verglichen.

Es konnte festgestellt werden, dass Beschäftigungstherapien dann zu Wohlbefinden führen, wenn sie die eigenen Ressourcen fördern, positive Erfahrungen mit sich bringen, den bevorzugten Kontakt innerhalb der Gemeinschaft unterstützen (d.h. mit jenen, mit denen man gerne in Verbindung steht) und sich in die

Summary

The present thesis tries to light up with the “possible effects of the occupational therapy on the well-being of the inhabitants in geriatric facilities” with help of a survey of the individual perspectives of twelve inhabitants of geriatric facilities. Furthermore the contact with and the effects of the activity-therapy are analysed. For this, empirical data of two different geriatric facilities was collected.

The analysis of the data was done by means of Grounded Theory and concentrates on essential categories which were mentioned by the respondents in association with occupational therapy.

Additionally, the raised data were compared to various existing scientific studies.

It can be perceived that occupational therapies lead to well-being in case they promote own resources and positive experiences, if they support the preferential contact within the community (i.e. with those where connection/interaction is preferred) and can be integrated into the individual day planning.

individuelle Tagesplanung eingliedern lassen. Beschäftigungsangebote werden gemieden, wenn der Kontakt mit der TeilnehmerInnengruppe negative Gefühle hervorruft (z.B. Platzangst, Angst vor Überforderung, Beeinträchtigungen u.Ä.), zu wenig Informationen im Vorfeld angeboten und somit Mitwirkungsmöglichkeiten nicht mehr wahrgenommen werden oder wenn negative Erfahrungen mit den Therapien überwiegen. Die vorliegende Arbeit betont den Stellenwert der Wahrnehmung nutzenbringender Effekte als Ursache für die weitere Teilnahme.

Ebenso wird das Beschäftigungsprogramm (gestaltet durch Pflege, DGKS/P, Heimleitung, etc), zwar individuell in die Tagesplanung eingegliedert, allerdings bleibt es fremdstrukturiert. Hier kann es zu Informationslücken kommen und TeilnehmerInnen fühlen sich, in Abhängigkeit zu den gestaltenden Personen.

Activity-offers are avoided if the contact with the participating group causes negative feelings (e.g. claustrophobia, fear of excessive demand, interferences and so on), if there is not enough previous information offered and therefore the possibility of participation can not be experienced or if negative experiences with the therapies predominate. The present work stresses the importance of the perceived beneficial effects as the cause for a continuous attendance at activity therapies.

It can be noted that the occupational therapies (organised by the Care department, DGKS/P, heads of the management, etc.) are integrated individually in the daily plannings, however, the schedule of the therapy itself remains determined externally. This can lead to information gaps which could produce feelings of dependence for the participants in regard to the organising people.

INHALTSVERZEICHNIS

1. EINLEITUNG	1
1. 1. Ausgangslage.....	2
2. ALTERSTHEORIEN	3
2. 1. Aktivitätstheorie.....	3
2. 2. Kontinuitätstheorie	4
2. 3. Disengagement-Theorie	5
2. 4. Kognitive Theorie des Alterns.....	5
2. 5. SOK-Modell.....	6
2. 6. Wachstumstheorie.....	6
2. 7. „Zwei-Prozess-Modell zur assimilativen und akkomodativen Bewältigung“	7
3. BESCHÄFTIGUNG UND AKTIVITÄT	8
3. 1. Geragogik.....	10
3. 2. Das Konzept „active ageing“	11
3. 3. „Vita activa“	12
4. DEFINITION BESCHÄFTIGUNGSTHERAPIE	14
4. 1. Gruppenübergreifende Betreuungs- und Beschäftigungsangebote in der Geriatrie	14
4. 2. Ziele der Beschäftigungstherapie	15
4. 2. 1. Zielabstimmung in Zusammenhang mit den spezifischen Angeboten	16
4. 2. 2. Mögliche Auswirkungen der Gartentherapie	18
4. 2. 3. Mögliche Auswirkung sportlicher Aktivität	20
4. 2. 4. Musik im Alter.....	20
4. 3. Recherchierte Reaktionen auf Beschäftigungsprogramme.....	21
5. WOHLBEFINDEN	22
5. 1. Begriffsklärung.....	22
5. 2. Die Psychologie des Wohlbefindens	25
5. 3. Wohlbefindensuntersuchungen im Tagesablauf	26

6. PFLEGERELEVANZ DER THEMATIK.....	26
7. QUALITATIVE FORSCHUNG.....	27
7. 1. Erhebungsmethode	27
7. 1. 1. Das problemzentrierte Interview	27
7. 2. Auswertungsmethode	34
7. 2. 1. Grounded Theory.....	34
7. 2. 2. Vorgehensweise	35
7. 3. Stichprobe	35
7. 3. 1. <i>Setting</i>	37
8. AUSWERTUNG	39
8. 1. Axiales Kodieren	40
8. 1. 1. Ausflüge	40
8. 1. 2. Vergangenheit.....	40
8. 1. 3. Hobby	41
8. 1. 4. Familie.....	41
8. 1. 5. Ehe.....	42
8. 1. 6. Schockerlebnisse.....	42
8. 1. 7. Besitz	43
8. 1. 8. Management	43
8. 1. 9. Information.....	45
8. 1. 10. Können	45
8. 1. 11. Leistung.....	46
8. 1. 12. Nutzen/Benefit	48
8. 1. 13. Vielfalt vs. Komplexitätsreduktion	49
8. 1. 14. Aktivitätsangebote.....	49
8. 1. 15. Körperliche Einschränkungen	52
8. 1. 16. Wohlbefinden	54
8. 1. 17. Ressource	56
8. 1. 18. Angst.....	56
8. 1. 20. Struktur	63

8. 1. 21. Aufgaben des täglichen Lebens.....	66
8.2. Zusammenfassung der wesentlichen Konzepte	68
8.3. Selektives Kodieren.....	71
8.3.1. Kernkategorie.....	71
8.4. Beantwortung weiterführender Forschungsfragen.....	76
9. VERGLEICH MIT WISSENSCHAFTLICHER DATENLAGE	79
9.1. Einleitung.....	79
9.2. Studienvorstellung	81
9.3. Verknüpfung bestehender Ergebnisse mit Ergebnissen der Arbeit “Mögliche Auswirkungen der Beschäftigungstherapie auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen geriatrischer Einrichtungen“	86
10. ZUSAMMENFASSUNG	89
11. AUSBLICK.....	91
12. REFLEXION.....	92
13. LITERATURVERZEICHNIS	94
14. ANHANG.....	101

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Bedürfnispyramide nach Maslow	9
Abbildung 2: Aktivitätswochenplan des „Pensionistenwohnhaus Alszeile“	16
Abbildung 3: Dimensionen des Wohlbefindens nach Becck (1994)	23
Abbildung 4: Können und individuelle Möglichkeiten.....	45
Abbildung 5: Einflussfaktoren auf Selbstinitiative	47
Abbildung 6: Verknüpfung der Konzepte zu “körperlichen Wohlbefinden”	52
Abbildung 7: Einfluss von Wohlbefinden auf die Teilnahme.....	55
Abbildung 8: Einflussgrößen auf empfundenes "Wir-Gefühl"	61
Abbildung 9: Rahmen der Gemeinschaft im PensionistInnenwohnhaus	62
Abbildung 10: Konzepte mit Balancebestrebungen.....	65
Abbildung 11: Zusammenfassung der wesentlichen Konzepte	68
Abbildung 12: Verknüpfung der Kategorien zur Kernkategorie	71
Abbildung 13: Dimensionen der Zeitbewältigung.....	75
Abbildung 14: Tabelle der Kategorien die offiziell zu Anpassungen in den Beschäftigungstherapien der Einrichtungen in den Ländern USA, Schweden, Europa und Kanada führten	79
Abbildung 15: Modell des Wohlbefindens nach Weber (2005)	81
Abbildung 16: Beschäftigungsmuster und die jeweilige Auswirkung auf einen Teil des Wohlbefindens	85
Abbildung 17: Einfluss auf das Wohlbefinden bei Beschäftigung.....	87

1. Einleitung

*„Altwerden ist eine herrliche Sache, wenn man nicht verlernt hat, was anfangen heißt.“
(Markus Buber)*

(Weber, et.al., 2005; S. 72)

Ich habe mich für die folgende Diplomarbeit aufgrund meiner ehrenamtlichen Tätigkeit im „Pensionistenwohnhaus Alszeile“ und aufgrund meiner Studienrichtungen entschieden.

Die Grobstruktur meiner Arbeit ist durch zwei wesentliche Bereiche vorgegeben, den theoretischen Teil und den empirischen Teil.

Ich möchte in die Thematik u.a. mit den Alterstheorien einführen und dann schrittweise die Komponente meiner Untersuchung erklären. So habe ich sowohl einen Fokus auf die Beschäftigung als auch auf Wohlbefinden, in der theoretischen Analyse, gelegt.

Die Arbeit basiert auf zwölf Interviews und durch den Auswertungsprozess mittels Grounded Theory findet die Zentrierung auf eine Kernkategorie statt: diese versucht alle erhobenen Kategorien zu erklären. Im letzten Kapitel kommt es zum Vergleich des erhobenen Materials mit wissenschaftlichen Studien, wobei Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausgearbeitet werden.

Ich habe mich in der vorliegenden Arbeit bemüht sowohl die weibliche, als auch die männliche Form anzusprechen und zu diesem Zweck die genderneutrale Schreibweise des großen „I“ gewählt, sollte dies aus Gründen der Satzstellung oder Ähnlichem nicht möglich gewesen sein, so habe ich beide Bezeichnungen erwähnt.

1. 1. Ausgangslage

Veränderungen in der zeitlichen Struktur in der Phase des Heimeintritts bzw. des Ruhestandeintritts wurden beispielsweise von Buchebner-Ferstl (2005; S.31) als eine zentrale Variable in ihrer Studie dargestellt. Hier wurde vor allem die Veränderung der vorgegebenen zeitlichen Struktur, die durch das Arbeitsleben geprägt war und die damit verbundenen Rituale und gewohnten Aktivitäten, hervorgehoben. Ebenso kommt es zu einer anderen Wechselwirkung zwischen Freizeit und Arbeit, der Neudefinition von zwischenmenschlichen Beziehungen, einer geringeren Autonomie im „eigenen Leben“ (da nun Zeit z.B. gemeinsam verbracht werden kann), zu einer Rückbesinnung auf sich selbst und einer „Umgestaltung“ der Zeit. Interessant ist, dass die eben erwähnte Studie auf die Bipolarität von Zeit im Alter verweist, wobei Personen bei ihrer Pensionierung einerseits mit sehr viel „Freizeit“ für sich selbst, für die/den PartnerIn, mit Hobbies, etc. konfrontiert sind und andererseits nur mehr begrenzte Lebenszeit zur Verfügung haben. Und es kommt zum Wegfall der Erwerbstätigkeit, die häufig als Ursprung der Selbstbestätigung einzustufen ist und als Pool für Sozialkontakte verfügbar war (vgl. Buchebner-Ferstl, 2005; S. 31).

Die Veränderung der Zeit und der Wegfall von beruflichen oder hauswirtschaftlichen Aufgaben ist im Pensionistinnen- und Pensionistenwohnhaus ebenfalls bei den Bewohnerinnen und Bewohnern gegeben, deshalb verweisen wissenschaftliche Quellen auf die Einsamkeit im Alter (z.B. Hanisch-Berndt & Göritz, 2005). Nun versucht die Beschäftigungstherapie in geriatrischen Einrichtungen diese Zeit mit „sinnvoller Beschäftigung“ auszufüllen. Das Aufgabengebiet der AltenpflegerInnen ist vor allem auf die Betreuung und die Pflege älterer und hilfsbedürftiger Menschen gerichtet, wobei diese zusätzlich unterstützt, beraten und motiviert werden, um einer sinnvollen Beschäftigung und Gestaltung der Freizeit nachzugehen.

Die Beschäftigungstherapie stellt in ihren unterschiedlichsten Ausprägungen den Anspruch Geschicklichkeit, Selbstvertrauen, Feinmotorik, Erfolgserlebnisse, Persönlichkeit, Beweglichkeit, Reaktionsvermögen, soziale Kontakte und Ähnliches zu fördern und soll eine Unterstützung der persönlich erfahrenen Orientierung, Wahrnehmung, Merkfähigkeit bewirken und zum gemeinsamen sozialen Handeln motivieren (vgl. Evers, 1994; S.27).

Nun stellte sich für mich die Frage inwiefern diese Ziele tatsächlich erreicht werden bzw. welchen Einfluss die Aktivitätssetzung der Beschäftigungstherapie tatsächlich auf das „Wohlbefinden“ der BewohnerInnen geriatrischer Einrichtung besitzt.

2. Alterstheorien

Eingangs halte ich es für sinnvoll die Alterstheorien kurz zu beschreiben, damit eine theoretische Fundierung erfolgen kann. Hierzu muss erwähnt werden, dass nicht bloß eine Theorie des Alterns existiert, sondern ein breites Spektrum, das in seiner Gesamtheit versucht, möglichst viele Aspekte des Alter(n)s zu erfassen. Insgesamt möchte ich sieben Alterstheorien kurz vorstellen und werde dabei das Defizitmodell ausklammern, da dieser Zugang als weitgehend überholt gilt. Das Defizitmodell beruht auf Intelligenzstudien aus dem ersten Weltkrieg, bei denen man zu dem Schluss kam, alle älteren Menschen hätten aufgrund ihres Alters eine geringe Leistungsfähigkeit (wobei der Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und der Leistungsfähigkeit außer Acht gelassen wurde). Diese geringe Leistungsfähigkeit kommt meist aufgrund nicht beeinflussbarer Abbauprozesse zustande.

2. 1. Aktivitätstheorie

Die Aktivitätstheorie wurde durch Havinghurst (1961) geprägt, nach dem ein erfolgreicher Alterungsprozess durch die Leistungs- und Aktivitätserhaltung bis ins hohe Alter mehr oder weniger gesichert sei. Im Zentrum der Theorie steht der Gedanke einer positiven Korrelation zwischen den Variablen „Lebenszufriedenheit“ und „sozialer Betätigung“. Dieser Zusammenhang ist vor allem dadurch gegeben, dass die sozialen Rollen der Personen durch eine Umsetzung bzw. Anwendung der Rolle zu einem Gefühl des „Gebrauchtwerdens“ führen. Dieser Zustand kann sowohl im familiären, wie auch im außerfamiliären Bereich realisiert werden. Ein Verlust der sozialen Rolle oder der individuellen Funktion im System, durch beispielsweise kritische Lebensereignisse im Alter, führt zu Unzufriedenheit und einem „unglücklichen“ Gefühl (vgl. Tabasom, 2003; S.4f.).

Tartler (1961; in: Mayer, 2004; S.15) empfiehlt den negativen Gefühlen durch neue Rollenzuweisung, Förderung von sozialen Kontakten und/oder Aktivierung bzw. neuen Beschäftigungen entgegenzuwirken. Aktivitätsformen können innerhalb dieser Theorie unterschieden werden in informelle (Interaktion mit engem sozialen Umfeld), einsame (z.B.: Hobby) und formale Aktivitäten (z.B.: Beschäftigungen in der Gesellschaft). Die Aktivitätsform, die in dieser Theorie eine zentrale Rolle spielt, ist die informelle.

Kritik wird an dieser Theorie insofern geäußert, da sie nicht die eingeschränkten Netzwerke im Alter beachtet und auf die großteils sinkende Motivation im Alter kaum genügend Rücksicht nimmt. Ebenfalls muss auf die Balance bzw. Abstimmung zwischen Wunschaktivität des Individuums und erreichtem Ziel an Kontakten und Tätigkeiten geachtet werden (vgl. Mayer, 2004; S.15f.).

2. 2. Kontinuitätstheorie

Zufriedenes und erfolgreiches Altern soll hier durch eine Fortführung des bisher gelebten Lebensstils gesichert werden. Die Theorie fokussiert dabei sehr stark auf situative Bedingungen und individuelle Gewohnheiten. Durch diese Kontinuität werden sowohl innere und äußere Lebensstrukturen weitergeführt. Fähigkeiten, Erlebnisse, Neigungen und individuelle Handlungen im Affekt zählen u.a. zu den „inneren Strukturen“, während „äußere Strukturen“ beispielsweise die Interaktion mit nahe stehenden Personen, die Anwendung von Gewohnheiten und die routinierten Handlungen der sozialen und körperlichen Umwelt beinhalten. Diese beiden Kontinuitätsausprägungen müssen von der Person als eigen und individuell wahrgenommen werden. Die Theorie verfolgt den Leitgedanken, dass bisher aktive Personen diese Aktivitäten auch im Alter aufrechterhalten wollen und einen sozialen Rückzug wahrscheinlich als Belastung empfinden würden. Dies gilt dann ebenso für zurückgezogene Personengruppen, die im Sinne der Kontinuitätstheorie, diesen Lebensstil beibehalten sollten. Die eigenen Bedürfnisse prägen und formen in dieser Theorie die Zufriedenheit im Alter(n) (vgl. Atchley, in: Mayer, 2004; S.16f.).

Dazu möchte ich kritisch festhalten, dass diese Theorie einen selbstbestimmenden alten Menschen sieht, dessen Lebensstil und Verhalten ebenso kontinuierlich verläuft wie sein Alterungsprozess.

2. 3. Disengagement-Theorie

Diese Theorie geht von einem freiwilligen Rückzug des „älteren“ Individuums aus der Gesellschaft, aufgrund des Wunsches nach eingeschränkten sozialen Interaktionen aus. Durch diesen Austritt wird persönliche Zufriedenheit erreicht. Die persönliche Auseinandersetzung mit dem Tod und die schrittweise Realisierung des eigenen Abbaus sollen nach dieser Theorie zu einer Abwendung von dem gesellschaftlichen Umfeld führen. Individuelle Strukturen können das erfolgreiche Altern auch hier wesentlich beeinflussen, indem persönliche Vorlieben und Gewohnheiten den Rückzug aus der Gesellschaft entweder unterstützen oder hemmen können. In dieser Theorie wird der Ansatz (vgl. Lehr; in: Mayer, 2004; S.13f.) vertreten, dass es durch kritische Lebensereignisse zu einer Art „Sinuskurve“ kommt, die durch „Disengagement“ gefolgt werden, um mit diesen Situationen umzugehen, nur um dann wieder neue Kontakte aufzubauen, die wieder die Lebenszufriedenheit anheben.

2. 4. Kognitive Theorie des Alterns

Die kognitive Theorie des Alterns wurde um 1970 von Tomae entwickelt und stellt das „alternde Subjekt“ mit seiner Erlebniswelt und seinen Interpretationen ins Zentrum der Betrachtung. Themenschwerpunkte sind hier vor allem das individuelle äußere Erscheinungsbild, soziale Abgeschiedenheit durch Tod, Separation aus der Kernfamilie und die Auseinandersetzung mit dem eigenen Lebensende. Tomae (1971) stellt in seiner Theorie drei wesentliche Thesen auf:

1. Die objektive Betrachtung von Veränderungen sind für die Person nicht so ausschlaggebend, wie die subjektive Auffassung und Verarbeitung mit der erlebten Situation.
2. Das Individuum bewertet situative Veränderungen und wird dabei durch seine Anliegen, seine Erwartungen, seine Motivation und seine Bezugsgruppe beeinflusst. Dabei sind gesammelte Erfahrungen und Werte die Grundlage des Handelns in einer spezifischen Situation.
3. Geistige und motivierende Ressourcen sollten dabei in Balance gehalten werden um das erfolgreiche Altern zu sichern, sodass sich die Erwartungen mit dem tatsächlich Erlebten decken.

(Vgl. Tomae, 1971; S.439-459)

Ist das Gleichgewicht im dritten Postulat nicht gegeben, so kann ein Mechanismus der Regulation die psychodynamische Anpassung - an die Veränderung(en) des Alters - die Folge sein.

Hier ist zu beachten, dass auch die Definition des Gesundheitszustandes über die Person selbst erfolgt und nicht mittels ärztlicher Diagnose. Die kognitive Theorie des Alterns hebt den persönlichen, jedem Mensch eigenen, Alterungsprozess hervor (vgl. Tabasom, 2003; S. 5f.).

2. 5. SOK-Modell

Baltes & Baltes kreierten 1989 das „Modell der selektiven Optimierung mit Kompensation“ (vgl. Tabasom, 2003; S.7), das erfolgreiches Alterns und einen effizienten Umgang mit den Veränderungen der Umwelt darstellt. Dabei verweist das „S“ der Abkürzung „SOK“ auf die Selektion, die aufgrund der Ressourcenreduktion, bedingt durch das Alter, gegeben ist und eine Einschränkung des Tätigkeitsfeldes und des Aktivitätsspektrums mit sich bringt. Aufgrund der psychischen und physischen Ressourcen sollen nun Tätigkeiten ausgewählt werden, bei denen eine Verbesserung bzw. Erhaltung der Aktivität noch möglich scheint. Dies kann beispielsweise die selbstständige Durchführung des Haushalts betreffen. Die Optimierung dieser Tätigkeiten kann nun durch die Erlangung neuen Wissens, durch Training oder den Einsatz von Technologien erfolgen (vgl. Baltes & Baltes, 1989; S.9). Es kann auch zur **Kompensation** kommen, wenn Menschen alltägliche Aufgaben lösen müssen, die über ihren Ressourcen liegen. Kompensation kann im Zusammenhang mit meiner Diplomarbeit demnach durch Beschäftigungstherapien und der dortigen sozialen Interaktion gegeben sein, sodass kritische Lebensereignisse dadurch ausbalanciert werden.

2. 6. Wachstumstheorie

Die Wachstumstheorie baut auf der Motivationspyramide von Maslow auf, welche im Kapitel „Beschäftigung“ vorgestellt wird. Nach Maslow (1943) kommt es zum Streben nach Selbstverwirklichung und Wachstumsmotiven, wenn die Basis (die Grundbedürfnisse) befriedigt sind. Nach dieser Theorie, die auf Ryff & Essex (1991) aufbaut, ist das individuelle Wohlbefinden dann gegeben, wenn die Aussicht auf persönliches Wachstum besteht. Diese Möglichkeit motiviert den Menschen subjektive Ziele zu verfolgen und zu behalten und somit

eine Bestätigung des Lebenssinns zu erhalten. Diese Sinnsuche und –findung beginnt im mittleren Erwachsenenalter und bleibt bis ins hohe Alter von Bedeutung. Durch Bewältigungsstrategien altersbedingter Situationen und Ereignisse kann es zu einer neuerlichen Sinnfindung kommen. Diese Theorie steht in Zusammenhang mit der „kognitiven Theorie des Alterns“ von Tomae, denn auch sie beruht auf der subjektiven Wahrnehmung einer objektiven Realität. Persönliche Ziele, Ängste und Bestrebungen prägen diese subjektive Bedeutungszuschreibung (vgl. Tabasom, 2003; S.8).

2. 7. „Zwei-Prozess-Modell zur assimilativen und akkomodativen Bewältigung“

Theorien der Kontrolle und der Handlungen prägten in den 90iger Jahren die Entwicklung dieses Alters-Adaptationsmodells, wobei Werkzeuge der akkomodativen und assimilativen Bewältigung eingesetzt werden. Brandstätter & Renner (1990) waren ebenso an der Konzeption dieses Modells beteiligt, wie Brandstätter & Greve (1992).

Akkomodative Bewältigungsstile verweisen auf die Uminterpretation von Werten und Zielen und die sinngabende Deutung von Situationen. Ein Beispiel hierfür ist der religiöse Glaube einer Person, indem gegebene Erklärungsmuster unterstützend wirken.

Assimilative Formen der Verarbeitung können durch Kompensation, Selbstverbesserung und Instrumente gegeben sein, die einen leichteren Umgang mit erlebten, plötzlichen Verlusten bieten. Die defizitäre Situation wird im Sinne der eigenen Werte und Ziele in das Leben des Individuums eingegliedert. Mit kritischen Lebenssituationen kann auch in der Form umgegangen werden, dass Vorstellungen und zu Erreichendes an die gegebene Situation angepasst werden. Der akkomodative Prozess kennzeichnet sich demnach durch eine Setzung neuer Prioritäten und eine sinnstiftende Interpretation der Verluste. Bewältigungsressourcen werden durch Akkomodation und Assimilation unter bestimmten Voraussetzungen initiiert und angeeignet. Dabei sollten bei dem subjektiven Gefühl einer aktiv möglichen Veränderung und Kompensation, die assimilativen Prozesse überwiegen. Akkomodative Strategien sind besonders dann anzuwenden, wenn Veränderungsversuche bereits durch erfolglose Strategien gescheitert sind (vgl. Tabasom, 2003; S.9f.).

3. Beschäftigung und Aktivität

Beschäftigung und Aktivität gelten als Basisbedürfnis des Menschen. Dabei ist das Individuum versucht eine Balance zwischen den Extremen Passivität-Aktivität, Lassen-Tun, Entspannung-Anspannung und Muße-Beschäftigung zu finden. Können diese Gegensätze nun im Gleichgewicht gehalten werden, fördert dies das psychische und physische Wohlbefinden. Ist die Balance nicht mehr gegeben, so kann es zu Unwohlsein, beginnendem Gefühl von Leere, Niedergeschlagenheit, Depressionen, Anspannung, Unausgeglichenheit, Missmut und Gefühlen von Zorn kommen. Mötzing (2005) betont allerdings, dass für diese speziellen Verhaltensweisen Motivation nötig ist (vgl. Mötzing 2005, S.2).

Motivation definiert sie als „...*Summe jener Motive, die bestimmten Verhaltensweisen oder Handlungen vorausgehen und sie leitend und fördernd beeinflussen.*“ (Vgl. Mötzing, 2005; S.2)

Die Anregung der Aktivität durch einen Mangelzustand kann zu Initiierung einer Aktivität bzw. zur Handlung direkt führen und bildet somit den Ausgang des Prozesses der Motivation. Im zweiten Schritt wird ein Plan erstellt, welcher die Handlungen koordiniert und somit der Befriedigung des Bedürfnisses bzw. der Bedürfnisse, des Ziels, dient. Letztendlich kommt es zur Erfüllung des Ziels und zu einer Wiedereinstellung der Harmonie von Lust- und Unlustgefühlen. Den Ausgangspunkt der Motivation bildet das Bedürfnis, welches im Wesentlichen in körperliches und psychologisches unterteilt wird. Hier seien beispielsweise mögliche physiologische Mangelzustände durch Schlafdefizit, fehlender Nahrung und Flüssigkeit, etc. und psychologische Defizite durch das Fehlen von ausreichend sozialen Kontakten, Wunsch nach Nähe, etc. genannt.

Treten Zustände des Mangels auf so kommt es zur Motivation, um einen Ausgleich zu schaffen und den Zustand des Ungleichgewichts zu beheben. Den angestrebten Zustand bezeichnet Mötzing (2005) in Folge als „Homöostase“ (vgl. ebd. S.2).

An dieser Stelle halte ich es für sinnvoll, die Maslowsche Bedürfnispyramide anzuführen, die im Wesentlichen zwischen psychischen und psychologischen Verlangen differiert:

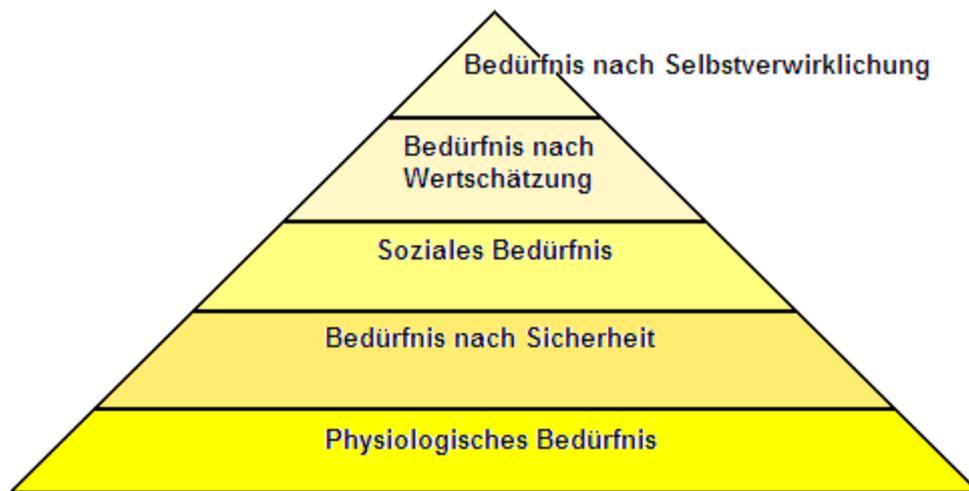


Abbildung 1: Bedürfnispyramide nach Maslow

(modifiziert aus: Mötzing, 2005; S.3)

Die Basis bilden die körperlichen Notwendigkeiten, die von Nahrungsaufnahme bis Schmerzfreiheit reichen. Unter Sicherheitsbedürfnis versteht Maslow, unter anderem, den Wunsch nach Geborgenheit, nach Vorsorge und Unabhängigkeit. Liebe, Vertrauen, Lob, menschliche Nähe, etc. sind Wünsche, die auf der dritten Stufe der Bedürfnispyramide verfolgt werden. Den Wunsch nach Wertschätzung kann durch Anerkennung, Leistung, Selbstvertrauen und ähnlichem nachgekommen werden. Um die Spitze zu erreichen gilt es Selbstentfaltung zu üben und die Bereiche Ästhetik, Religion, Wissenserwerb, etc. auszubauen (vgl. Mötzing 2005; S.3).

Da in dieser Arbeit das Hauptaugenmerk vor allem auf die Beschäftigung im Alter in Verbindung mit dem individuellen Wohlbefinden der TeilnehmerInnen legt, gehe ich davon aus, dass besonders die Bedürfnisse ab der zweiten Stufe der Pyramide von den InterviewpartnerInnen angesprochen werden.

Nach Mötzing (2005, S.10ff.) liegt der Wunsch des Individuums auch im Streben nach Beschäftigung in sinnvoller Ausgestaltung, nach zwischenmenschlicher Interaktion und nach Aktion. Vor allem die soziale Komponente sei hier besonders zu beachten, indem die Zugehörigkeit zur Gruppe und die Anerkennung der Mitmenschen angesprochen werden. Der Grad des sozialen Strebens ist von vielen Faktoren abhängig, wie beispielsweise die

individuelle Sozialisation, Kultur, Lebenserfahrung, etc. Nach Mötzing (2005, S.3f.) ist das Angebot an Beschäftigung und Aktivität im Rahmen der Altenpflege erst besonders wirksam, wenn primär körperliche Bedürfnisse und die Bedürfnisse nach Sicherheit persönlich befriedigend gedeckt wurden.

Die Interaktion mit der Umgebung passiert nach Watzlawick bereits beim Zusammentreffen, da hier bereits Kommunikation vollzogen wird, im Sinne von „*Man kann nicht nicht kommunizieren.*“ (Vgl. Watzlawick, et al. 1990, S.53)

Mötzing (2005) verweist darauf, dass diese ständig laufende Kommunikation auch bewusst eingesetzt werden kann und so im Umfeld der Gruppe durch die Gruppenleiterin bzw. den Gruppenleiter koordiniert werden kann. Im Zuge des Interaktionsprozesses wird vor allem die Anpassungsfähigkeit von Menschen aktiviert; der Grad der Anpassungsfähigkeit und –willigkeit besitzt jedoch einen starken Bezug zur individuellen Lebenserfahrung der TeilnehmerInnen. In den meisten Fällen orientieren TeilnehmerInnen ihr/e Handlungsweisen und das Erfahren an jenen der anderen TeilnehmerInnen, diese Erfahrungen und Aktionen sind situationsabhängig. Im Rahmen der interaktionellen Wechselwirkung werden Verhaltensweisen aufeinander bezogen und voneinander abgeleitet, hierbei kann es durch die Imitation auch zu Erlernen kommen. In den meisten Fällen sind die Handlungen auf die Erlangung von Wertschätzung und Anerkennung ausgerichtet (vgl. Mötzing, 2005.; S.4).

3. 1. Geragogik

Die wissenschaftliche Disziplin der Geragogik verweist auf die Altersforschung und hier speziell auf die Pädagogik im Alter. Diese Sparte ist mit der Soziologie, der Pädagogik und der Bildungspraxis vernetzt. Durch den zunehmenden Anstieg der Anzahl von „alten“ Gesellschaftsmitgliedern gewinnt auch die Geragogik an Bedeutung (vgl. Mötzing, 2005, S.4f.).

In diesem Kapitel möchte ich ebenfalls den Begriff der alternden Person vorstellen und verweise hier auf die Definition von Pincus, der auf die Schwierigkeit mit starren Kategorien hinweist.

„Alte Menschen sind ja nicht alle gleich, wahrscheinlich sind sie das sogar noch weniger als irgendeine andere Altersgruppe: denn ihr langes Leben hat sie zu Individualisten gemacht. Eines unserer augenblicklichen Probleme ist, dass sie Gesellschaft sich weigert das zu verstehen, und alle alten Leute 'gleich' behandelt.“
(Pincus 1992; S.56-57; in: Walter, et.al., 2006; S.39)

Allgemein lässt sich zwischen biologischem (sichtbare Indikatoren, z.B.: Falten), kalendarischem (z.B.: ab 60 Jahren), individuellem (z.B.: man ist so alt, wie man sich fühlt) und medizinischem (z.B.: aufgrund von Erkrankungen, Mobilität, etc.) Alter unterscheiden (vgl. <http://www.fk-reha.uni-dortmund.de>, Stand 13.08.09).

Hier wird sichtbar wie umfassend die Zugänge zum Verständnis des Alter(n)s sind und dass nahezu alle Definitionen einem historischen Wandel unterliegen und geprägt werden von der Gesellschaft, die diese Definition tätigt.

3. 2. Das Konzept „active ageing“

Die aktuellen Entwicklungen in Europa in Bezug auf das Konzept von „active ageing“ wurde in Reday-Mulvey (2005, S.34), durch Alan Walker, in sieben wesentlichen Punkten zusammengefasst:

- Aktivität verweist nicht alleine auf die Handlungen im Rahmen von bezahlter Arbeit oder Produktion, sondern auch auf bedeutungsbesetztes Streben nach dem eigenen Wohlbefinden und nach dem Wohlbefinden der Angehörigen im sozialen Umfeld oder dem Wohle der gesamten Gesellschaft.
- „active ageing“ sollte seinen Bezug auf alle Menschen richten, besonders auf jene die körperlich und/oder sozial benachteiligt sind.
- Das Konzept dient als vorbeugendes Modell, das alle Altersgruppen in den aktiven Alterungsprozess inkludiert und über das gesamte Leben begleitet soll.
- Die Erhaltung integrationaler Solidarität ist eine Kernvariable in nahezu jedem „active ageing“- Ansatz und verweist damit auf die intragenerationale Fairness und die Möglichkeit zur Entwicklung von Aktivitäten, die Generationen vernetzen können.

„Active ageing“ ist damit ein Konzept mit Auswirkung auf jeden Einzelnen (in der Zukunft).

- Der Ansatz sollte somit sowohl Rechte als auch Verpflichtungen verkörpern, wie beispielsweise das Recht auf soziale Sicherheit, lebenslange Ausbildung und Training, etc. Diese Rechte würden dann auch mit Pflichten einhergehen, die auf die Nutzung und Wahrnehmung dieses Angebots verweisen, um so Aktivität auf diese oder zumindest auf andere Art und Weise auszuüben.
- Die europäische Strategie sollte partizipativ und bevollmächtigend angelegt sein, um jenen, die das Angebot genießen adäquate Möglichkeiten zu bieten um ihre eigene Aktivitätsform zu entwickeln.
- „Active Ageing“ muss ebenfalls nationale und kulturelle Diversitäten innerhalb der europäischen Union respektieren, so auch den Grad der Partizipation, den ältere Personen wählen.

(Vgl. Reday-Muley, 2005; S.34)

Der positive Effekt dieser Strategie ist, dass sie einige Vorteile in sich birgt. Da der Alterungsprozess jedes Individuum betrifft, würden durch das Konzept von „active ageing“ das persönliche Potenzial und die Lebensqualität gesteigert werden. Im ökonomischen Sinne ist es möglich dadurch das Alter der Erwerbsarbeit anzuheben. Das Konzept macht es so möglich, den politischen Fokus weg von alten Menschen als separate Gruppe, hin zu allen Mitgliedern der Gesellschaft lenken, die pausenlos dem Prozess des Alterns unterworfen sind (vgl. Reday-Mulvey, 2005; S.34).

3. 3. „Vita activa“

Eine ähnliche Perspektive wird auch durch das Konzept von „vita activa“ der Hochschule Vechta verfolgt, welches u.a. als gerontologische Richtlinie gilt und die Ideologien des Alter(n)s aufzeigt. Diese Idee wurde durch Hannah Arendt (1958) geprägt und verweist auf das tätige Leben. „Vita activa“ verfügt über drei Ausprägungen: Handeln, Herstellen und Arbeiten. Ihrer Ansicht nach führt ein aktives, betrachtendes Leben zu „Ewigkeit“ und „Unsterblichkeit“. Jahonda (1988; S.21ff.) kritisiert, dass das Arbeiten sowohl eine gewisse Notwendigkeit als auch die Eigenständigkeit zu individuellem Handeln beinhalten sollte. Im

Bezug auf das Konzept von „vita activa“ als gerontologischer Leitgedanke möchte ich Moody (2001, in: Backes 2009; S.16) anführen, der vier zentrale Punkte des Alterns hervorhob:

- Das erfolgreiche Altern, welches durch Gesundheit und Lebenszufriedenheit gegeben scheint und die meist multiple Morbidität auf ein Minimum zu beschränken vermag („successful ageing“). Ebenfalls wird diese Dimension durch Prävention und Gesundheitsförderung erreicht.
- Das produktive Altern verweist auf die Aktivitätstheorie und folgt dem Gedanken eine produktive alternde Gesellschaft zu erreichen. Jedoch stellt sich hier die Frage, inwiefern die Verlängerung der Erwerbsarbeitszeit wirklich eine Besserung mit sich bringt oder aber zu einem Zwang nach Leistung wird.
- Das solidarische Altern lenkt auf die politische Ebene und den persönlichen Eintritt für gesellschaftliche Gerechtigkeit und die Partizipation an einer Politik des Alterns.
- Das bewusste Altern baut eine Verbindung mit der Spitze der Maslowschen Pyramide auf und meint die bewusste Entwicklung und individuelle Verwirklichung. Spiritualität, kosmische Werte, die Sinnsuche bzw. Sinnfindung und der Lebensrückblick sind u.a. Begrifflichkeiten, die in dieser Ausprägung beschreibende Funktion besitzen.

Die Konzepte „active ageing“ und „vita activa“ fanden auch in der WHO in folgenden Rahmenbedingungen politischen Handelns Eingang:

*„Unter **aktiv Altern** versteht man den Prozess der Optimierung der Möglichkeiten von Menschen, im zunehmenden Alter ihre Gesundheit zu wahren, am Leben ihrer sozialen Umgebung teilzunehmen und ihre persönliche Sicherheit zu gewährleisten, und derart ihre Lebensqualität zu verbessern.“* (WHO, 2002; S.12; in: Backes, 2009; S.17)

4. Definition Beschäftigungstherapie

Unter Beschäftigungstherapie wird gemeinhin ein Teilgebiet der Ergotherapie verstanden, „...das handwerkliche oder gestalterische Angebote umfasst (z.B.: singen, basteln, malen, kochen)“ (vgl. Pschyrembel, 2007; S.106). Dabei ist das Ziel vor allem ein sich „regenerierendes Selbstbewusstsein“ zu entwickeln über die Förderung von Erfolgserlebnissen und Freude am Tun. Die Ziele umfassen auch die bewusste oder unterbewusste (Wieder-)Eingliederung in die Gemeinschaft, Ablenkung von Beschwerden und die (Wieder-)Aufbau des Selbstwertes (vgl. Wollte, 2005; S.23). Einsatz findet die Beschäftigungstherapie v.a. bei Patientinnen und Patienten im Rahmen der Maßnahmen der Rehabilitation, bei jenen mit psychischer Krankheit bzw. Einschränkungen und Kindern mit verzögerter Entwicklung. Des Weiteren werden sie in der Altenversorgung zur Aufrechterhaltung persönlicher Fähigkeiten und als soziales Programm für Langzeitarbeitslose (hier unter Milieuthherapie bekannt) eingesetzt (vgl. Pschyrembel, 2007; S.106).

4. 1. Gruppenübergreifende Betreuungs- und Beschäftigungsangebote in der Geriatrie

Es wird zwischen gruppenübergreifenden und segregativen Angeboten unterschieden. Gruppenumfassende Angebote beziehen sich auf Aktivitäten mit der Zielgruppe auf alle, z.B. alle BewohnerInnen des Pensionistinnen- und Pensionistenwohnhauses. Somit sind sowohl Demenzkranke und auch Menschen ohne Demenz angesprochen, die Integration von Menschen mit beginnender Demenz funktioniert meist sehr gut. Die Gruppen sind meist etwas schwieriger zu koordinieren, wenn durch die demenzbedingte Leistungsreduktion und Verhaltensänderung Gruppenmitglieder auffallend werden (bei den TeilnehmerInnen und BetreuerInnen sind dann häufig Gefühle von Stress die Folge).

Beschäftigungsangebote mit dem Gruppenfokus auf demente und nicht demente BewohnerInnen sind nach Mötzing (2005) u.a.: Angebote mit musikalischem Schwerpunkt, „Erinnerungshygiene“, Dia- und Filmnachmittage, Feste und Feiern, Plauderrunden mit geselligem Fokus, Gymnastik für Seniorinnen und Senioren, Spielstunden, Kreativitätsaktivitäten, Hausarbeits- und Familienangebote (vgl. Mötzing, 2005; S.86).

Segregative Angebote für demente TeilnehmerInnen sind speziell auf die Bedürfnisse der Antizipierenden abgestimmt und sind beispielsweise Spiele mit Bewegungsfokus, Erinnerungsfokus oder das Lesen der Zeitung (vgl. Mötzing, 2005; S. 82ff.).

4. 2. Ziele der Beschäftigungstherapie

Angebote mit dem Ziel der Betreuung, der Beschäftigung und/oder der Aktivität sind vor allem Inhalte der Sozialtherapie und der Geragogik. Mötzing (2005; S.10-15) zeigt hier folgende Zielsetzung dieser Interventionen auf: der tägliche Ablauf wird durch Anerkennung und Sinnggebung geprägt, die positive kollektive Wahrnehmung soll in ihrer Gesamtheit einen unterstützenden Beitrag zur individuellen Befindlichkeit der zu Betreuenden haben. Den Beschäftigungstherapien sind spezielle Leitziele übergeordnet, die vor allem auf die tägliche und wöchentliche Struktur, das Erleben von Sinn bzw. das sinnvolle Leben, das gemeinschaftliche und soziale Leben, die Förderung der Kommunikation und der Wahrnehmung, das positive Erleben mit Spaß Freude und Wohlbefinden, die Selbstständigkeit und die selbstständige Entscheidung, die Förderung der Motorik und Mobilität und die Steigerung der Kompetenzen im Alltag hinarbeiten.

Zum Vergleich möchte ich auch Likar, et.al. (2005, S.303) anführen, wobei hier das Ziel der Arbeit mit älteren Personen auf die Verbesserung der Lebensqualität fokussiert. Diese soll durch folgende Förderungen erreicht werden: Verhütung zunehmender Pflegebedürftigkeit, Bewahrung der Kompetenzen, Förderung des Selbstbildes, positive Stimuli zur mitwirkenden Gestaltung an Entscheidungen und anfallenden Veränderungen im Umfeld/ in der Umwelt, Unterstützung im Bereich der Prävention und der Nachversorgung in Zusammenhang mit dem Sturzvorgang und der durch Stress hervorgerufenen Erkrankungen, autarkes Denken, Erkennung spezieller Gefährdungsareale und Lehrangebote über körperliche Vorgänge des Alterns (vgl. Erhart, et.al.; in: Likar, et.al. 2005; S.303).

4.2.1. Zielabstimmung in Zusammenhang mit den spezifischen Angeboten

Die Strukturierung der Tage und Wochen durch Angebote unterstützen die BewohnerInnen und fördern die Sicherheit und Orientierung. Sie gibt einen routinemäßigen Plan vor, der als Grundgerüst im Leben der Pflegebedürftigen dient. Fixe Angebote legen ihren Fokus eher auf die Gerontopsychiatrie, wohingegen das wochenstrukturierende Sortiment von fixen bis offenen Aktivitäten für Kleingruppen reichen kann. Hierzu möchte ich die beschäftigungstherapeutische Strukturierung einer Woche des „Pensionistenwohnhauses Alszeile“ vorstellen:

<i>MONTAG</i>	<i>DIENSTAG</i>	<i>MITTWOCH</i>	<i>DONNERSTAG</i>	<i>FREITAG</i>
9:00-10:00 Denksport		8:30-11:30 Werkgruppe	8:30-9:00 Sitzgymnastik	
10:30-11:00 Sitzgymnastik	10:15-11:15 Nordic Walking	8:30-9:00 Sprechstd./Hilfsm.		10:00-11:00 Englisch
10:00-11:00 Musik- Literaturgruppe		10:00-10:30 Stehgymnastik	9:30-10:30 Denksport	9:00-10:00 Wirbelsäulen- gymnastik
		11:00-12:00 Französisch Runde		
13:00-16:00 Werkgruppe	13:00-15:00 Dekoration			
13:00-14:00 Paraffin- Handbad	13:30-14:00 Qi Gong		Damensauna mit Vor Anmeldung	Herrensauna mit Vor Anmeldung

Abbildung 2: Aktivitätswochenplan des „Pensionistenwohnhaus Alszeile“

Die Spitze der Maslowschen Bedürfnispyramide verweist bereits auf das Streben nach Sinnfindung, so ist auch das Erleben eines sinnvollen Daseins ein wesentliches Bedürfnis im Alter. Dieses Empfinden wird individuell durch die Selbstkompetenz, die soziale Kompetenz, die Erfahrungen und Werte, die Normen der Gesellschaft und das Bewusstsein der Stütze durch das persönliche Umfeld und die Umwelt beeinflusst.

Ein sinnvolles und erfülltes Leben finden Individuen unter anderem dadurch, dass sie eine Balance zwischen Selbstbild und gegebenen persönlichen Ressourcen finden. Da ältere Personen oft mit Verlusten physischer oder psychischer Natur, durch den Verlust oder das Ableben von Mitmenschen oder den individuellen Einbußen, konfrontiert sind, ist es wichtiger in dieser Phase empathische Begleitung zu bieten als Aktivitätsmotivation. Die Teilnahme an Gruppentreffen und dem kollektiven Austausch kann allerdings auch helfen individuelle Bewältigungsstrategien zu entwickeln und zu stärken. Es gilt hier ein sinngebendes und sinnvolles Angebot zu bieten, um neue Aktivitäten in das durch Lebenskrisen hervorgerufene Zeitfenster zu implementieren. Vor allem Erfolgserlebnisse fördern das Konzept des Selbst und sollten mindestens einmal pro Teilnahme hervorgerufen werden. Die dritte Ebene der Bedürfnispyramide zeigt bereits soziale Bedürfnisse auf, nun versuchen Beschäftigungstherapien unter der Beachtung der individuellen Biographie, Kultur und Erlebnisse dieses Gemeinschaftsbedürfnis zu befriedigen. Durch die kollektive Teilung des Ziels, in einer bestimmten Zeit und durch die Beziehungen untereinander kommt es zu einer Identität der Gruppe, welche auch als „Wir-Gefühl“ bezeichnet wird. Das Gefühl der Zugehörigkeit und die Selbstidentifikation als wertvolles Mitglied, dienen unter anderem zur Vorbeugung der sozialen Isolation.

Die Förderung der Kommunikation im Alter soll als Vorbeugung gegen die Folgen mangelnder Interaktion gesetzt werden, die von Misstrauen, sozialer Isolation, Reaktionen in der Beziehung zwischen Körper und Seele, leichten bis schweren Depressionen, bis hin zum Suizid reichen können.

Die Förderung der Wahrnehmung der Augen, der Nase, der Ohren, der Zunge und der Haut führt zur Aufrechterhaltung der Reize und zu deren Sensibilisierung (vgl. Mötzing, 2005; S.10-15).

Die Ergotherapie als eine Form der Beschäftigungstherapie beabsichtigt nach Bernitzke (2001, S.76) eine Steigerung des Bewegungsspektrums der TeilnehmerInnen. Diese Veränderung wird durch die Förderung der eingeschränkten Areale erreicht, diese Bereiche können beispielsweise die Motivation, Aufmerksamkeit und die Ausdauer sein. Bernitzke (2001) verweist hier auf die „*verbesserte Handlungskompetenz im lebenspraktischen Bereich*“ (vgl. Bernitzke, 2001 S.76) der Antizipierenden durch die Anwendung der

Ergotherapie und empfiehlt die Ergotherapie als Fortführung und Vertiefung der bewegungstherapeutischen Maßnahmen.

Lowmann (1992, S.1f.) verweist im Zusammenhang mit „Art and Crafts Programs“ auf das menschliche Bedürfnis nach Psycho- und Seelenhygiene und einem Lebensziel bzw. etwas, das das Leben lebenswert macht. In dieser Bestrebung werden physische und mentale Ressourcen eingesetzt, um diesen Sinn zu leben. Dies hat als Nebeneffekt, dass vorhandene Fähigkeiten nicht verlernt oder vergessen werden. Die Vorteile bzw. die positiven Auswirkungen von diesen handwerklichen Programmen werden, nach Lowmann, nach ein paar Monaten sichtbar (vgl. Lowmann, 1992; S.1). Eine wesentliche Förderung erfährt die soziale Ebene durch das gemeinsame Arbeiten und Interagieren. Viele ältere Personen isolieren sich sozial von anderen BewohnerInnen der Einrichtung und von Freunden, Familie, etc. Im Umfeld des Werkprogramms setzen die TeilnehmerInnen jedoch physiologische Kräfte und Intellekt ein, dies wirkt der Isolation meist entgegen. Durch die Nutzung des Hirns, der Arme und Hände wird die Kreativität stimuliert. Lowmanns Erfahrungen weisen auf sehr durchdachte und fixe Vorstellungen der TeilnehmerInnen in Hinblick auf Farbe und Material, bei der Schaffung kreativer Stücke hin. Kunst- und Handwerksprozesse fördern die Individualität des Einzelnen, die manchmal im Rahmen des betreuten Wohnkonzeptes vernachlässigt wird. BastlerInnen bekommen so das Gefühl selbst ihren Lebensraum gestalten zu können und damit auch andere BewohnerInnen und BesucherInnen zu beeindrucken. Personen mögen meist das Gefühl einen Beitrag zur Gesamtheit geleistet zu haben. Diese Programme helfen Langeweile zu reduzieren und geben eine Möglichkeit Ziele zu setzen auf die man hinarbeiten kann. Allerdings wird in diesen Zusammenhang die Stimulation der Gruppe betont, da ganz selbstständiges Arbeiten ohne Unterstützung meist keinen Anklang findet (vgl. Lowmann, 1992; S.2f.).

4. 2. 2. Mögliche Auswirkungen der Gartentherapie

Die Gartentherapie hat Auswirkungen auf den Körper, die Psyche und das soziale Befinden, sie findet in der Psychiatrie schon seit langer Zeit Anwendung. Ich konzentriere mich hier nur auf Folgen, da das Wohlbefinden ein umfassendes Konzept ist, bei dem alle Ebenen mehr oder weniger befriedigt sein sollten. Neurologische Areale und Muskeln werden bereits durch das Abzupfen von Pflanzenblättern stimuliert. Die Pflanzenbetreuung fördert sowohl Grob-

(durch Umgraben, Gießen, etc.) wie Feinmotorik (durch Einsetzen und Säen, etc. von Pflanzen). Der positive Nebeneffekt ist, dass diese Tätigkeit selten als Therapie angesehen wird und nicht bewusst versucht wird Areale zu aktivieren, sondern dies unbewusst bei der Teilnahme passiert. Wenn die Feinmotorik nachlässt, können noch grobmotorische Tätigkeiten ausgeführt werden, sodass nicht Defizite sichtbar werden sondern Tätigkeiten die noch machbar sind und den Selbstwert heben. Wolte (2005, S.40f.) zeigt medizinische Befunde auf, die besagen, dass bereits nach acht Minuten ein hoher Blutdruck um zehn Prozent sinkt. Der Puls und die Herzfrequenz pendeln sich auf physiologische Werte ein und die Bewegung in der Natur wirkt sich u.a. positiv auf Stoffwechsel, Gemüt und Psychosomatik aus. Ebenfalls sinkt durch den Naturbezug, in den meisten Fällen, die Notwendigkeit intensiver medikamentöser Behandlung (v.a. Sedativa). Durch die Steigerung des körperlichen Wohlbefindens steigt auch das gesamte Wohlbefinden.

Die psychischen Auswirkungen zeigen sich u.a. in der Eröffnung eines größeren Lebensumfelds durch den Aufenthalt im Garten. Die Verantwortung über lebendige Organismen gibt Sinn und ein Gefühl von Verantwortung im Leben und dadurch reduzieren sich Sorgen, Ängste und Probleme. GartenbetreuerInnen fühlen sich nun als PflegerInnen und Ärztinnen und Ärzte für die Natur und werden in keinem Zustand von der Natur abgewiesen. In der Psychiatrie geht man davon aus, dass Gartentherapien auch tranceartige Zustände herbeirufen und so zu Entspannung führen (vgl. Zittlau, in: Wolte, 2005; S.42f.). Es kann auch zur subjektiv empfundenen Bedrohung durch den Naturbezug kommen, in diesem Fall sollte man den Wünschen der KlientInnen nachkommen und sie in vertrautes Umfeld führen. Die Dauer und Intensität der Naturbindung sollte jedenfalls in Abstimmung mit dem Individuum erfolgen. Bereits am Beginn der Gartentherapie erfolgt Interaktion mit der Pflege, den anderen MitarbeiterInnen und währenddessen auch mit anderen TeilnehmerInnen und Teilnehmern. Im Rahmen der Therapie können auch Konflikte und angespannte Situationen thematisiert werden. Auch wenn es nicht zu verbaler Interaktion kommt, so passiert zumindest nonverbale Kommunikation, auch durch die Beobachtung der Anderen. Sinne werden angeregt, der Horizont ausgebaut und das Umfeld für Interaktion wird verändert (vgl. Wolte, 2005; S. 40-45).

4. 2. 3. Mögliche Auswirkung sportlicher Aktivität

Fast jede körperliche Betätigung hat einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden. Dabei spielt die Quantität an körperlicher Aktivität keine Rolle, wenn es z.B. um die Reduktion von Gefühlen der Nervosität und der Ruhelosigkeit geht. Es gibt bei der Ausprägung des Grades an Wohlbefinden jedoch eine geschlechtsspezifische Differenz (vgl. Mayer, 2004; S.124-f.). Die nützlichen Auswirkungen von körperlicher Betätigung seien nach Likar, et.al. (2005, S.287) somatisch z.B. im Bereich des Herz-Kreislauf-Systems, beim Immunsystem, beim Atemsystem, beim Muskel- und Skelettsystem im Zusammenhang mit dem Zentralnervensystem und psychisch spürbar. Es können so bestimmte Abbauprozesse verlangsamt und die Leistungsfähigkeit in diesen Bereichen aufrechterhalten werden (vgl. Aigner, 2005; S. 287). Bestimmte sportliche Tätigkeiten sind im Alter kontraindiziert, eine entsprechende individuelle medizinische Abklärung ist dafür notwendig.

4. 2. 4. Musik im Alter

Musiktherapeutische Prävention im Alter zählt zu den ganzheitlichen und nicht medikamentös ausgerichteten Therapieformen. Der Grundgedanke kommt bereits aus der Antike, in der das Konzept der „musica humana“ als Zusammenführung für das Innere des menschlichen Organismus stand. Im 21. Jhdt. greift man diesen Gedanken in der Gerontologie wieder neu auf (vgl. Hesse & Bernatzky, 2005; S. 161).

Hesse & Bernatzky (2005) verweisen darauf, dass eine aktive Teilnahme am Musizieren und das Hören von speziellen Melodien zu einer Harmonisierung von Prozessen von Leib und Seele führen und diese „fördern“ können. Die Komplexität des Musizierens besteht darin, dass aufeinander geachtet werden muss, Selbstkontrolle beherrscht werden sollte, sodass der eigene musikalische Part in Koordination mit den Anderen abgestimmt werden kann. Somit werden die Aufmerksamkeit und die Koordination verschiedenster Tätigkeiten geschult. Körperliche und geistige Fähigkeiten sind hier ebenso erforderlich, wie jene des Intellekts, des Willens, der Emotionen, des Bewussten und Unbewussten, mit innerem und äußerem gerichteten Fokus und der Automatisierung. Der Umgang mit dem Musikinstrument wird daher als besonders komplexe Handlung dargestellt, wobei in dieser Vielseitigkeit nur sehr

wenig vergleichbare Beschäftigungen existieren sollen (vgl. Hesse & Bernatzky, 2005; S.161).

Ich glaube, dass die Vielschichtigkeit im Alter oft schon bei „einfacheren“ Anforderungen bestehen kann und daher, das Musizieren eventuell zur Überforderung führen könnte.

Es kann auch die passive (nicht aktiv musizierende) Teilnahme drei unterschiedliche Bereiche der Wahrnehmung ansprechen. Primär seien hier die körperlichen Aspekte für den Klang genannt, die das menschliche Gehör anregen und auch physische Bewegungsabläufe auslösen können, wodurch die Muskulatur aktiviert wird. Im zweiten Fall kann Musik einer Symbolhaftigkeit zukommen, wodurch Gefühle und Erinnerungen wiederaufleben bzw. aufkommen und somit emotionale Prozesse in Gang bringen. Jedoch wird hier von Hesse & Bernatzky (2005, S.162) betont, dass diese gefühlsbehaftete Gedächtnisbelebung meist positiv behaftet ist. Letztlich ruft die Musik mentale Vorgänge hervor, indem sie aus hohen und tiefen Klängen eine Vorgabe für Spannung und Entspannung bietet.

Die Musiktherapie wurde in der Renaissance wiederentdeckt und dient im 21. Jhdt. als wesentlicher Input für die Vitalisierung geriatrischer BewohnerInnen. Diese Ausprägung versteht sich auch als aktive Musiktherapie und umfasst die Improvisation von Instrumenten, die Singgruppen und die Aktivierung von Bewegungsabläufen. In der rezeptiven Musiktherapie wird sich in der Gruppe ein Musikstück angehört und retrospektiv im Plenum diskutiert. Die Auswirkungen von Musiktherapie im Zusammenhang mit dem Lebensalter wurden z.B. von Rosemarie Tüpker, im Rahmen einer Tagung (2001) in Münster, zusammengefasst, indem das aktive Spielen eines Musikinstrumentes, das Singen und das aktive und kognitiv-stimulierende Hören von Musik eine Unterstützung zur Stärkung des Selbstvertrauen und der Kommunikation der TeilnehmerInnen leistet. Des Weiteren soll es zu mehr Kontakt untereinander kommen, sodass Einsamkeit im Alter entgegengewirkt werden könne (vgl. Tüpker & Wickel, 2001; In: Hesse & Bernatzky, 2005; S.162ff.).

4. 3. Recherchierte Reaktionen auf Beschäftigungsprogramme

Zgola (1999, S. 79-82) wies darauf hin, dass nicht alle TeilnehmerInnen eines Beschäftigungsprogramms sofort mit dem Angebot umzugehen wissen. So sei die erste kritische Situation beim „Kennenlernen“ gegeben, da hier oft als Reaktion eine Ablehnung

seitens der KlientInnen vorkommen kann. Diese Distanzierung kann mit Ängsten vor Unbekanntem verbunden sein, vor allem mit Misstrauen gegenüber Sinn und Zweck der Intervention. Geschieht die Teilnahme nun doch (aus Höflichkeit), kann ein negatives Feedback die Folge sein, welches (von den Angehörigen bzw. Personen des Vertrauens) zwar ernst genommen aber nicht überbewertet werden sollte.

Ein nächster kritischer Punkt ist beim Verlassen der häuslichen Umgebung gegeben. Selbst vorfreudige Personen, die sich bereits vor Beginn der Therapie auf die Intervention freuen, werden beim Gedanken an den Abschied von zu Hause manchmal zwiespältig oder abweisend. Die Ängste, die bereits in der ersten Phase gegeben waren, können nun abgebaut werden, sie können aber auch noch länger anhalten. Fixe Strukturen können hier helfen die Ängste abzubauen. Allerdings muss bei Ablehnung auf den Grund geachtet werden und diesem kann z.B. bei dem Wunsch nach längerer Schlafzeit oder einer anderen Tätigkeit durch zeitliche Flexibilität entgegengekommen werden (vgl. Zgola, 1999; S.79-82).

5. Wohlbefinden

Aspekte des Wohlbefindens und dessen Ausprägungen gaben bereits Anlass für einen eigenen Forschungszweig, der Wohlbefindlichkeitsforschung. In dem Kapitel „Psychologie des Wohlbefindens“ wird ein Teilgebiet dieser Forschungsdisziplin beleuchtet. Ich möchte in diesem Kapitel die Ausprägungen des Wohlbefindens, die sich in der Literatur finden lassen, beschreiben, um den Begriff damit fassbarer zu machen.

5. 1. Begriffsklärung

Wohlbefinden verweist auf das Befinden von Psyche und Körper und steht in engem Zusammenhang mit dem Gesundheitsbegriff der WHO. Beeinflusst wird dieser Zustand durch interne und externe Faktoren, wobei ein Beispiel für letztere durch Licht, Temperatur und Geräusche gegeben sein kann (vgl. <http://www.suchtmittel.de>, Stand 11.08.09).

Oft wird der Begriff Wohlbefinden mit den Synonymen Glück, Lebenszufriedenheit und Freude umschrieben, so kam es 1994 durch Becker zur Differenzierung zwischen habituellen

und aktuellen Wohlbefinden. Das aktuelle Wohlbefinden verweist auf das derzeitige Befinden, während das habituelle einen eher fixen Zustand beschreibt. Diese Betrachtungsweise wird in folgender Graphik mit der Unterscheidung physischer und psychischer (Wohl-)Befindungen gepaart.

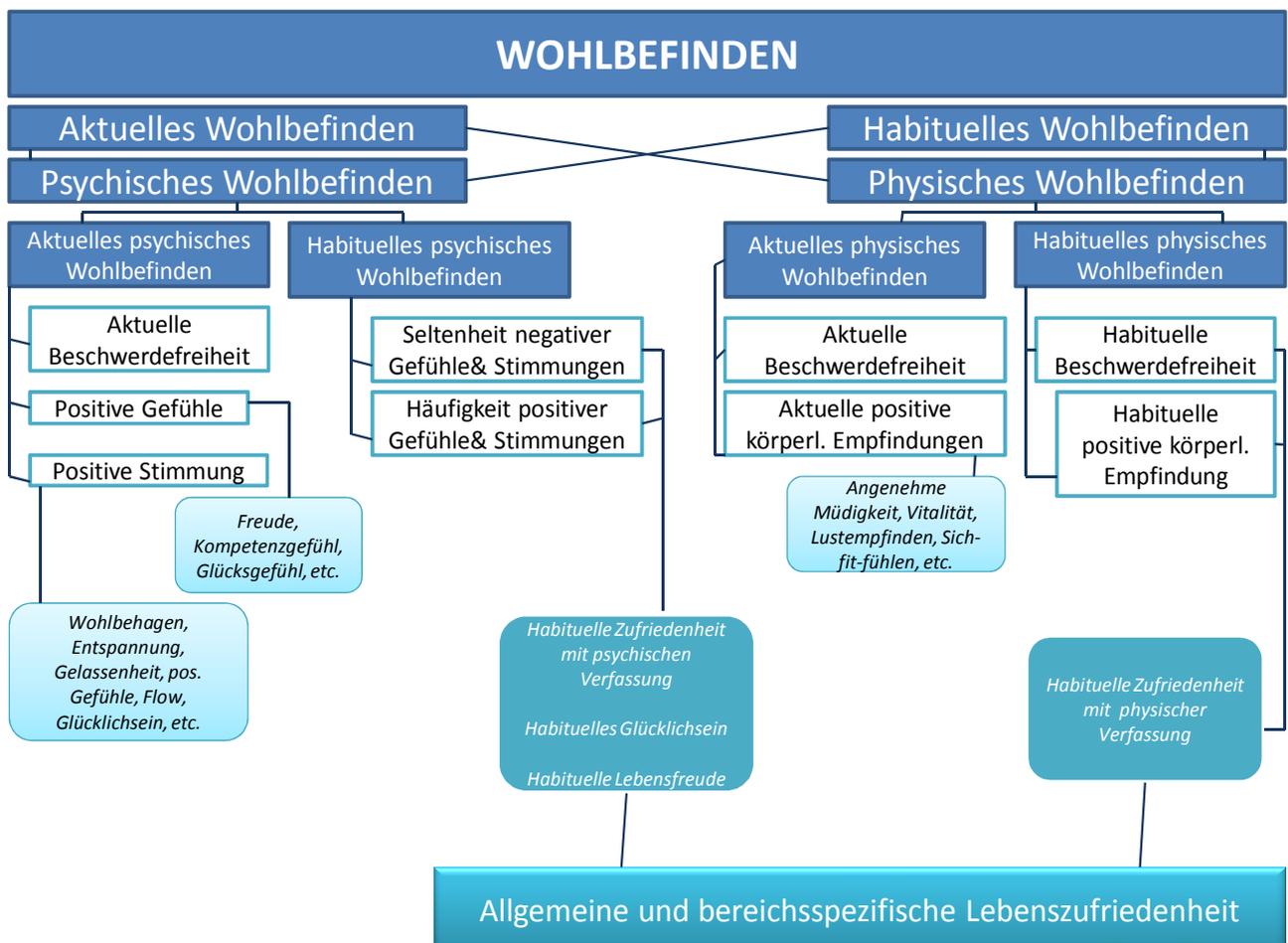


Abbildung 3: Dimensionen des Wohlbefindens nach Beck (1994)

(Vgl. Becker, 1994; modifiziert aus Mayer, 2004 S.52)

Nach Becker (1994, in: Mayer 2004; S.53-56) ist demnach das derzeitige Wohlbefinden ein aktuelles Erlebnis eines guten Gefühls, positiver Stimmungen, physischer Wahrnehmungen und das Fernbleiben von Beschwerden. Plötzlich auftretende Einflussgrößen können dieses aktuelle Empfinden beeinflussen und können nur wenige Sekunden bis Stunden anhalten. Man erlangt aktuelles Wohlbefinden durch Erfahrungen - positive, lustvolle oder belohnende

- oder durch die Verminderung und Eliminierung negativer, unangenehmer und/oder schmerzvoller Empfindungen. Aktuelles Wohlbefinden kann gezielt durch soziale Nähe und Zuwendung, sensorische Erfahrungen und erfolgreiche Handlungen erreicht werden.

Das habituelle Wohlbefinden nach Becker (1994, in Mayer, 2004; S. 56ff.) ist das typische Befinden, indem Emotionen durch kognitive Prozesse zu beurteilten Zuständen werden. Das Fehlen von negativen Gefühlen und die meist überwiegenden positiven Erlebnisse, das positive physische Empfinden und der gewohnte Zustand ohne Beschwerden sind prägend für habituelles Wohlbefinden. Dieser Zustand hält meist Wochen bis Monate an. Über diesen Zeitraum wird das Empfinden meist als relativ stabil identifiziert. Beeinflusst wird dieses Konzept durch die Person, zum einen, und andererseits auch durch ihre Umwelt. Wissenschaftliche Diskurse versuchten nun zu erörtern welche der beiden Variablen in welcher Intensität Einfluss ausübt. Es folgten drei Ansätze, der personenzentrierte, der umweltzentrierte und der passungszentrierte Ansatz. Die Betrachtung, die die Person ins Zentrum stellt, lässt sich weiters unterscheiden:

- Das motivationstheoretische Modell bezeichnet das Gefühl von Wohlbefinden als Ergebnis, wenn es zur Befriedigung von Bedürfnissen kommt.
- Die kompetenztheoretische Sichtweise beschreibt, dass es durch erfolgreiche Bearbeitung äußerer Anforderungen zu Wohlbefinden kommen kann.
- Temperamentstheoretische Ansätze gehen davon aus, dass es verschiedene Temperamentstypen gibt, die nun individuell zu eher stärkeren oder schwächeren Wohlbefinden neigen können. Ebenso unterscheidet sich der Weg zur Erreichung des Wohlbefindens zwischen den unterschiedlichen Typen.

(Vgl. Mayer, 2004; S.59)

Im Allgemeinen wird Wohlbefinden als Prozess verstanden, indem die zeitliche Komponente ebenso eine Rolle spielt wie die Prozesse emotionaler Regulation. Messbar ist das Wohlbefinden nur unter Berücksichtigung der individuellen Definition von Wohlbefinden. Es werden zwei Arten von Untersuchungsinstrumenten unterschieden, primär erfolgt die Messung über eine Adjektivliste, die in Intensität und Quantität ihre Ausprägung findet. Diese Adjektive können Gefühle, Stimmungen und/oder Emotionen beschreiben. Daneben kann die

teilweise Lebenszufriedenheit über die kognitive Evaluation erfasst werden (vgl. Mayer, 2004; S.51-64).

Wohlbefinden ist nach Mötzing (2005) ein Ziel von Aktivität und Beschäftigung und ist mit den Gefühlen von Spaß und Freude auch ein Indikator für Lebensqualität (vgl. Mötzing, 2005; S. 13).

5. 2. Die Psychologie des Wohlbefindens

Wohlbefinden kann, nach El-Giamal (2009), ohne negative Gefühle nicht existieren. So haben sich psychologische Forschungsansätze lange Zeit auf diese negativen Emotionen und Mangelzustände konzentriert und die Erforschung der positiven Gefühle nur minder berücksichtigt.

Wohlbefinden kann basierend auf der Studie nach Mayring, durchgeführt im Jahre 1987 (S.367-376), in vier Ausprägungen eingeteilt werden:

1. Fernbleiben individueller Belastung: Wohlbefinden wird, in seiner Negation, als Gleichgewicht zwischen negativen und positiven Ereignissen im Leben gesehen. Das heißt, dass erst durch das Fernbleiben von Belastung eine „wohlbefindliche“ Situation empfunden wird.
2. Freude als eine gutgerichtete und kurzzeitige Variable des Wohlbefindens, auch als „peak-experience“ bezeichnet. Dies kann entstehen, wenn die derzeitige Tätigkeit zweckgebunden ist und ein Aufgehen in der Arbeit möglich ist.
3. „Geistige“ Verarbeitungsmechanismen bewerten die subjektive Zufriedenheit einzelner Bereiche. So werden Lebensereignisse im Hinblick auf das eigene Lebensziel bewertet und positiv bzw. negativ behaftet.
4. Die andere, emotionale, Seite ist durch das Gefühl von Glück gegeben und kann sich entweder auf Lebensglück beziehen oder auf das kurzfristige Glücksgefühl verweisen.

(Vgl. El-Giamal, 2009; o.S., Stand 11.08.09)

5. 3. Wohlbefindensuntersuchungen im Tagesablauf

Ergebnisse einer Studie, bei der 80% der TeilnehmerInnen eine Art Tagebuch über ihren bzw. seinen Tagesablauf führten, zeigten, dass mit einer Signifikanz von 16,4% mehr positive als negative (nur 2,2%) Sequenzen erlebt wurden. Mit welcher Lust eine Tätigkeit ausgeführt wird, die derzeitige Stimmungslage, eine positive Motivation in Bezug auf die Tätigkeit, die Selbstbestimmtheit und ein fundiertes Erregungsniveau sind Variablen, welche die Definition von einem positiven Ereignis beeinflussen (vgl. <http://www.unifr.ch>, o.S. Stand 11.08.09).

6. Pflegerelevanz der Thematik

Elfner (2008) verweist in der Erarbeitung der Aspekte des Alterns auf das „...*Verständnis von Altern als Entwicklungsprozess...*“, welcher „...*Wissen über die vielfältigen Faktoren, die das Leben und das Wohlbefinden alter Menschen wechselseitig beeinflussen*“ erfordert (vgl. Elfner, 2008; S. 14). Besteht nun Wissen über die Auswirkungen der Beschäftigungstherapien auf das Wohlbefinden im Alter, können diese Angebote zielgerichtet eingesetzt werden und zur Unterstützung pflegerischer Interventionen verwendet werden?

Evers (1994) spricht bei der Thematik der Beschäftigungstherapie auch von ergotherapeutischer Aktivität, welche sich aus dem griechischen Wortstamm „to ergon“ ableitet (d.h.: Werk, Tat, schöpfen, handeln, leisten, Betätigung an Körper, Geist und Seele). So versucht die geriatrische Pflege die Einheit von Körper, Geist und Seele zu beachten und nach persönlichen Gegebenheiten und Wünschen zu aktivieren und zu unterstützen (vgl. Evers, 1994; S. 26). In der psychiatrischen Pflege werden in vielen Ländern, beschäftigungstherapeutische Elemente vom Pflegepersonal ausgeübt.

Die Frage, die sich für mich in diesem Zusammenhang stellt ist, inwiefern dieses Angebot der Beschäftigungstherapien aus der Sicht der TeilnehmerInnen beurteilt wird.

II. EMPIRISCHER TEIL

7. Qualitative Forschung

Der Zugang zu verbalen Daten ist eher ein qualitativer, während numerische Daten eher einen quantitativen Forschungsprozess nahelegen. Ebenso unterscheiden sich Methoden und Verständnis des wissenschaftlichen Gegenstands zwischen den beiden Forschungszugängen. Ein qualitativer Zugang schließt eine Verknüpfung mit quantitativen Praktiken jedoch nicht aus und umgekehrt. Die Methode des problemzentrierten Interviews stellt ein qualitatives Instrument dar, ebenso wie die Grounded Theory als qualitative Analysemethode herangezogen werden kann (vgl. Borzt & Döring, 2006; S. 296).

7. 1. Erhebungsmethode

7. 1. 1. Das problemzentrierte Interview

Das problemzentrierte Interview wird eingesetzt, um individuelle Handlungen, subjektive Wahrnehmungen und die gesellschaftliche Realität möglichst unvoreingenommen zu erfassen. Es ist eine Variante des narrativen Interviews und ein diskursiv-dialogisches Verfahren. Die Befragten sind Expertinnen und Experten des jeweiligen Gebietes und haben im Gespräch alle Möglichkeiten der Korrektur eigener Aussagen oder bei Äußerungen der Interviewerin bzw. des Interviewers, sowie die Möglichkeit der Selbstvergewisserung. Zusätzlich wird die Narration durch Dialoge ergänzt (vgl. <http://www.sfb186.uni-bremen.de>, Stand 04.04.09).

7. 1. 1. 1. Einleitung

Die Individualisierungsthese (u.a. nach Beck, 1986) gibt dem qualitativen Interview eine neue Stellung innerhalb der empirischen Untersuchungen. Demzufolge gehen Individuen von alten Bindungen zu neuen institutionellen Abhängigkeiten über. Als Beispiel ist ein Schüler (alte Bindung = Schulklasse) zu nennen, der in den Arbeitsmarkt (institutionelle Abhängigkeit =

Job) eintritt.

Durch die institutionalisierten Einschränkungen sind Handlungen nicht mehr unmittelbar auf die gesellschaftlichen Schranken oder einer Ungleichverteilung sozialer Ressourcen zurück zu führen.

Die Verantwortung für die Folgen des eigenen Handelns ist folglich von jeder Person selbst zu tragen. Selbstreflexion ist dabei ein Steuerungsinstrument, um sein eigenes Leben zu gestalten und zu planen.

Auch das Prinzip der Selbstsozialisation nach Heinz und Witzel (1995) spricht von einer Eigenleistung des Individuums im gesellschaftlichen und sozialen Bereich, d.h. bei der Entwicklung von Ansprüchen im Beruf, in der Familie, in der Partnerschaft, bei der Verarbeitung von Eindrücken und Erfahrungen und der Ausschöpfung des Handlungsspielraumes im beruflichen und privaten Leben.

7. 1. 1. 2. Die Grundpositionen des problemzentrierten Interviews

Das problemzentrierte Interview ist eine Abwandlung des theoriegenerierenden Verfahrens der Grounded Theory von Glaser und Strauss (1998). Der Kritikpunkt an dieser Theorie ist die Vorgehensweise, bei der alle Daten nur durch ex ante definierte Operationalisierungsschritte erfasst und überprüft werden können.

Die Gewinnung von Erkenntnissen erfolgt durch ein induktiv-deduktives Wechselverhältnis in der Erhebungs- sowie Auswertungsphase. Das bestehende Vorwissen der InterviewerIn bzw. des Interviewers wird im Erhebungsprozess für Frageideen in der wechselseitigen Interaktion genützt. Das Offenheitsprinzip ist dabei insofern erfüllt, da die individuellen Prioritäten der untersuchenden Subjekte durch Narration gefördert werden. In der Auswertungsphase durch die Anwendung des Sensitizing Concepts, in der Anlehnung an Blumer (1954), erarbeitet sich das theoretische Wissen. Es kommt zu einer Untermauerung durch die Weiterverarbeitung des Wissens und durch empirisch begründete Hypothesen (vgl. Witzel, 2000; o.S.; Stand 04.04.09).

Die Methode ist besonders durchlässig, sodass keine Übertragung der Meinungen und Werte des Interviewers auf die bzw. den Interviewten erfolgt und es zu keiner ex ante Theorieübertragung auf das erhobene Datenmaterial kommt.

Das problemzentrierte Interview ist vor allem durch drei wesentliche Ideen gekennzeichnet, die ich nun im Folgenden vorstellen möchte (vgl. Witzel, 2000; o.S; Stand 04.04.09):

- Diese Interviewform erhält deshalb die Bezeichnung problemzentriert, da das Hauptaugenmerk auf einen Problembereich der Gesellschaft gerichtet ist und einen Prozess des Lernens und des Erkenntnisgewinns widerspiegelt. In diesem Vorgang werden objektive Rahmenbedingungen der Aktivitäten bereits im Vorfeld klar definiert, wodurch Beschreibungen und Verweise der Interviewten nachvollziehbarer sind und die Phase des Nachfragens auf diesen Hintergrund gestützt werden kann. So kommt es zu einem weiten Spektrum an Daten, wobei dies auch die Auswertung der persönlichen Einstellungen der bzw. des Interviewten während des Nachfrageprozesses beinhaltet. Die Fragen erfahren so sukzessive eine Bearbeitung, welche auf die Klärung des Forschungsproblems gerichtet ist.
- Die spezielle Orientierung am Gegenstand zeigt die Anpassungsfähigkeit der Methodik, um sich an die Vielschichtigkeit des Untersuchungsgegenstands anzupassen.

Das problemzentrierte Interview ist nun ein Methodenmix, wobei das tatsächliche Interview den Hauptteil darstellt. Manche ForscherInnen führen zum Einstieg in das Forschungsthema eine Gruppendiskussion durch, um einen Überblick bzw. einen ersten Eindruck über den untersuchten Gegenstand zu erhalten. Ich habe diesen Einstieg durch eine Literaturrecherche getätigt.

Das Subjekt setzt sich nun mit seiner gesellschaftlichen Realität auseinander und entwickelt in dem Zusammenhang Art und Weise der Deutungen. Diese Interviewform kann auch einen standardisierten Fragebogen zur Unterstützung einsetzen, ebenso wie die unterschiedlichsten Gesprächstechniken.

Die Gesprächstechnik wird auf den Respons des Interviewten angepasst und ist in ihrer Extremform durch bloßes Nachfragen oder aber freier Narration gekennzeichnet.

- Der gesamte Forschungsprozess ist prozessorientiert gestaltet, so auch die primäre Interpretation. Der Ablauf der Interaktion sollte sehr feinfühlig und respektvoll im Bezug auf die Wiederherstellung von Handlungen und Werten gestaltet sein, um so ein vertrauensvolles und offenes Umfeld zu gestalten. Dieser achtende Umgang miteinander bewegt die Interviewten zu erhöhter Erinnerungsarbeit und Reflexion. Im offenen Gespräch erarbeiten sich InterviewerIn und Befragte bzw. Befragter

gemeinsam, laufend neue Perspektiven derselben Thematik, ebenso wie Verbesserungen, Revisionen und sich widersprechende Aussagen. Eine Reduktion des bisher Offenbaren birgt meist eine Erleichterung in der Phase der Auswertung in sich, da neue Möglichkeiten zur Formulierung gegeben werden und eine Interpretationserleichterung erfolgt. Im Falle von Widersprüchlichkeiten bleibt der/dem InterviewerIn die Möglichkeit des Nachfragens, um Unentschlossenheiten oder lückenhafte Erinnerungen aufzudecken bzw. zu klären und fehlerhaft Verstandenes zu korrigieren. Die Methode des problemzentrierten Interviews, wenn als biographisches Interview angewendet, unterstützt besonders die Entwicklung des Gesprächs, beispielsweise im Falle der Lebensgeschichtserzählungen.

Durch die Thematisierung von Erzählungen rückt die Gezwungenheit des „Frage-Antwort“-Schemas in den Hintergrund, sodass Fragen und Antworten im Setting eines möglichst „natürlichen Gesprächs“ ablaufen (vgl. Witzel, 2000; o.S.; Stand 04.04.09).

7. 1. 1. 3. Instrumentarien des problemzentrierten Interviews (PZI)

Das PZI gliedert sich in vier wesentliche Bereiche, wobei ein kurzer Fragebogen erstellt wird; weiters die Aufzeichnung der zentralen Fragen in einem Leitfaden und die Aufnahme des Gesprächs durch ein Tonband erfolgt. Anschließend kommt es zu einer Transkription des Interviews im Postskriptum.

Im Kurzfragebogen kommt es zur Erfassung der sozialen Daten (des Alters, vorhergegangene Berufstätigkeit, etc.) Diese Informationsgewinnung muss nicht durch starres Abfragen gekennzeichnet sein, sondern kann bereits Einstieg ins Interview bieten. Hier habe ich mir überlegt die Einleitung eventuell über die (damaligen) Hobbies bzw. Freizeitgestaltungen der weiblichen und männlichen Befragten zu setzen.

Die Aufzeichnung auf Tonband erfolgt erst nach der Einverständniserklärung der Interviewten, die im Vorfeld unterzeichnet wird, um ebenfalls die Anonymität zu sichern und die ethischen Grundprinzipien zu achten. Allerdings hatte der „informed consent“ seine Funktion als Informationsblatt, welches ich bei meinen Interviewpartnerinnen und –partnern zur Durchsicht ließ. Die Unterschriftsleistung erwies sich eher schwierig und deshalb entschied ich mich nur meine Unterschrift als Versicherung zu hinterlassen und nicht die Unterzeichnung der TeilnehmerInnen zu verlangen. Durch die technische Aufzeichnung und

die wortwörtliche Transkription kommt es zu einer exakten Erfassung des Gesagten und der Fokus des Interviewers kann auf nonverbale Kommunikation und spezifische Auffälligkeiten des Settings gerichtet werden.

Das Thema des Gesprächs ist im Leitfaden strukturiert und kann zur Orientierung herangezogen werden, um so auch die Inhalte der verschiedenen Interviews vergleichbarer zu gestalten. Ideen zur Formulierung von Fragen und Themeneinleitungen können hier niedergeschrieben sein. Des Weiteren ist der Leitfaden die Stütze für den weiteren zeitlichen und thematischen Verlauf.

Das Postskriptum enthält nicht nur die exakte Aufzeichnung des Gesagten, sondern kann darüber hinaus auch eine besondere Markierung thematischer Auffälligkeiten und primärer Ideen zur Interpretation enthalten. Die theoretische Stichprobe nach Glaser & Strauss (1998) bildet die Basis zur möglichen Inhaltsanalyse des Einzelfalls durch das Transkript. So können Gemeinsamkeiten bzw. Differenzen anhand von praktischen Beispielen „sichtbarer“ aufgezeigt werden.

7. 1. 1. 4. Form des problemzentrierten Interviews

Der Einstieg des PZI erfolgt durch die Kontaktaufnahme mit den InterviewpartnerInnen. Erzählungsgenerierende Fragen und Ad-hoc-Fragen prägen ebenso das Bild, wie Rückspiegelungen, Fragen des Verständnisses und die Konfrontation. In der Phase des Gesprächseinstiegs gilt es die Anonymität der/des Interviewpartner/s zu sichern und die Bearbeitung der Forschungsfragen zu betreiben.

Indem das Forschungsinteresse im Vorfeld offengelegt wird, beugt die/der InterviewerIn Spekulationen der Befragten vor und macht deutlich, dass die Interviewten mit dem Gespräch nicht ihren „Intellekt“ offenbaren müssen, sondern viel eher das Interesse an persönlichen Meinungen und Werten besteht.

Die Erfahrungen und Entscheidungen der Befragten bilden den Hintergrund ihres Expertentums, wobei während des Gesprächs Verbesserungen und Abänderungen vorgenommen werden können. Deshalb wird das PZI auch als ein im Dialog diskursiver Prozess verstanden, in dem die Weiterbildung des individuellen Erkenntnisses der/des

Interviewer/s durch aufmerksames Zuhören und abgestimmtes Nachfragen geprägt ist. Folgende Techniken kann die/der InterviewerIn dabei anwenden:

7. 1. 1. 4. 1. Erzählungsgenerierende Strategien

Der Einstieg soll durch eine möglichst offen formulierte Frage erfolgen, um das Gespräch auf das Forschungsinteresse zu lenken. Die Offenheit sollte den InterviewpartnerInnen dennoch die Möglichkeit zur freien Explikation bieten und wird meist durch die Aufforderung „Erzählen Sie doch einmal“ oder Ähnlichem eingeleitet. Weiters verläuft die Generierungsphase dann induktiv und offen, indem von der Person der Interviewerin bzw. des Interviewers immer wieder Bruchstücke aufgegriffen werden und eine Basis für weitere Fragen bieten. Somit entstehen Aufforderungen zur Erzählung von biographischen Sequenzen und Erfahrungen seitens der Interviewerin bzw. des Interviewers. Ad-hoc-Fragen kommen vor allem dann zur Anwendung, wenn Themenbereiche von besonderem Interesse von den „Expertinnen“ und „Experten“ nicht angesprochen werden.

7. 1. 1. 4. 2. Verständnisgenerierende Strategien

Wissen aus vorangegangenen und laufenden Interview(s) wird zur Formulierung neuer Fragen genutzt und kommt durch die Methode der Zurückspiegelung zur Anwendung. Dadurch kommt es zur interaktiven Berichtigung bzw. Bestätigung des Gesagten. Verständnisfragen und Konfrontationen können ebenso zur Validierung führen, sollten jedoch die interviewte Person nicht zu Rechtfertigungen bewegen.

Durch die Anwendung der zwei vorgestellten Techniken wird einem hermeneutischen Verlauf gefolgt mit dem Ziel Sinnstrukturen offenzulegen. Dies passiert sowohl durch Induktion als auch durch Deduktion, so kann es durch erzählungsgenerierende und verständnisgenerierende Fragen zu Sinnmustern und zu Sinnverstehen kommen. Die Fragen sollten der Gesprächspartnerin bzw. dem Gesprächspartners keine Meinung bereits im Vorfeld aufdrängen.

7. 1. 1. 5. Auswertung der PZI

In der Phase der Auswertung stehen nun mehrere Möglichkeiten zur Verfügung, Kühn & Witzel (1999, in: Witzel 2000, o.S.; Stand 04.04.06) empfehlen hierzu eine exakte Analyse

des Einzelfalls bei großer Datenmenge und zusätzlicher Typenbildung. Das Transkript wird primär durch die satzweise Vorinterpretation verstehend examiniert. Diese erste Analyse beinhaltet die, theoriegestützte, Anmerkung im Text mittels Teile des Leitfadens und markiert neue thematische, induktivgeleitete, Perspektiven.

„Diese Markierungen können auch Grundlage der Entwicklung eines Codierasters für den Aufbau einer Textdatenbank sein, die als elektronisches Fundstellenregister mit komplexen Zugriffsmöglichkeiten genutzt werden kann. Mithilfe von ‚Retrievals‘, d.h. über eine Datenbank hergestellte Verknüpfungen von Schlagwörtern (‚Codes‘) oder Variablen (wie Geschlecht, Beruf) mit Textpassagen (vgl. PREIN 1996), lassen sich dann unter verschiedenartigsten Aspekten Originaltextstellen finden oder Querverbindungen zwischen unterschiedlichen Textstellen und Einzelfällen herstellen (KÜHN & WITZEL 1999).“ (Witzel, 2000; o.S., Stand 04.04.09)

Thematische Spezifikationen werden in „In-vivo-codes“ kategorisiert, in Begrifflichkeiten der Alltagssprache. Glaser & Strauss (1998) empfehlen ebenfalls kurze Beschreibungen bzw. Notizen der Auswertungsgedanken. Die Analyse des Falls beinhaltet meist auch eine Falldarstellung oder eine biographiegestützte Abfolge, die einen Zugang für die/den ForscherIn zu dem Einzelfall bietet. Somit fällt es leichter einzelne Testpassagen in ein weiteres Umfeld zu setzen oder in die Biographie einzugliedern und erleichtert sich wiederholende Analyseschritte. Die Auswertung kann Spezifika, eventuelle Unklarheiten und ähnliche Anmerkungen der Interviewerin bzw. des Interviewers enthalten.

Die offene Kodierung nach Strauss & Corbin erfolgt durch die Zusammenführung wesentlicher Themenblöcke, die nun einen biographischen oder themenorientierten Schwerpunkt besitzen können. Dies erfolgt meist durch einen Konnex zwischen Transkriptsequenzen, Paraphrasen und analytischen Explikationen. Die axiale Kodierung zeigt Zusammenhänge zwischen den Themenbereichen auf und ist wesentlich zur heuristischen Nachvollziehbarkeit. Diese Kodierungsschritte verknüpfen einen offenen mit einem theoretischen Zugang und werden primär individuell und später im Team zur Validation herangezogen. Im letzten Schritt kommt es zum Vergleich der Fälle und zum Aufdecken überlappender Thematiken wobei besonderes Augenmerk auf die Variablen

Geschlecht, Berufstätigkeit und Wohnsitz gelegt wird. Überschneidungen, Gemeinsamkeiten bzw. auffallende Gegensätze sind dann in Memos zusammenzuführen und festzuhalten. Die wesentlichen Konzepte sind auch als Kernkategorien bekannt und sind mittels selektiven Kodierens in Hypothesen zu deuten, sie können durch Empirie oder Theorie vervollständigt werden (vgl. Witzel, 2000; o.S., Stand 04.04.09).

7. 2. Auswertungsmethode

7. 2. 1. Grounded Theory

Die Methode ist ein zentraler Bestand der qualitativen Forschung und ist *„als eine konzeptuell verdichtete, methodologisch begründete und in sich konsistente Sammlung von Vorschlägen, die sich für die Erzeugung gehaltvoller Theorien“* (Strübing, 2008; S.7) mit sozialwissenschaftlichem Bezug gedacht. Ausgegangen war dieser Ansatz von den Soziologen Glaser und Strauss der Chicagoer Schule in den 60er-Jahren. Der Begriff „grounded“ verweist auf das „Spinnen“ und Prüfen von Theorien, die über die gesamten Phasen hinweg einen engen Bezug zum Material aufweisen. Der zentrale Gedanke ist eine offene Haltung gegenüber dem Material und die Bearbeitung nach vorgegebenen Regeln. Die Grounded Theory unterstützt die Suche bzw. die Findung nach einer Schlüsselkategorie oder Kernkategorie, die in einem strukturierten Netz von Kategorien und Subkategorien eingebettet ist. Im Hintergrund steht die Überzeugung, dass sich latente Kategorien (beispielsweise Codes oder Konstrukte) hinter empirischen Befunden (beispielsweise Ereignissen oder Verhaltensweisen) verbergen. Ein konsistentes Konstrukt kommt durch in selbe Richtung weisende Befunde zustande. Je mehr Konstrukte dieselbe Thematik behandeln, desto offensichtlicher entsteht hier eine Kernkategorie. Der primäre Schritt ist durch das offene Kodieren gegeben, indem „line by line“ (Zeile für Zeile), in meinem Fall, abstrakte Ideen oder Konstrukte zugewiesen werden. Im weiteren Verlauf werden die Codes miteinander in Beziehung gesetzt. Der Schritt des axialen Kodierens verdichtet die Beziehung zwischen den Codes um ein weiteres Stück und wird durch Memos unterstützt. Memos können eine Hilfe bei der Strukturierung sein und als Gedächtnisstütze dienen. Anhand der Codes werden nun empirische Vergleichsdaten gesucht, welche entweder sehr ähnlich oder konträr sein können. Dieser Forschungsschritt nennt sich „theoretical sampling“ (vgl. Borzt & Döring, 2006; S.332ff.).

Es kommt zur Parallelität der Arbeitsschritte bei der Methode der Grounded Theory, wobei sich Datenerhebung, Datenanalyse und Theoriebildung hier überschneiden, aufeinander vor- und zurückgreifen können (vgl. Strübing, 2008).

7. 2. 2. Vorgehensweise

Ich begann mit dem Offenen Kodieren und versuchte durch die Zusammenarbeit mit Studienkolleginnen andere Perspektiven in die Auswertung der Codes zu integrieren. Nun war ich mit der Tätigkeit des axialen Kodierens beschäftigt, wobei Codes in Bezug auf meine Fragestellung ausgewählt und intensiver miteinander verwoben (im Sinne des axialen Kodierens) wurden. Aus diesen Ergebnissen erschließt sich nun eine erste Theorie zum Feld, die ich im letzten Kapitel eingehend bearbeiten möchte.

Um diese Vorgehensweise nachvollziehbar zu machen, wird auch die Struktur des Hauptteils in dieser Form aufgebaut sein.

Im Rahmen des offenen Kodierens waren, pro Code, folgende Fragen bei der Analyse zentral:

- Was führt zum untersuchten Phänomen? (Ursache)
- Kontext und Ausprägungen für das Phänomen? (Kontext)
- Was sind die generellen Vorbedingungen für das Phänomen? (intervenierende Bedingungen)
- Wie gehen die Akteure mit dem Phänomen um, welche Strategien haben sie? (Strategien)
- Worin resultieren diese Handlungen und Strategien? (Konsequenzen)
- Memo

(Vgl. Miko nach Strauss & Corbin, 2007)

7. 3. Stichprobe

In der qualitativen Erhebung geht es nicht darum, eine möglichst große Personenzahl zu befragen, sondern viel eher um die Repräsentanz, sodass zentrale und typische

Wechselwirkungen hervorgehoben werden, welche sich anhand einiger weniger Fälle aufzeigen (vgl. Buchebner-Ferstl, 2005).

Deshalb fiel meine Auswahl der Befragten unter folgenden Gesichtspunkten aus:

BewohnerInnen, die im „Pensionistenwohnhaus Alszeile“ untergebracht sind und freiwillig an einem Interview teilnehmen wollten, waren Kern meiner Erhebung. Ich wählte dieses Haus, da hier erleichterter Zugang bestand und dies der Ort meiner ehrenamtlichen Tätigkeit ist. Ich strebte eine theoretische Sättigung an und wählte zehn bis zwölf Befragte aus. Um Erfahrungswerte teilnehmender Akteure zu sammeln, waren, wie bereits erwähnt, offene Interviews mit den TeilnehmerInnen geplant. Folgende Einstiegsfrage war hier zentral: „Hier im Haus existiert das Angebot einer Beschäftigungstherapie, was halten Sie davon?“

Befragte mussten dabei folgende Inklusionskriterien erfüllen: 1) BewohnerInnen des Pensionistinnen- und Pensionistenwohnhauses 2) zumindest einmalige Teilnahme an einem Beschäftigungstherapieprogramm 3) freiwillige Teilnahme an der Beschäftigungstherapie 4) keine zu großen Defizite im kognitiven Bereich.

Ausschlusskriterien waren, dass 1) nie eine Teilnahme stattgefunden hatte

2) Demenz 3) kein/e BewohnerInnen des Pensionistinnen- und Pensionistenwohnhauses.

Im Vorfeld wurden „informed consents“ angefertigt, die sowohl die Übermittlung als auch das Verständnis der Information und des Einverständnis zur Durchführung der Interviews gewährleisten sollten. Damit bot sich für die InterviewpartnerInnen die Möglichkeit bei Rückfragen bzw. Unsicherheiten eine Kontaktadresse zu nennen und einen Vertrag bei eventuell folgenden Unklarheiten zu besitzen. Ein solches Formular ist im Anhang zu finden. Ebenso meldete ich mich bei den jeweiligen LeiterInnen der Einrichtung und wartete auch hier ein Einverständnis ab.

Schließlich wurden zwölf BewohnerInnen, aus einem PensionistInnenwohnhaus und einem Pflegeheim, interviewt. Primärer Zugang erfolgte über das ‚Pensionistenwohnhaus Alszeile‘ und der zweite Feldzugang war mir durch das ‚Jakobusheim Bad Vöslau‘ geboten. Ich konnte vier Männer und acht Frauen interviewen, bei einer durchschnittlichen Interviewdauer von 30 Minuten. Die InterviewpartnerInnen waren großteils alleinstehend, dabei gab es zwei Interviewpartner, die noch mit ihrer Ehepartnerin zusammenlebten. Ein Interview wurde als Paarinterview geführt, mit beiden Eheleuten mir. Außerdem kam es zu einer einmaligen

Kontaktaufnahme mit den interviewten Personen im Umfeld ihrer Wohnung bzw. ihres Apartments in der jeweiligen Einrichtung.

Die Relation Männer zu Frauen betrug 1:2 in der Altersgruppe "70+", dies entspricht in etwa dem gesamtösterreichischen Geschlechterverhältnis in dieser Alterssparte von etwa 38,5% Männern zu 61,5% Frauen (vgl. Statistik Austria, Stand 1.1.2009).

7. 3. 1. Setting

Die Forschungsfrage verweist bereits auf die geriatrischen Einrichtungen und so möchte ich hier diese Einrichtungen definieren und einen Überblick über den Status-Quo in Österreich geben.

Geriatrische Einrichtungen beherbergen vor allem betagte und in unterschiedlicher Ausprägung pflege- bzw. betreuungsbedürftige Menschen. Diese sind vor allem geprägt durch die geriatrische Multimorbidität und das höhere Lebensalter, welches ab etwa 70 Jahren, kalendarischen Alters, gegeben ist. Die durch das Alter bedingte Vulnerabilität, beispielsweise gegeben durch Folgeerkrankungen, Chronifizierung, Autonomieverlust, etc. ist kennzeichnend für Personen ab 80 Jahren oder älter (vgl. www.ekweende.de, 2007).

Es existieren derzeit 886 Senioren-, Pflege, Alten-, Alters-, PensionistInnen- und Betagtenheime und Seniorenzentren in Österreich. Davon sind 84 Einrichtungen in Wien eingetragen und 120 in Niederösterreich (vgl. www.seniorenheim.at, Stand 4.12.09).

Der Zugang zu den InterviewpartnerInnen erfolgte durch die bereits genannten zwei Einrichtungen, je eine davon in Wien und Niederösterreich, die folgenden kurz vorgestellt werden sollen:

- Pensionistenwohnhaus Alszeile

Die Ausdehnung dieses Hauses erstreckt sich auf fünf Stockwerken mit 187 Einzelapartments, neunzehn Zweipersonenapartments, zwei Probewohnungen und einer stationären Station. Das PensionistInnenwohnhaus wurde, auch finanziert durch Zuschüsse der Stadt Wien, 1981 eröffnet und ist damit eines von 31 PensionistInnenwohnhäusern des Wiener Kuratoriums. Diese 31 Häuser sind auch unter der Bezeichnung „Häuser zum Leben“

bekannt und verfügen über zahlreiche Angebote (vgl. Angebotsplan). Der Leitgedanke im Rahmen der Beschäftigungstherapie von Seiten des/der AnimateurIn sind:

- *“Animation ist Lust auf Leben!*
- *Mit Freude und Spiel erreichen wir unser Ziel!*
- *Wenn wir Menschen bewegen möchten, beginnen wir zuerst, uns selbst innerlich und äußerlich zu bewegen!*
- *Wir Animatorinnen verstehen das Leben als eine Einheit und geben dem Lebensabschnitt "Alter" eine große Bedeutung!*
- *Wir mögen Menschen!*
- *Mit Freude, Liebe und Spaß können wir viel erreichen!*
- *Wir ermutigen und begleiten die Menschen, mit denen wir arbeiten!”*

(Vgl. <http://www.kwp.at>, Stand 30.11.09)

Viele Beschäftigungsangebote sind bereits in den Tarifen des PensionistInnenwohnhaus inkludiert, andere müssen allerdings extra bezahlt werden. BewohnerInnen ausserhalb dieses Wohnhauses zahlen mehr, sodass auch interinstitutionäre Freundschaften entstehen können.

- Jakobusheim Bad Vöslau

Dieses Landespflegeheim des Landes Niederösterreich wurde als PensionistInnenheim im Jahr 1978 eröffnet. Seit dem Umbau 1995 verfügt das Haus über 80 Pflegebetten, überwiegend Zimmer mit zwei Betten und 33 Einzelzimmer. Das Pflegeheim bietet zahlreiche Dienstleistungen und Veranstaltungen an, wenngleich während der Recherchen im Internet nichts über die angebotenen Aktivitäten in Erfahrung zu bringen war, so ist doch in jedem der drei Stockwerke ein Aktivitätsplan ersichtlich. Dieser weicht nur in Bezug auf wenige Aktivitäten vom Angebot des PensionistInnenwohnhaus Alszeile ab, so bietet das Landespflegeheim beispielsweise als weitere Aktivitäten Sudoku und Töpfern an.

Da ich im PensionistInnenwohnhaus Alszeile als ehrenamtliche Mitarbeiterin tätig bin, kenne ich die internen Abläufe und verfüge somit über Einblicke, die eine Suche nach InterviewpartnerInnen erleichterte.

8. Auswertung

Mein Auswertungsprozess begann mit der Kodierung (ein Beispiel einer Kodierung findet sich im Anhang wieder) der Transkriptionen und wurde dann von der Phase der Konzeptualisierung abgelöst. Indem ich versuchte aus der Zusammenführung der Konzepte auf Kategorien zu erstellen, kam es zu Punkt 8. 1., dem axialen Kodieren.

Im Prozess der Kodierung geht es allgemein darum aufzubrechen, neu zusammen zu setzen und zu konzeptualisieren. Dabei war es wichtig die Basisprinzipien des Interpretierens, der Offenheit und Flexibilität, der intensiven Arbeit mit den Daten und der Fragestellung zu beachten. Mein erster Schritt des offenen Kodierens galt dem „Aufbrechen“ der Daten, deren Kategorisierung. In der folgenden Phase der axialen Kodierung versuchte ich die Kategorien miteinander zu verknüpfen, um eine eventuelle Neuordnung zu vollziehen. Der letzte Punkt des Auswertungsprozess war die Zusammenführung der Kategorie zu der sogenannten Kernkategorie, dieser Schritt wird auch als selektives Kodieren bezeichnet (vgl. /www.tu-ilmenau.de, Stand 01.12.09).

Im Folgenden finden sich immer wieder bei der näheren Beschreibung der Konzepte direkte Zitate, die einerseits eingearbeitet wurden, um einer Objektivierung der Befragten entgegenzusteuern und um die bereits abstrahierten Konzepte fassbarer zu machen. Die zitierten Stellen sind mit den jeweiligen Zeilennummern des Transkripts und der Person gekennzeichnet. Um die Anonymität meiner Befragten zu wahren, bezeichnete ich sie von A-L.

8. 1. Axiales Kodieren

In der Auswertungsphase des axialen Kodierens, fasste ich also die Kategorien zu Konzepten zusammen, deren Zusammenhänge ich nun beschreibe:

8. 1. 1. Ausflüge

Ausflüge können Erinnerungen der TeilnehmerInnen wachrufen und so eine (Erinnerungs-, Erlebnis-) Brücke zu vorhergegangenen Situationen oder Lebensereignissen schlagen. Dies sind meist Situationen eines Urlaubs, einer gemeinsamen Reise mit Angehörigen, des eigenen Gartens und erinnern im Allgemeinen an Positives. Sie haben einen starken Bezug zur Natur.

8. 1. 2. Vergangenheit

Nicht nur Ausflüge schlagen Brücken zur Vergangenheit, sondern auch beispielsweise frühere sportliche Aktivitäten, durch die Bewegung der Beine, kommt es bei Hr. L. zur Erinnerung an Fußball und in diesem Zusammenhang wird dann Spaß empfunden (vgl. ebd. Z.63). Eine Tätigkeit, die von vielen BewohnerInnen ausgeübt wurde, ist das Schwimmen, ein Grund dafür könnte die größere Bewegungsfreiheit im Wasser sein. Eventuell ist es auch der Zustand des Schwebens, der vermisst wird. Für manche stellt Schwimmen ein überflüssiges Angebot dar, da die bestehende Vielfalt an Therapien im Haus nicht zur Gänze ausgeschöpft werden, für andere ist es eine Tätigkeit, die sie vielleicht nie mehr wieder ausüben können. Schwimmen war jedoch bei den meisten BewohnerInnen ein Wunsch, den sie nicht mehr ausüben können. Fr. H. beschreibt dieses Erlebnis sehr plakativ:

„Wir gehen hinein ins Wasser, i bin Schwimmer, i denk ma des gibt's do net, versuch zu schwimmen, des geht net, des geht nicht mehr! I hob mi umdraht und hab gwahnt wie a klans Kind. (..) Weil i hab ma denkt, jetzt is (weint) (..) wieder einmal ein Teil aus (..)...immer wieder, wird's immer a bissl weniger was ma machen kann, wieder einmal ein kleines Ruckerl (..) kann ma nix machen.“ (Z.176-179; Z. 186ff.)

Anhand des Schwimmens wurde der körperliche Abbau bewusst und stellt ein traumatisches Erlebnis dar, welches hingenommen wird ohne dagegen anzukämpfen. Bestehende Fähigkeiten können aufgrund der physischen Lage nicht mehr ausgeübt werden und reihen sich so an die anderen Fähigkeiten die nicht bzw. nur mehr bedingt ausgeübt werden können. Die Möglichkeiten werden so kleiner und Erfolgserlebnisse bleiben meist aus. Stößt man auf Grenzen, so muss man sich zwischen nochmaligem Versuch oder Verzicht auf diese Aktivität entscheiden. Fr. C. schildert eine erfolglose Aussicht so:

„...weils mi ärgert und zwar weil ich nicht mit fünfundachtzig erst anfangen will zum lernen.“ (Z.75)

8. 1. 3. Hobby

Durch die Beschäftigungstherapie kann Aktivität überhaupt „empfunden“ werden und durch das Arbeiten in Gruppen auch „zur Schau“ gestellt werden. Legitimierter Stress entsteht demnach durch das Angebot und dies ruft auch eine Form des Gefühls „noch am Leben zu sein“ und mit einer Vielzahl von Tätigkeiten an einem Tag noch fertig zu werden, hervor. Das Hobby „Werken“ wird nur in diesem geschützten Rahmen ausgeübt und nur selten darüber hinaus praktiziert. Demnach ist es mehr als eine bloße Beschäftigung und weniger als eine Erwerbsarbeit.

8. 1. 4. Familie

Die Stammfamilie der interviewten Personen, bietet einen Anhaltspunkt für das mögliche eigene Lebensalter bzw. ist eine Orientierungshilfe für den eigenen Alterungsprozess. So besteht der Glaube, dass man einem ähnlichen Altersverlauf, wie Eltern, Großeltern und anderen Verwandten, folgt. Wenn im Alter keine Komplikationen bzw. physische oder psychische Erschwernisse bei den Eltern auftraten, dann bietet dies einen Hoffnungsträger für die derzeitig alternde Person. Erfolgen diese Krankheitsverläufe bzw. die letzten Lebensjahre besonders drastisch, so wird ein ähnliches Schicksal auch auf einen selbst übertragen. Somit werden zukünftig wenig beeinflussbare körperliche bzw. geistige Alterserscheinungen besser handhabbar, da sie durch die Vorgeschichte der Ahnen erwartbarer oder absehbarer scheinen.

Die Familie, die Gemeinschaft, die Gesellschaft, die MitbewohnerInnen und die Clique schaffen ein „Wir-Gefühl“ und befriedigen die sozialen Bedürfnisse.

8. 1. 5. Ehe

Der Beziehungsstand der Ehe ist in der Lebensgeschichte der Interviewten nahezu immer präsent, der nun, da man alleine ist, nur mehr in den Erinnerungen existiert. Ausflüge und andere angebotene Aktivitäten erinnern an die damals gemeinsame Zeit.

8. 1. 6. Schockerlebnisse

Verlusterlebnisse sind sehr schmerzhaft und haben meist mit dem Tod eines Geschwisterleibes oder des Ehepartners zutun. Traumatische Ereignisse traten auch meist in den Zeiten des Krieges auf und wurden bis heute nicht verarbeitet. Dies bildet einen Wendepunkt im Leben einer/eines Bewohnerin/Bewohners und führt zu einer Neuentscheidung bzw. Umorientierung.

Ebenso herrscht über den Heimeintritt ein enormes Mitteilungsbedürfnis, so wird das fehlende soziale Umfeld, die (unbewusst)-bewusste Entscheidung, die Umstände (Eintrittsgesundheit), die Zerstreuung und die Sinnsuche in der neuen Umgebung/ im neuen Lebensabschnitt thematisiert.

Die Sinnsuche steht im engen Zusammenhang mit dem Überfluss an Angebot und der damit verbundenen individuellen Reduktion der Komplexität. In der nun neuen/fremden Umgebung des PensionistInnenwohnhauses versucht man einen Teil seines früheren Lebens wiederzufinden. So werden beispielsweise Hobbies zur Hauptbeschäftigung oder unentdeckte Ressourcen bzw. damalige Nebenaktivitäten plötzlich (im Alter) als Hobby wahrgenommen. Dieses Phänomen zeigt sich bei Hrn. D.:

*„ Ja, weil i ja den Goarten ghobt hob, net? Und wenna runter schauen in unseren Garten da gleich, das Runderau, die Blumen am Rand, heuer hab i angfangt im Frühjahr. Betreue i jetzt auch, die Paradeiser, heut hab i so a Schlüssel Paradeiser wiederum abgenommen und in die Küche runtergeschickt, des mei Hobby jetzt, na?“
(Z.165-168)*

8. 1. 7. Besitz

Das ganze Leben versuchen die meisten Personen einen eigenen Besitz zu erwerben und ihre eigene Familie zu schaffen. Im Alter verlieren diese erarbeiteten Werte jedoch an Bedeutung, da sie nicht mehr alleine erhalten werden können und deshalb abgegeben, vererbt, vermacht, etc. werden müssen.

Mit diesem Domizil ist eine gewisse Ortsgebundenheit verknüpft, die Erinnerungen nahe hält und ein vertrautes Umfeld darstellt.

8. 1. 8. Management

Die vorhandene Zeit eines Tages muss so eingeteilt werden, dass alle real-bewältigbaren Aufgaben entweder vor- oder nachmittags Erledigung finden. Der Tagesablauf ist strukturiert durch Frühstück, Mittag und Abendessen. Die Zeit zwischen den Mahlzeiten wird nun von BewohnerInnen, die aktiver sind, mehr oder weniger frei genutzt. Aspekte, die dabei in Betracht gezogen werden müssen, sind das vorhandene Angebot, die Kosten bzw. zur Verfügung stehenden Mittel und körperliche und geistige Ressourcen (eventuell auch Unterstützungs-/Hilfsmöglichkeiten). Das Zeitmanagement pendelt zwischen den Angaben „ka Zeit“ und „zu viel Zeit“, durch dasselbe Zeitempfinden kommt es wieder zum Teilen einer Gemeinsamkeit in der Gruppe. Andererseits haben manche BewohnerInnen den Wunsch nach „Zeitvertreib“, wie Fr. J. meint:

„Naja, das is wichtig, wie soll i sagn, man denkt sich oft `wenns mal vergangert, das a Ende` (lacht) Wenn ma a bissl deprimiert is, sag ma, aber dann wieder, denkt ma sich, das is do net so schlecht (lacht)“ (Z.114ff.)

Hier sieht man, dass die Zeit ein Faktor ist, die die bzw. der Interviewte weniger auskosten möchte, sondern eher zu „beschleunigen“ versucht. Sie sagt über ihr Management der Beschäftigung mit ihrem Laptop, dann lobend:

„Wissens das hat mir sehr geholfen mit dem Computer und die Zeit vergeht so rasch dabei.“ (Z106f.)

Hr. L. beschreibt seine körperlichen Einschränkungen, den damit verbundenen verfrühten Abbruch der Aktivität und die vorhergehende Bescheidgabe an die Animation als Tätigkeit, wo:

„Also all das muss i ins Kalkül ziehn.“ (Z.57)

Wenig später sagt er:

„...I sagn, i teil mir das ein, das is das jetzt.“ (Hr. L. Z.75)

Auch Fr. H. beschreibt ihr Management wie folgt:

„(..) I denk ma, wenn i da jetzt runter geh, muss i ja dann wieder rauf gehen, na? Das is für mich beschwerlicher, net? Jetzt hab i beim hinuntergehn, werd i dann müd und es is nix zum niedersetzen, vielleicht komm i dann nimma rauf- muss man ALLES einkalkulieren. Geht's ma net guat und dann, (.) i bin allein, net? Des muss man schon mit (.) Verstand machen“ (Z.156-159)

Aufgrund der Erfahrungen, die sie mit ihrem Körper gemacht hat, kann sie nun nicht mehr das machen, was sie gerne möchte, sondern muss auch vorausdenkend handeln. Normalerweise sind Personen trotz verschiedener physischer Beeinträchtigungen an bestimmten Zeiten leistungsfähiger, danach werden die selbstauferlegten Aktivitäten berücksichtigt. Ist der „to-do“-Plan nun dicht organisiert, ist die Person am (Vor- und/oder Nachmittag) sehr beschäftigt und genehmigt sich dann (legitimierte) Ruhe. Ist die eigene Zeit nun eher durch die Hilfe- bzw. Unterstützungsleistung zugunsten anderer Personen gekennzeichnet (d.h. man hilft einen Großteil der Zeit anderen BewohnerInnen), so legitimiert sich auch die Zeit in der nur eigene Wünsche erfüllt werden. Diese individuelle Ruhephase wird nun als verdiente Ruhe von anderen BewohnerInnen, PflegehelferInnen, Diplomierten Gesundheitspersonal und anderen Personen in der Einrichtung eher anerkannt und es wird viel weniger versucht diese ruhenden Personen zu motivieren.

Das Selbstmanagement geht einher mit der Setzung von Präferenzen und der Reduktion von Komplexität.

8. 1. 9. Information

Eine unmittelbare Teilnahme am Beschäftigungsangebot, nach dem Heimeintritt wird meist nicht genannt, da es zu dem Zeitpunkt an Informationen fehlt. Nachdem Informationen eingeholt werden, entwickelt sich dann die Teilnahme zu einem fixen Bestandteil des täglichen Ablaufs. Allerdings muss hierfür zuerst Interesse oder zumindest ein empfundener Sinn, damit der Prozess der Informationssuche anläuft. In der nächsten Aussage zeigt sich, wie die Information zu einer erstmaligen Teilnahme führt und durch die damit verbundene Informationsbeschaffung (Ort, Zeit, etc.) im Vorfeld, entwickelt sich eine erstmalige Teilnahme.

„am Anfang, war mir fremd, (.) hob i nix ztun ghabt, mit sowas, net? Und dann schon langsam hab i ma denkst, heast interessant, des is wirklich interessant und des mach i gern.“ (Hr. K. Z.75ff.)

8. 1. 10. Können

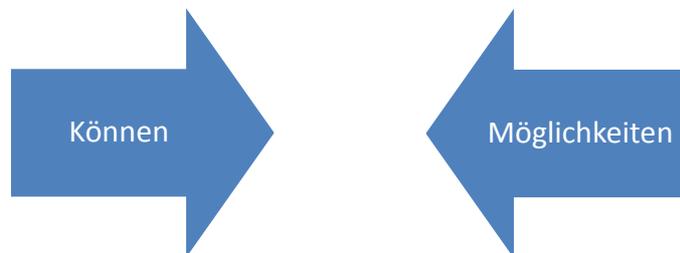


Abbildung 4: Können und individuelle Möglichkeiten

Das Ausmaß an Bewegung, Aktivität, geistigen Aufgaben, das eine Person empfindet ist ihr individuell empfundenes Können. Je mehr dieses Individuum das Gefühl hat zu können, desto mehr Möglichkeiten hat es Dinge zu verwirklichen. Andererseits bietet ein breites Spektrum/Angebot an Therapieformen, die Möglichkeit, die eigenen Fähigkeiten mit den Therapien abzustimmen und zu fördern. Die Grundlage bieten allerdings nicht nur die äußeren Gegebenheiten, sondern auch die eigenen (körperlichen, geistigen) Vorbedingungen, auf weitere Aspekte wird hierauf in der Kategorie „körperliche Einschränkungen“ eingegangen.

Können wird nicht nur durch einen selbst beurteilt, sondern wird auch durch die Reaktion anderer definiert bzw. bestätigt. Das Können zeigt sich besonders in folgenden Passagen:

„...Also ich muss ehrlich sagen, was ich konnte habe ich immer wieder gemacht.“ (I1, Z.104) und „Hab alles gemacht so lange ich konnte.“ (I1, Z.114)

Es gibt gewisse Einteilungen, die das Können klassifizieren, z.B.: in ExpertInnen, Fortgeschrittene und AnfängerInnen. Das Können wird erst dann gesellschaftlich bzw. in der jeweiligen Gruppe anerkannt, wenn es eine Prüfungsinstanz durchläuft. Das Können steht im engen Zusammenhang mit dem Konzept der Leistung.

Besonderer Stolz entsteht, wenn mit den Techniken des 21.Jahrhunderts zurecht gekommen wird. Besonders Lernerfolge und Erfolgserlebnisse in Zusammenhang mit dieser modernen Technik bringen Zufriedenheit.

8. 1. 11. Leistung

Leistung steht fast immer in Verbindung mit eigenem daraus erwachsenden positiven Ergebnis bzw. Nutzen, entweder ist es Anerkennung, Wertschätzung, monetäre Entlohnung, (erneute) Grenzaustestung oder Ähnliches. Monetäre Entlohnung findet bei der Werkgruppe statt, allerdings fließt keine Summe in die eigenen Taschen, sondern wird eher für wohltätige Zwecke ausgegeben. Für Fr. A. besteht ein Nutzen ihrer Leistung darin, dass sie Auskünfte geben kann:

„...Weil ich bin so beschäftigt, ich, ich bebemüh mich ja, also ich bin für mei Familie, das, äh, das Lexikon.“, „(lacht), mei Sohn hat mi amal angrufen und hat gsogt: Mutti, sag einmal, da hat doch in der ersten Republik, muss doch einen, einen Präsi, einen Kanzler gegeben haben? sog I: Ja des wor der Seipl, des (lacht) Hab ihm alles dazählt, sagt er: I hob ja gewusst, dich kann ich fragen (lacht)...“ (Z.22ff.)

Eine derartige Anerkennung und Bestätigung der eigenen Fähigkeiten führt zur Gewissheit einen wertvollen Beitrag geleistet zu haben und zum Vertrauen auf das eigene Können und

die eigenen Fähigkeiten. Eine Leistung kann aber auch dazu genutzt werden eigene Ressourcen so einzusetzen, dass man sich profiliert. Um eine Leistung zu erbringen bedarf es dem „Können“ und den „Mitteln“ (Rahmenbedingungen, Finanzen, etc.). Diese Mittel können nun durch Selbstinitiative vorhanden sein oder werden durch eine „äußere“ bzw. einen „äußeren“ AkteurIn bereitgestellt (so etwa die Bücher vom Blindenverband, Lernhilfe von Mitbewohnerinnen/Mitbewohnern).

Ein Hobby ist eine Leistungserbringung ohne einen zwanghaften Charakter. Die Konzepte Freiwilligkeit, Intensität (der Arbeit), Fleiß, Interesse, Stolz und Wohltat können ebenso eine Ausprägung von Hobby sein, wie von geleisteter „Arbeit“. Auch das Hobby kann zur Gewohnheit werden und einen fixen, vertrauten Platz bieten. Es benötigt auch hier das Konzept der Selbstinitiative (Selbstvertrauen um sich der Aufgabe anfangs und fortwährend zu stellen; Selbstwahrnehmung um sicherzustellen, dass die Beschäftigung [physisch, psychisch] möglich ist; Selbstbestimmung als Wahrnehmung der eigenen möglichen Einflussmacht und Selbsteinschätzung als Faktor der zukünftigen Möglichkeiten/Erfolgslebnisse).



Die Darstellung ergibt sich aus den meistgenannten Codes aus den Interviews. Diese Graphik kann erweitert werden um die Begriffe: Selbstdisziplin, Selbstbild, Selbstbeschäftigung, Selbstpräsentation, Selbstbild und Selbstschutz. Der Code des Selbstschutzes wird im Zusammenhang mit dem Konzept Angst vor Kritik nochmals relevant. Hobbies beinhalten oft Spaßfaktoren, die Komponente Leidenschaft und ein Aufleben der eigenen Ressourcen/ des persönlichen „Schatzes“. Im Rahmen der Hobbies können Ereignisse verarbeitet werden und es findet über diese Aktivität eine Beschäftigung mit sich selbst/ der eigenen Person statt. Das

Streben leitet sowohl Leistung als auch Hobby, da es oft als inneres Bedürfnis empfunden wird, diese Ressource zu aktivieren und zu präferieren, dies zeigt sich auch bei Hrn. M.:

„Die hab ich gemalt. Des macht mir richtig (..) des mocht ma richtig Spaß. (..) Da könnt i Essen vergessen und alles.“ (Z.8f.)

8. 1. 12. Nutzen/Benefit

Der Nutzen, der durch eine Aktion hervortreten kann, kann nun für die Aktionistin/den Aktionisten selbst spürbar sein, aber auch gesamtgesellschaftliche Dimensionen erreichen. Wenn der Nutzen als „(sehr) gut“ eingestuft wird, dann scheint eine (regelmäßige) Teilnahme selbstverständlich.

Oft wird eine Nichtteilnahme durch die Worte:

“...und hab ich auch probiert, bringt mir gar nichts.“ (Fr.D. Z.266) getätigt.

Diese Aussagen zeigt, dass ein bewertetes Ausbleiben des Nutzens eine Nichtteilnahme legitimiert. Die Nützlichkeit kann allerdings auch bloß subjektiv empfunden werden und trotz des Wissen über einen positiven Nutzen durch spezifisches Angebot kann es zu einer bewussten Gegenentscheidung kommen und somit zu einem „bewussten Nicht-Tun“. Hr. K. beschreibt dies so:

„K: (lacht) Ja müsst ma eh Vormittag alaweil, irgendwas is alaweil. Und Veranstaltungen a, jeden Mittwoch is a Veranstaltung.“ (Z. 47f.)

Ein wichtiger Aspekt bei der Bewertung des Nützlichkeits-effekts liegt in der Einschätzung des Anstiegs des eigenen Wohlbefindens. So beschreibt Hr. K. seinen Grund der Teilnahme:

„Mach des, aber des macht sie, was i kenn (lacht) interessant is des, wirklich des is, mir gfallt des und die macht des wirklich sehr spannend, wies es vierebringt,...“ (Z. 77f.)

Hr. K. spricht hier von der Animateurin. Der Nutzen ist dadurch gegeben, dass ihn diese Teilnahme nach vorne bringt.

8. 1. 13. Vielfalt vs. Komplexitätsreduktion

Die Möglichkeit an Angeboten wird durch Präferenzsetzung minimiert, doch auch das bewusste „Nicht-Tun“ der Aktivität führt zur Komplexitätsreduktion (vgl. Hr. K. Z.47f.). Fr. A. beschreibt die Komplexitätsreduktion als Zwang „Abstriche“ machen zu müssen. Diese Abstriche erfolgen einerseits wegen der Vielfalt und andererseits wegen den dazu gegenüberstehenden eigenen Einschränkungen.

Das Wissen um den Nutzen und die Anerkennung durch andere oder ProfiexpertInnen, wenn Aktivität beibehalten wird, kommentiert Hr. L. folgendermaßen:

„... Das is ma alles zu, zu anstrengend, das geht nicht mehr. Die Konzentration, ja. Es is ma zu anstrengend, auch mit Ihnen, also ich bemü mich stark, das muss ich ehrlich gestehen, aber es is ma zu anstrengend, net?“ (Z.70ff.)

Hier ist es die Anstrengung, die zur Reduktion führt und der Nutzen/die Anerkennung/andere Gründe jene, die das Bemühen fördern.

Die Vielfalt kann als Überfluss empfunden werden, ebenso als Abwechslung, als Problem, bei dem Selbstregelung stattfinden muss und als Störfaktor. Als störend wird nicht nur die Vielfalt an Angeboten empfunden, sondern auch die Gruppe in ihrer Komplexität.

8. 1. 14. Aktivitätsangebote

Aktivität schützt vor Langeweile und entlastet die Zeit der Selbstbeschäftigung, wenn die Aktion fremdinitiiert ist. Die Aktivitätsvielfalt führt jedoch nicht unbedingt zu Komplexitätsreduktion, sondern kann auch zu Ausnutzung und Angst vor eventueller Kürzung des Angebots führen. Sieht man das Angebot nun als Herausforderung, so gibt es ein Gefühl von Bestätigung „das kann ich noch“, ein Ziel und einen Sinn. Ist die Herausforderung nicht gegeben oder ist sie zu gering, so kann eine Teilnahme als sinnlos empfunden werden.

Ist eine Veränderung durch die angebotene Aktivität spürbar, so stellt dies einen Nutzen dar und wird beibehalten. Durch die eigene Anwesenheit kommt es dazu, dass andere BewohnerInnen wahrgenommen werden. In diesem Zusammenkommen sind Rücksichtnahme, Respekt, das Aktivitätsniveau anderer, Gruppendynamik, spürbare Morbidität Beispiele für diverse Faktoren. Die anderen TeilnehmerInnen beeinflussen die eigene Partizipation, allerdings sind es immer unterschiedliche Faktoren, die durch die InterviewpartnerInnen wahrgenommen werden, die eine eigene Teilnahme begünstigen bzw. verhindern.

Die Angebote finden in öffentlichen Räumlichkeiten statt und nicht in den eigenen vier Wänden (in der ohnehin `fremden Einrichtung`).

Die Angebote implizieren Aktivität, doch manchmal wird Ruhe bevorzugt. Aktivität kann aber auch vom Arzt empfohlen werden oder wird als Mittel zur Stabilisierung des Gesundheitszustands versucht, wenn medizinische Behandlungen als belastend oder ineffizient gelten:

„Und vielleicht is das gut fürm Rücken, net? (..) Man bildet sich halt ein das hilft, (..) weil ich war ja beim Arzt und der hat mir ja gesagt, er kann ma nimma mehr helfen, hat mich gschickt zum Ultraschall und, und, äh, Bestrahlungen (..)“ (Fr. G. Z.71ff.)

Bei positiven Effekten durch die Teilnahme an der Aktivität, klassifiziert man diese Verbesserung ggf. als subjektive Einbildung, während die medikamentöse Einnahme und darausfolgende Besserungen des Gesundheitszustandes eher als kausal wahrgenommen wird. Die frühere Berufstätigkeit bzw. frühere Tätigkeiten beeinflusst die Affinität zu gewissen angebotenen Aktivitäten im Alter, dies kann in beide Richtungen erfolgen. Fr. G. beschreibt z.B. die Aufgabe einer Tätigkeit:

„Wie sogt ma, stricken oder so, irgendwas nähen, das hab ich so viel in mein Leben gemacht, gestrickt und ausgenäht, den Teppich hab ich mir auch selber gemacht (..) Den hab ich mir selber geknüpft, net? (.) Und so, ich hab sehr viel, gesagt, „Wenn ich in Pension bin, mach ich nix mehr“ (.) geh nur mehr spazieren“ (Z.77-81)

Das Angebot und die Teilnahme ermöglichen die Profilierung der BewohnerInnen, ebenso wie die räumliche Positionierung, bei Ausflügen sind dies die vorderen Sitzplätze im Bus.

Bei der Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an angebotenen Aktivitäten, glauben manche interviewte Personen an mögliche soziale, körperliche, psychische, u.ä. Folgen, die aus ihrer Entscheidung resultieren können. Fr. J. beschreibt mögliche Folgen so:

„Und es, man muss sich ja irgendwas tun, weil sonst (lacht) besteht die Gefahr das ma (lacht) sie wissen was i meine. Des kann gschwind gehen (lacht)“ (Z. 23ff.)

Aktivität steigert die Lebenszufriedenheit, benötigt aber oft Motivation. Durch die Teilnahme an der Aktivität entsteht ein Sinn. Allerdings wünschen sich nur wenige der Befragten ein umfangreicheres Angebot, sondern zeigen eher andere Defizite in Zusammenhang mit dem Beschäftigungstherapieangebot auf: räumliche Mängel und Probleme mit/durch ihre Mitmenschen. Das Angebot in der Gruppe wird von Fr. C. so beschrieben, dass jeder nach seiner situativen Verfassung, das tut was für ihn/sie gerade günstig ist. Ansonsten gibt es Strukturen und fixe Arbeitsplätze in der Werkgruppe.

Beschäftigung ist nützlich für die teilnehmende Person und wird in seiner Vielfältigkeit von vielen Leuten angestrebt. Allerdings muss man sich für diese Aktivitäten in der Lage fühlen, dies wird auch als *„wenn der Körper mitspielt“* beschrieben. Damit wird er eine Art ausgelagertes Objekt, welches auf die Anweisungen/ Befehle seiner bzw. seinem BesitzerIn nicht reagiert. Durch jede Teilnahme outet man sich als aktiver älterer Mensch und steigt so eventuell im Ansehen oder zählt noch zur Gruppe der Aktiven. Solange man als agil gilt, bleibt man in seinem eigenen Apartment und wird nicht in den letzten Stock bzw. zu den „Liegenden“ (d.h. Pflegestation) transferiert. Erzählungen von dieser Station werden meist mit „Gott sei Dank“ beendet bzw. eingeleitet, sodass hier eine ständige Angst kommuniziert wird (dort zu landen). Dieses mögliche Szenario wird einem auch täglich vor Augen geführt, da die Station im Haus integriert ist und man Personen der Pflegestation u.U. täglich trifft. Es besteht eine Klarheit darüber, was an einem noch funktioniert, so gibt es Tätigkeiten die daher immer ausgeübt werden können und andere, die von der Tagesverfassung abhängen.

„...Und Nordic Walking, also I hob vielleicht fünfmal oder viermal gmocht, ich weiß es nimma, dann wor i wieder im schlechten Zustand, ...“ (Fr. C., Z. 77f.)

Fr. C. beschreibt eine negative Erfahrung nach dem Versuch der Teilnahme an einem Aktivitätsangebot. Die möglichen positiven Auswirkungen von Bewegung sind zwar bekannt und führen meist zu Interesse bzw. zu einer anfänglicher Teilnahme. Allerdings zeigen sich nicht nur positive Auswirkungen, sondern es kann auch aus verschiedenen gründen zu somatischen und/oder psychischen beschwerden, Befindlichkeitsstörungen, Erschöpfungszuständen u.s.w. kommen. Die Befragte beschreibt die Auswirkung als „wieder schlechten Zustand“, da dieser negative Status anscheinend den Alltag darstellt. Das Endresultat war negativ, demnach wird die Intervention nicht mehr gesetzt.

Motivation ist auch ein wesentlicher Faktor um, der meist eher über die Person der bzw. des AnimateurIn und der Affinität zu ihr passiert. Einen geringeren Einfluss übt das Programm aus.

8. 1. 15. Körperliche Einschränkungen

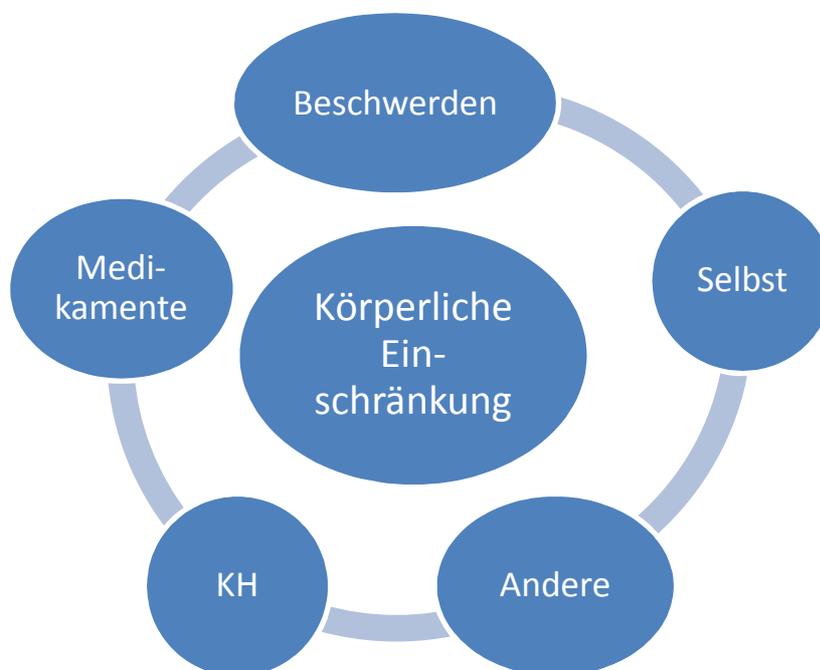


Abbildung 6: Verknüpfung der Konzepte zu "körperlichen Wohlbefinden"

Die körperlichen Einschränkungen stehen in enger Verbindung zur Bestätigung dieser Beeinträchtigung durch die Medizin und dem meist damit verbundenen längeren Krankenhaus (KH)-Aufenthalt, da viele InterviewpartnerInnen ihre Einschränkungen nach einem KH-Aufenthalt durch die Ärztin bzw. den Arzt diagnostiziert bekommen hatten. Diese körperlichen Einschränkungen sind nun sehr vielfältig und reichen von Seh-, Hör-, Herz-, Venen- und Lungenbeschwerden über Beschwerden des Stützapparates und weiteren körperlichen Abbauerscheinungen des menschlichen Körpers. Viele körperliche Behinderungen oder Handicaps sind nicht nur am eigenen Leibe spürbar, sondern auch für andere BewohnerInnen des PensionistInnenwohnhauses und für Angehörige sichtbar (z.B.: Gehilfen, Prothesen, etc.). Um die körperlichen Einschränkungen zu überbrücken bzw. die mit ihnen verbundene Beeinträchtigung zu minimieren, kommt es zum Gebrauch von Hilfsmitteln.

Aufgrund ihrer Selbsteinschätzung entscheiden die BewohnerInnen, an welchen Aktivitäten sie mit welcher Intensität teilnehmen wollen. Sowohl bei selbst initiierten, als auch fremd initiierten Ereignissen kann es zu Erfolgserlebnissen kommen. In Resonanz zu dem eigenen Körper können auch Überforderungen empfunden werden. Hr. L. beschreibt, dass es bei zu langem Sitzen und zu vielen Leuten, zu einer Atemnot kommt. Sodass auch hier die körperliche Einschränkung zu einem frühzeitlichen Abbruch führt.

Der körperliche Abbau wird als Angst empfunden, man sieht die physischen Einschränkungen der anderen BewohnerInnen und hofft, dies nicht selbst zu bekommen. Durch die körperliche(n) Beeinträchtigung(en) entstehen Schmerzen, die die/den Leidtragende/n dann daran hindern gewisse Aktivitäten auszuüben. Dieser Schmerz kann allerdings auch ausgehalten werden, um so weiter an dem Angebot teilnehmen bzw. alltägliche Dinge bewältigen zu können. Hält man, trotz Schmerzen, durch und schafft es Aktivitäten beizubehalten, so hat man ein Erfolgserlebnis, wenn andere diesen Ehrgeiz unterstützen (mit z.B.: Lob). Diejenigen, die trotz Einschränkungen aktiv bleiben stellen den Beweis für sich selbst auf, gewisse Dinge noch schaffen zu können, Bedeutung in der Gemeinschaft zu haben. Ein Grund für ein Weitermachen, trotz Einschränkungen, kann nun Ehrgeiz oder Überkompensation sein. Es wird als Glück empfunden, wenn der Körper noch leistungsfähig ist, weniger führt man dies auf das eigene Training, sportliche Aktivitäten und Ernährung zurück. Aktivität ist ein Zustand und wird nicht jeden Tag anders empfunden, allerdings ist dieser Zustand/diese Einstellung ein Grund für das Beibehalten von Aktivitäten.

Fr. C. meint dazu:

„Zum Glück bin ich noch aktiv und jo, i wor jetzt a Zeit, deswegen steht dort ein Waggerl, weil gstürzt bin und da wor i a bissl behindert, aber ich hab trotzdem alles gemacht. (..)“
(Z.60ff.)

Diese physischen Beeinträchtigungen haben einen Zusammenhang mit den empfundenen Wohlbefinden.

8. 1. 16. Wohlbefinden

Der Großteil der Interviewten fühlen sich wohl bzw. ist glücklich/zufrieden, durch autonomes Training. In dieser Phase der Selbstbeschäftigung, tauchen die Phänomene Selbstinitiative, Selbstbestimmung und Selbstvertrauen auf. Meist ist dieses Training mit einem Erfolgserlebnis bzw. mit einer als positiv empfundenen Wirkung verbunden. Das Wohlbefinden steht in engem Zusammenhang mit den körperlichen Ressourcen und Möglichkeiten, sowie mit dem Streben nach Beibehaltung der körperlichen Fitness. Die Wichtigkeit der Beibehaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit ist fast jeder/jedem InterviewpartnerIn bewusst, allerdings folgt aus dem Wissen darüber nicht automatisch eine Teilnahme an entsprechenden Programmen. Durch die Veränderung von Körper, sozialem und räumlichem Umfeld müssen Grenzen auch laufend neu abgesteckt werden.

Um die Balance von Körper und Wohlbefinden zu finden, muss sich jede Person selbst wahrnehmen und erfahren inwiefern die Betätigung den Körper beeinflusst. Je nachdem kann die Aktivität in ihrem Ausmaß eingeschränkt werden oder aber wird ganz abgebrochen bzw. nicht begonnen (Vermeidungsverhalten).

Tritt bei den Aktivitäten einmal Schmerz oder Unwohlbefinden auf, so besteht die Angst bei Beibehaltung der Aktivität ein gesundheitliches Risiko einzugehen. Um diesen Zustand zu minimieren, können z.B. Hilfsmittel eingesetzt werden, sodass die Angst genommen wird bzw. wieder eine gewisse Unabhängigkeit besteht (da nun wieder gehfähig, etc.) allerdings besteht somit ein Abhängigkeitsverhältnis zum Mittel selbst. Fr. B. spricht dieses Problem an:

„Hot man net guat tan, gel. Aber ich geh so langs geht natürlich immer wieder spazieren, göah? Aber jetzt mim Rollator.“ (Z.92f.)

Benutze Hilfsmittel können so eine Gemeinsamkeit innerhalb der Gemeinschaft schaffen. Wohlbefinden kommt auf, wenn Personen das Gefühl haben, eine Aktivität wäre 'gut für sie'. Sie empfinden dabei Selbstbestimmung, da dieser als positive erlebter Zustand durch Selbstbestimmung zustande gekommen ist und Ressourcen dabei aktiviert werden.

„Ob ich wieder anfang im Herbst, weiß ich noch nicht, kommt drauf an wie ich mich fühle.“ (Fr. C., Z.79f.)

So ist ein (Neu-) Anfang auch abhängig vom Wohlbefinden zu diesem Zeitpunkt und nach der Intervention, ebenso wie zum Zeitpunkt der Information.

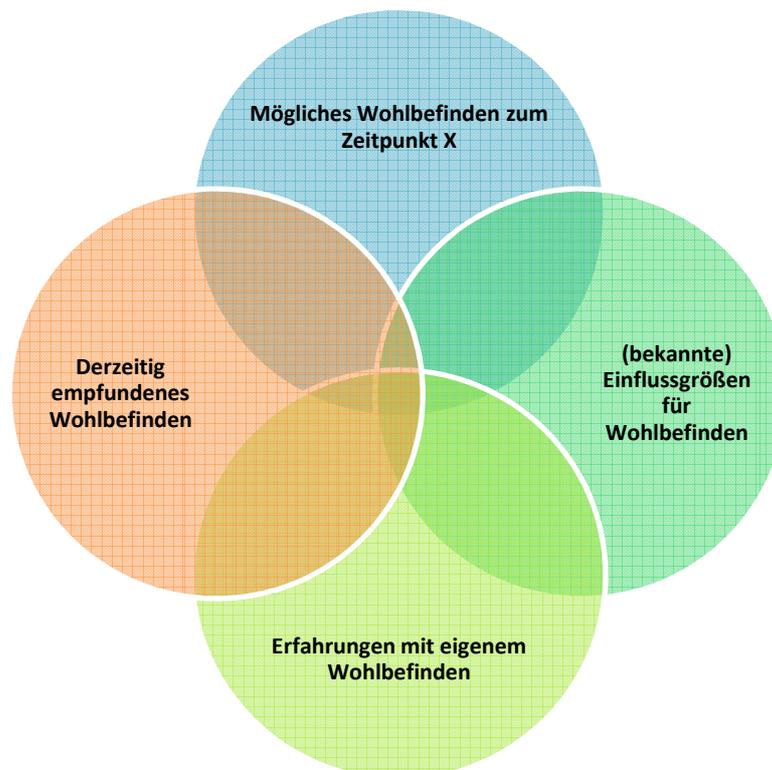


Abbildung 7: Einfluss von Wohlbefinden auf die Teilnahme

Um an einer Aktivität teilzunehmen müssen gleichzeitig das derzeitige Wohlbefinden, das bekannte bzw. mögliche Wohlbefinden in Verbindung mit der Aktivität und die Einflussgrößen auf das Wohlbefinden (andere Teilnehmer, körperliches Empfinden, Jahreszeiten, etc.) in die Entscheidung zur Annahme bzw. Ablehnung der Beschäftigung miteinbezogen werden.

8. 1. 17. Ressource

Durch die Nutzung der eigenen Ressourcen kann es zu Befriedigung kommen, man sucht bei der Tätigkeit des Malens Inspirationen, diese Tätigkeit ist sinn- und zweckgebend schafft Lebenswerte. Ebenso kommt es durch die Anerkennung anderer (z.B.: bei schönem eigens gemalten Bild) zu einem Ehrgefühl, welches auch das Wohlbefinden fördert.

Der Grund für ein dicht gedrängtes Programm kann nun einerseits in der Angst liegen, es könnte langweilig werden oder aber in der Furcht sich mit sich selbst (allein) beschäftigen zu müssen. Für manche mag die Selbstbeschäftigung eine Ressource darstellen, andere wiederum haben Angst davor.

8. 1. 18. Angst

Es existiert ein breites Spektrum von Ängsten, das von Befürchtungen bis hin zu pathologischen Formen (z.B.: Phobien) reichen kann. [Im Falle von Fr. B sind dies eigens großgezogene Pflanzen.] Es wird auch durch die Erscheinungen des körperlichen Abbaus und der damit einhergehenden Unsicherheit (wie lange kann ich noch so leben?, Wird es besser werden?, Wie schlimm kann es werden?), Angst produziert. Diese Angst vor möglichen Risiken und die Unsicherheit darüber wie diese Folgen ausgeprägt sein könnten, führt dazu, dass Situationen die mit Furcht behaftet sind vermieden werden. Als solches Setting wird oft die Aktivität empfunden, da die körperlichen Einschränkungen in der Beschäftigungstherapie zu, für die bzw. den TeilnehmerIn, unbewältigbaren Situationen führen. Die Unsicherheit besteht auch in Bezug auf die Handlungen jener Personen, die keine BewohnerInnen sind (z.B.: Heimleitung, Stationsleitung, Verwandte, etc.). Hier werden Informationen als

Versprechen aufgefasst und Erwartungen daraus abgeleitet, die schließlich zu Hoffnungen werden. Werden diese enttäuscht, wird auch das Vertrauen zu diesen Personen erschüttert.

Angst besteht im Zusammenhang mit dem Konzept „körperliche Einschränkung“ auch durch die Ungewissheit der Intensität und des Ausmaß des eigenen körperlichen Abbaus und den damit verbundenem „Endstadium“(-Bettenstation) sowie dem Tod. Angst haben die meisten der Befragten vor möglichen Schmerzen. Meist hilft der Arztbesuch insofern, dass er die Bestätigung/Gewissheit der Diagnose mit sich bringt. So besteht dann Klarheit über körperliche Einschränkungen bzw. Gesundheitszustände. Andererseits ist der Besuch bei der Ärztin bzw. dem Arzt eine Beschäftigung/Notwendigkeit, die eingeplant werden muss.

Angst besteht ebenfalls durch die Sanktion eines Gruppenausschlusses, wenn keine Gemeinsamkeiten mit der Gruppe bestehen oder auch Anerkennungen seitens der Gruppe, der Leistung fehlen. Diese Nicht-Anerkennung wird durch „Neider“ personifiziert, die Kritik üben und den Rückzug aus der Gemeinschaft veranlassen. Eine Folge daraus ist erhöhte Rücksichtnahme und Hilfeleistung der anderen BewohnerInnen und ein erhöhter Fokus auf die Gemeinschaft. Auch durch den Tod der Ehepartnerin/des Ehepartners kommt es zu erhöhten Kontakt mit den anderen BewohnerInnen oder aber zu einem Rückzug. Dieses „Gemeinschaftsgefühl“ wird auch durch die Heimleitung propagiert:

„Der Direktor sagt ja immer: ‚Wir sind eine große Familie‘, er macht das sehr nett muss ich sagen, göäh? (..)“ (Fr. B., Z.221f.)

Die BewohnerInnen des PensionistInnenwohnhauses als Gemeinschaft, möchten meist nicht, dass das „Haus“ einen schlechten Ruf bekommt oder dieser schlechte Ruf einen selbst betrifft. Hr. D. beschreibt eine mögliche Folge von Kritik am Angebot wie folgt:

„Wann jetzt wieder die Ernährungsberaterin kommt werd i ihr sagen, des is natürlich unpopulär wennst es sagst, i mein wennst sagst: ‚Jetzt streich ma des‘“ (Z.203f.)

Ebenso besteht bei Hr. M. Angst davor Kritik zu üben und auch davor selbst kritisiert zu werden. Hr. M. fürchtet Konflikte, eine schlechtere Behandlung und den Ausschluss aus der

Gemeinschaft. Eine Schutzmöglichkeit bietet die Anpasstheit, die einen in die Gruppe integriert, aber dem Selbstwert insofern schadet, da eigene Ideen, Vorschläge, Anregungen u.s.w. nicht artikuliert werden, um befürchtete Sanktionen zu vermeiden.

„Ich trau mas ja net, weil sonst is sie dings und dann glaubt sie i will vielleicht ihren ganzen Lehrplan stören, net? Oder will sie übertrumpfen, des will i schon gar net, um Gottes willen. Da muss ma ja so vorsichtig sein, dass man net ins Fettnäpfchen steigt.

I: „Sind Sie schon mal ins Fettnäpfchen gestiegen?“

M: „Na, nein aber jedenfalls i werds wohl vermeiden, weil es is ma unangenehm, wenn heut oder morgn sagen würden ‚Na ba‘, liegt ma nix dran, aber i waß net wie lang die da san, deswegen.“ (Hr. M., Z.129-134)

Eine gewisse Sorge kann aber auch aufkommen, wenn Personen fürchten, dass etwas aus der Vielfalt der Angebote gestrichen wird. Schuld daran können eine zu geringe Anzahl von InteressentInnen oder TeilnehmerInnen sein oder fehlende VeranstaltungsleiterInnen oder TherapeutInnen. Diese Angst könnte überwunden werden, wenn mehr Informationen zur Verfügung stehen würden.

Angst besteht bei Fr. J. dem Pflegepersonal zur Last zu fallen:

„Ansonsten muss i sagen, es sind alle freundlich und mit mir ham eh alle a Freud, weils no net so viel ztun ghabt haben (lacht)“ (Z.127f.)

Wenn man aktiv bleibt, glauben die meisten Befragten, dass man dann niemanden zur Last fällt oder nur gering belastet. Somit kann man den PflegerInnen eine Freude machen, da eine Erleichterung ihrer Arbeit stattfindet.

8. 1. 19. Gemeinschaft

In jeder Gemeinschaft regeln Anordnungen (Heimordnungen) das Zusammenleben. Geriatrische Einrichtungen gelten oft als entmündigende und gefängnisähnliche Institutionen mit starren Regeln und fehlenden Mitspracherecht der BewohnerInnen. Diese Regeln

limitieren die Freiheit und führen dazu, dass die BewohnerInnen sich eingliedern und unterordnen müssen.

Herrscht mit speziellen Personen der Gemeinschaft ein vertrauter Umgang, so bezeichnen die Interviewten diesen Personenkreis meist als „Clique“.

Als Grund für Teilnahme an Ausflügen wird oft die Abwechslung und das „Herauskommen wollen“ genannt. Somit versucht man durch einen Wechsel des Ortes und/oder des sozialen Umfelds den mehr oder weniger dauerhaften Zustand zu bewältigen, einen Ausgleich zu schaffen und sich durch die neue Aktivität einen neuen Sinn zu schaffen. Fr. A. beschreibt das Zusammenspiel von Gemeinschaft, Freiheit und Regeln sehr plakativ:

„Es ist das Gefühl, ich kann noch heraus aus mein, aus dem gewissen (.), mh, ich komm ma teilweise vor wie in, mh, nicht ein Gefängnis, aber , ähm, man is, man is nicht mehr Herr über seine ganzen Sachen, das ist man nicht mehr. Man muss Abstriche machen. Man muss Sachen gerne nicht, die man sich, sag ma die einem nicht zupassen, muss man halt auch in Kauf nehmen, weil das is eine Gemeinschaft und wo mehrere Leute sind, muss es bestimmte Regeln geben, bitte an die halt ich mich IMMER, weil das war schon von Kindheit auf, ich habe nie etwas gemacht was gegen die Regeln war. I hab immer gesagt, die Freiheit beginnt dort, wo ich weiß wo meine Grenzen sind. (.) JA, weil wenn ich nichts tu, was dem Gesetz entgegengeht, dann bin ich frei.“ (Z.35-42)

Das „Rauskommen“ ist demnach auch ein Wunsch nach einem Aufbrechen der starren Strukturen und nach Selbstbestimmung. „Rauskommen“ wird mit Bewegung verbunden, ebenso wie mit der Möglichkeit, seine Erinnerungen aufleben zu lassen. In diesen Zusammenhang steht auch ein angenehmes Gefühl und Gefallen haben bei Verwirklichung des „Ausbruchs“. Es ist nicht nur ein Wechsel des sozialen Umfelds und der räumlichen Gegebenheiten, sondern auch anderer Aspekte (z.B. anderes Essen). Das Herauskommen ist eine Art Zustandsbewältigung, des von Rücksichtnahme und Grenzen geprägten Alltag. Auch in Verbindung mit dem nächsten Konzept „Aufgaben des täglichen Lebens“ taucht mehrmals der Begriff des „Herauskommens“ auf. Die Beschäftigung fern von der Gruppe gestaltet Fr. G. folgendermaßen:

„...Zehn Minuten, sitz ich da im Bett und (lacht) mach das. Eine Dame sagt: ‚Ja ich mach das auch.‘ (.) *Tua ma halt so a bissl turnen, man glaubt das hilft einem was, net?*“ (Z. 67ff.)

Legitimiert wird die körperliche Intervention zu Hause durch andere ehemalige TeilnehmerInnen, die dies auch machen und es stellt sich Zufriedenheit ein, da der Raum in den eigenen vier Wänden nicht durch andere TeilnehmerInnen eingeschränkt werden kann. Ebenfalls interessant ist die Aussage der Abstriche, sodass man Rücksicht nehmen muss auf andere MitbewohnerInnen. Die Rücksichtnahme prägt allerdings schon sehr lange die Lebensgeschichte mancher BewohnerInnen, sodass sie schon als Routine empfunden wird. Indem die Freiheit nur mit Grenzen existiert, stellt sich die Frage inwiefern das Konzept Freiheit überhaupt in seiner Reinform noch vorkommt.

In der Gemeinschaft scheint es Menschen wichtig zu sein mit anderen BewohnerInnen gut auszukommen, dabei ist es „*wurscht mit wem*“ (Hr. K., Z. 53f.). Um dieses gute Auskommen zu verwirklichen ist die räumliche Nähe ein Faktor, da sich so durch das gute Auskommen eine Möglichkeit für ein friedvolles Zusammenleben ergibt. Andererseits ist es durch die räumliche Nähe zu den anderen schneller möglich mit diesen in Kontakt zu treten.

Manche Personen der Gemeinschaft werden durch den Trott den sie als Alltag erleben, von ihren Mitmenschen als „zwieder, zu wieder“ (unangenehm) beschrieben. Als Auflockerung dieses „Trotts“ wird eine Abwechslung/Auflockerung erwünscht, die jedoch strukturiert und organisiert ablaufen soll. Diese Initiative zur Aktivität kann auch von der Person selbst kommen. In diesem Gemeinschaftsgebilde unterliegt man, damit man nicht Gefahr läuft unpopulär zu werden, einem gewissen Gruppenzwang.

Unter anderem wird dieser Zwang als Ohnmacht empfunden.



Abbildung 8: Einflussgrößen auf empfundenes "Wir-Gefühl"

Das Wir-Gefühl herrscht bei verschiedenen Altersgruppierungen. Wenn dieses Gefühl existiert, wird gegenseitige Hilfe als selbstverständlich verstanden, ebenso wie die gegenseitige Motivation. Herrscht ein hohes Vertrauen/Wohlbefinden in der Gruppe, so kommt es zur Identifikation mit dem Haus und es folgt ebenfalls ein wertschätzender und anerkennender Umgang untereinander. In dieser Gemeinschaft existieren ebenso wie in der Gesellschaft sehr stark ausgeprägte Gender-Rollen. Ein Großteil der Befragten die dieses Wir-Gefühl besitzen, sind der Auffassung, dass ihr eigenes Handeln tolerant ist und von Sympathie (für andere) geleitet ist.

Die bestehenden Angebote, zusammen mit dem Gemeinschaftsgefühl ergeben Freude, Spaß, Abwechslung und bewirken das „Aufleben“ und die Aktivitätssteigerung der TeilnehmerInnen. Die nicht-aktiven Personen erleben dieses Wir-Gefühl nicht in diesem Ausmaß und werden von den aktiven Personen eher als zurückgezogen erlebt.

Es wird oft sehr klar unterschieden zwischen oberflächlichen Kontakten und eher freundschaftlichen Beziehungen, denn Kontakte finden die ganze Zeit in der Gemeinschaft statt, allerdings auch mit jenen Menschen, mit denen man auf Distanz gehen möchte. Kontakte können auch angebahnt werden und bleiben dann in diesem Rahmen meist aufrecht

(bei Ausflügen, Veranstaltungen, etc.). Dabei kann es zu Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der eigenen Integration und der Integration der anderen kommen.



Freiheit

Grenzen

Abbildung 9: Rahmen der Gemeinschaft im PensionistInnenwohnhaus

Die Gemeinschaft des PensionistInnenwohnhaus bewegt sich nun auf einem Kontinuum zwischen Freiheit und gegebenen Grenzen.

Die Grenzen können nun durch den Körper, den Raum (der durch seine Grenzen sowohl als Gefängnis, als auch als Ort der Sicherheit empfunden werden kann), durch die Hilfsmittel (beispielsweise den Rollator), durch vorgegebene Strukturen (Regeln, gezwungene Rücksichtnahme) und durch die anderen BewohnerInnen gegeben sein. Die Grenzen kann sich das Individuum selbst stecken, wenn z.B. eine geliebte Tätigkeit aufgrund des Alters und vielen anderen Gründen, nun aufgegeben wird. Hr. K. tätigt dazu diese Aussage:

„I hab immer gern gsungen, na freilich, aber jetzt nicht.“ (Z. 48f.)

Auch die Gemeinschaft selbst ist begrenzt, so kann das Ende einer Veranstaltung auch die Ende von Kontakt und Kommunikation bedeuten, da manche Begegnungen nur im Rahmen von Veranstaltungen möglich sind. Grenzen werden auch immer dann sichtbar gemacht bzw. verbalisiert, wenn BewohnerInnen gewisse Regeln oder Verhaltensweisen nicht einhalten. Fr. J. beschreibt dies so:

„Des Gedächtnistraining und da ham ma die Frau Y, des is a so eine Betreuerin und die sagt alweil: ‚Sie san ruhig, sie san ruhig, sogns nix‘ weil ghöret ja für die denen nix einfällt (lacht).“ (Z.79ff.)

Die Gemeinschaft befindet sich nicht nur innerhalb der Grenzen, sondern Individuen setzen hier auch Grenzen zu den anderen BewohnerInnen. Diese Grenzen werden gesetzt, wenn BewohnerInnen z.B. mit anderen nichts zu tun haben möchten und durch die Institution ohnehin zum zwanghaften Arrangieren gezwungen sind. Fr. H. beschreibt dies so:

„H: Weil wir ham noch eine bei uns sitzen, Katastrophe!“

I: „Wieso?“

H: „Die is vierundneunzig Jahre alt und (...) die hat wahrscheinlich die Demenz, einen Tag is sie gut aufgelegt und einen Tag, kommts grantig und starrköpfig, also das kann man sich net vorstellen. Man redt eh nix mit ihr und trotzdem, (.) is, is a Wahnsinn (.) kann man nix machen, is halt net lustig, net?“ (Z.194-199)

Die Abgrenzung erfolgt hier durch das Verweigern der Kommunikation mit der Dame und dass auch sonstiger Kontakt gemieden wird. Fr.H. versteht sich nicht gut mit der Dame und hat auch keinen Spaß mit ihr, dies führt zur Abgrenzung. Eventuell verbreiten diese abgelehnten Leute auch Angst und Unwohlsein, man grenzt sich deshalb von ihnen ab, da sie die eigene Zukunft mit Angst behaften.

Die Freiheit wird dann innerhalb dieser Grenzen empfunden, indem man sich zurückziehen oder aber in die Gruppe integrieren könnte. Ein Grund für eine gewählte Integration oder eine Separation sind individuelle Komponenten z.B. Introvertiertheit vs. Extravertiertheit, Anschlussfähigkeit vs. Einzelgängertum u.s.w.

8. 1. 20. Struktur

Die Struktur eines PensionistInnenwohnhauses zeichnet sich v.a. durch Kontinuität und Routine aus und reduziert so ggf. die Angst vor Neuem/Unerwarteten. Eine Regelmäßigkeit kann dadurch entstehen, wenn jede Woche dieselben Aktivitäten angeboten werden. Diese Struktur wird von außen geschaffen, beispielsweise sind es die MitarbeiterInnen bzw. LeiterInnen der Wohnhäuser, die sie mehr oder weniger bestimmen und andererseits sind sie es auch, die den Menschen motivieren. Durch frühzeitiges Gehen wird die Struktur

unterbrochen und dies kann/sollte nur in Abstimmung mit den Strukturgebenden passieren. Die Angebote sind demnach meist fremdstrukturiert. Die Struktur des Tagesablaufes hat eine enge Bindung zum Zeitfaktor und zur Freiheit, wie Fr. J. hier deutlich macht:

„Da gibt's die die gor nix tun ,die Zeit vergeht so schnell' Naja schaut man, ich steh erst um halb sieben auf, ab sieben wäre Frühstück, i geh um halber Achte runter, jetzt geh i um halb zwölf Mittagessen, na und dann, wenn ma will, kann ma einen Café trinken, des moch, moch i eh net. Na dann, leg i mi hin und um fünf is eh schon wieder Nachtmahl, also da vergeht da schon die Zeit mit den zwei Stunden, drei, vier Stunden san a glei um und da geh i. Naja, das is wichtig, ...“ (Z. 109-114)

Denn obwohl ab sieben Uhr Frühstück wäre, nimmt Fr. J. dieses Angebot erst eine Stunde später in Anspruch. Andererseits ist es wichtig, dass diese Tagesstruktur besteht um die Zeit einzuteilen und so über bekannte Termine und Ereignisse, Sicherheit zu schaffen. Die Struktur geht einher mit einem Obrigkeitsdenken, da der Direktor des Hauses in nahezu jedem Gespräch mit hohem Respekt und mit Hochachtung erwähnt wurde.

Im Rahmen der Aktivität „Werksgruppe“ bestehen fixe Arbeitsstationen, an denen jede/r jeder das macht, was er am besten kann. So macht jeder nur seinen Bereich ohne möglicher „Konkurrenz“ (die positive Folge daraus ist, dass klare Arbeitsteilung besteht und damit keine Unklarheiten bestehen; mögliche negative Auswirkungen sind, dass die Qualität nicht steigt bzw. produzierte Produkte nur kaum einen Wandel unterzogen sind). Eine starre Fixierung auf den eigenen Bereich kann wieder zu einer gewissen Isolation führen. Möglich wäre es, dass alle Tätigkeiten bereits so mechanisiert sind, somit „nebenbei“ laufen und daher kommuniziert werden kann.

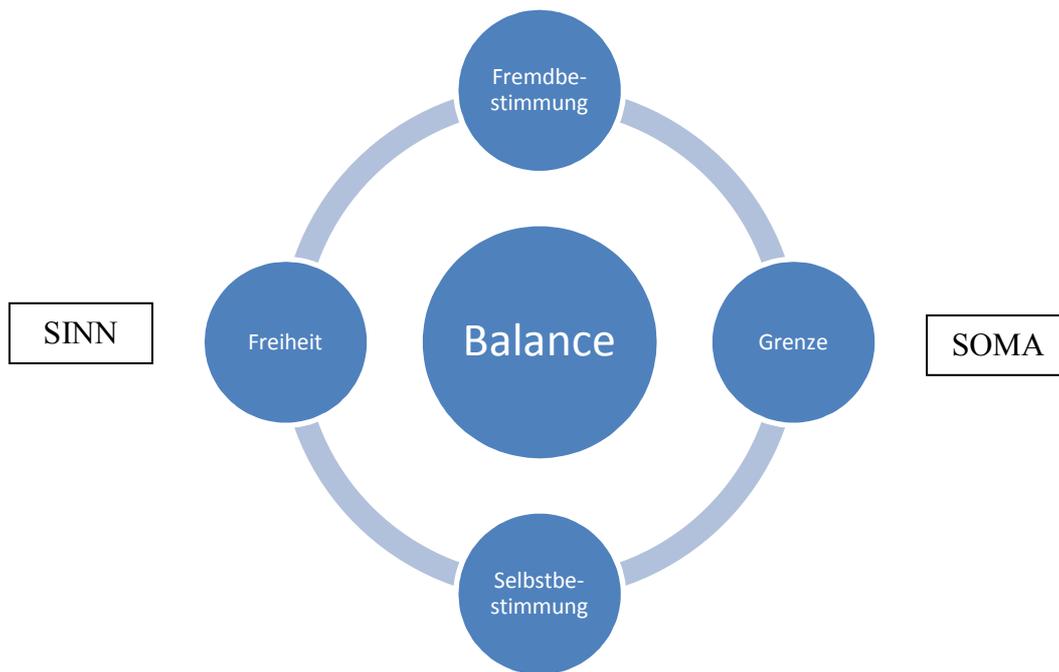


Abbildung 10: Konzepte mit Balancebestrebungen

Die Freiheit bzw. die Selbstbeschäftigung kann nun Tätigkeiten wie: Zusammenräumen (bzw. Koordination der eigenen Putzhilfe mit jener des PensionistInnenwohnhauses), Einkaufen gehen, Frisörbesuch, Sport im eigenen Apartment, Selfpractice, etc. umfassen. Diese Tätigkeiten werden als sinnvoll bewertet und daher besonders dann ausgeübt, wenn positive Ergebnisse überwiegen. Ebenso muss eine individuelle Balance gefunden werden zwischen Aktivität und Ruhe.

Grenzen sind durch die körperlichen Einschränkungen, Überlastungen, Strukturen, etc. gegeben. Diese Grenzen müssen im Rahmen der Tages- und Zukunftsplanung (sofern diese besteht) in Betracht gezogen werden. Die Planungs- bzw. Koordinationsphase bezeichnen die InterviewpartnerInnen überwiegend durch die Begrifflichkeiten „einteilen, planen, ins Kalkül ziehen“.

Manche Tätigkeiten werden nicht ausgeübt bzw. findet eine Unterlassung der Teilnahme statt, da etwas anderes wichtiges ist oder aber die Teilnahme an solch einer Therapieform eine Degradierung für die eigenen Fähigkeiten, den Entwicklungsstand, die Ausbildung, etc. wäre. Die Aktiveren können nun einen Beirat beitreten (auf freiwilliger Basis) und sich so innerhäusliche Strukturen selbst schaffen, Missstände ansprechen, etc. Allerdings ist dies

wieder nur für die aktiveren Personen gedacht, da diese fähig sein müssen zu den Meetings selbst zu kommen und dadurch bestimmen bzw. konstruieren wieder nur die Aktiven das Umfeld. Die, die nicht mehr können, verfallen manchmal in eine gewisse Apathie, es wird ihnen entweder egal was um sie herum passiert oder sie werden nicht mehr (an)gehört.

Es bestehen demnach zwei Strukturen, die hier aufeinandertreffen, die Strukturen/Präferenzen/Gewohnheiten des Individuums müssen mit den Strukturen/Präferenzen/Gewohnheiten des Wohnhauses vereinbart werden. Dies geht einher mit dem Management der Personen, inwiefern ihre Ängste, Nutzen, Ressourcen sie zu einer unterschiedlich gewichteten Abstimmung bewegen.

8. 1. 21. Aufgaben des täglichen Lebens

Die Aufgaben des täglichen Lebens, die eine gewisse Routine im wöchentlichen Vergleich aufweisen, sind die Hauptbeschäftigung vieler BewohnerInnen. Diese Aufgaben sind nun durch Einkaufen, eventuelle Haustierbetreuung, Blumenpflege in der eigenen Wohnung und die Beschäftigung mit aktuellen Themen von besonderem persönlichem Interesse. Diese erfordern oft Planung, die Einkalkulation von Öffnungszeiten, die Berücksichtigung der körperlichen Verfassung, die tatsächlichen Angebote des Hauses, etc. und sind manchmal mit Aufwand bzw. „Beanspruchungen“ verbunden (hier durch W2_B aufgezeigt):

„...ich da noch meine Sittiche ghabt, der letzte ist im März gestorben. Die hab ich auch noch zur Betreuung gehabt natürlich, jeden Tag Käfig reinigen, Einkauf und so weiter. Also es is schon auch ein bissl beansprucht, net, und also und die Blumen...“

Diese Aufgaben stellen eine gewisse Verpflichtung dar, sind selbstaufgelegt und werden im Wesentlichen auch unter „Alltagsbewältigung“ verstanden. Die Aufgaben des täglichen Lebens sind Tätigkeiten, die eine gewisse Beständigkeit aufweisen und deshalb aus Gewohnheit, Bequemlichkeit, etc. beibehalten werden. Die Befragten sehen in diesen Beschäftigungen des täglichen Lebens oft eine Rechtfertigung dafür keine Zeit zu haben/sich nehmen zu können für z.B. die Teilnahme an angebotenen Aktivitäten. Um diese Koordination zu vollziehen, muss mitgedacht werden und somit liegt die gesamte Entscheidungsmacht bei dem/der BewohnerIn.

Manche warten allerdings auch auf einen Motivator (z.B. Medium, Mensch), der sie aus der tagtäglichen Routine holt. Dies zeigt sich in folgender Passage:

„F: Ja, das sollte ich machen, ja, aber da bin i noch net so weit. Da hob ich noch ka Zeit.

I: Weil Sie hier so viel zutun haben?

F: Ja,ja. (..) Ja ich, man is langsamer und man hat da auch verschiedene Sachen zu machen, ja, ja. Wäsche waschen, Blumenpflege und (.) und so verschiedenes, andere Sache. Aber bitte, das sollte ich schon machen, die Gymnastik sollte ich machen, aber da bin ich momentan noch zu faul dazu. Ehrlich, gsagt, ja?

I: Motivieren Sie sich dann später mal?

F: Ja, ich hoffe. Wenn ma wer einen Stoß gibt, ja.“ (Vgl. W5_7)

8.2. Zusammenfassung der wesentlichen Konzepte

Die wesentlichen Konzepte sollen hier in einem Zwischenschritt nochmals gebündelt dargestellt und ihre Beziehung zueinander dargestellt werden, wobei sich Konzepte unter den Begriffen Wendepunkt, Ressourcen, Information, Einteilung und Zeit zusammenführen lassen können.

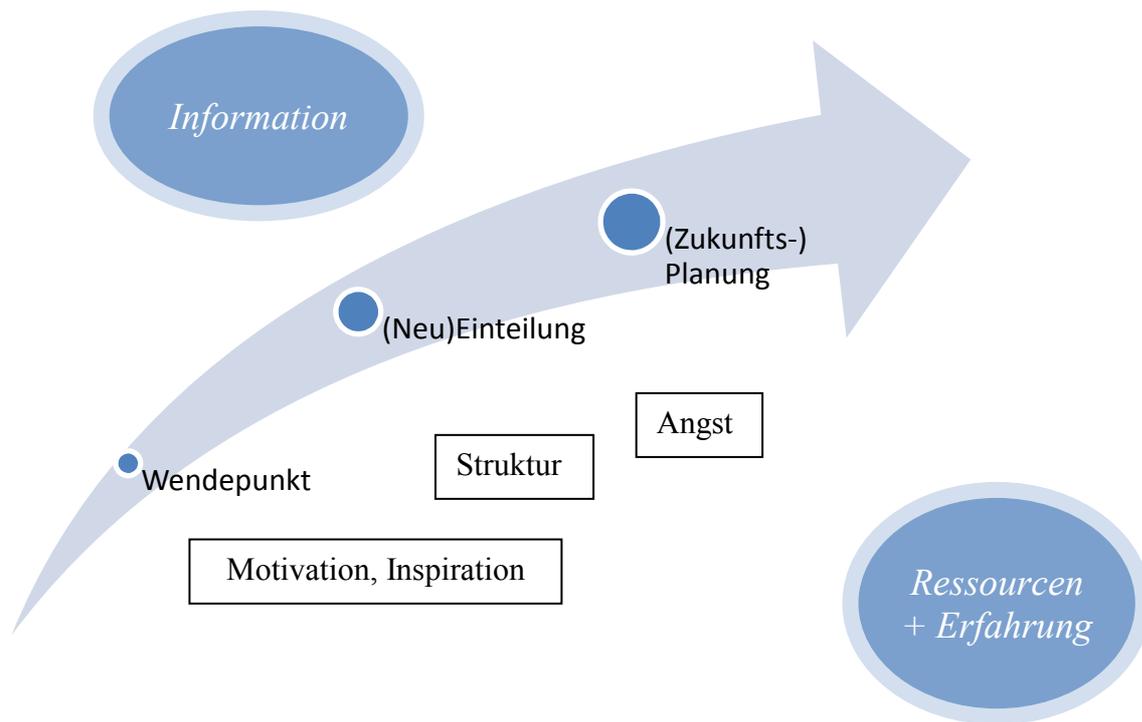


Abbildung 11: Zusammenfassung der wesentlichen Konzepte

Im Leben jeder Bewohnerin bzw. jedes Bewohners kommt es zu einem Wendepunkt, an dem ein Wechsel von der häuslichen Umgebung des eigenen Heimes in ein zuerst fremdes Umfeld des PensionistInnenwohnhauses stattfindet oder aber eine Veränderung z.B. aufgrund eines Schicksalschlages durch den Tod des Ehepartners bzw. der Ehepartnerin erfolgt. Der Wendepunkt kann allerdings auch durch eine Veränderung der körperlichen Möglichkeiten gegeben sein, z.B.: ist Fr. H. nach einer Hüftoperation in ihrer Mobilität beeinträchtigt. An diesem Wendepunkt fließen Wünsche und Ressourcen (physische, psychische und geistige) der BewohnerInnen in den Planungs- bzw. Einteilungsprozess ein, indem die täglichen Aufgaben (bzw. Erledigungen mit individuell höherer Priorität) mit den möglichen

Beschäftigungstherapien abgestimmt werden. Diese Tätigkeiten des täglichen Lebens sind nicht immer wichtig, da beispielsweise Fr. C. in der Aussage:

„Aber der Dienstag is noch das Beste, weil da hab i dafür einen Arztbesuch (lacht) des muss a sein, wenn Zeit bleibt“ (ebd. Z. 57f.)

den Arztbesuch um ihr soziales Engagement und ihre Beschäftigungstherapien organisiert, diese Einplanung erfolgt, wenn die priorisierten Tätigkeiten erledigt sind (d.h. andere Tätigkeiten bestehen, die höhere Priorität für das Individuum besitzen). Die BewohnerInnen nennen diese Neuplanung meist „einplanen“, „Leben einrichten“ bzw. „ins Kalkül ziehen“. Hier müssen körperliche und geistige Ressourcen von den NutzerInnen selbst in Betracht gezogen werden, um Beschäftigungsangebote mit den individuellen Möglichkeiten zu koordinieren. Kann dies von einer Person alleine gemacht werden, fühlt sie sich eher selbstbestimmt und empfindet eine gewisse Freiheit, da ein Teil der (Tages-) Planung ihr selbst obliegt.

Angst bzw. Unsicherheit sind dann gegeben, wenn die Personen das Gefühl haben, irgendetwas würde hinter ihrem Rücken geschehen oder die Möglichkeit ihrer Einflussnahme seien mehr oder weniger unmöglich. Dies kann nun in Bezug auf die Planung, die Strukturen der Organisation oder Individuen in dieser Organisation sein. Informationsmängel treten vor allem zwischen der Wohnhausleitung bzw. den MitarbeiterInnen und den BewohnerInnen auf. Strukturen reduzieren zu einem Ängste, da sie einen Orientierungsleitfaden geben und andererseits können sie Ängste schaffen, diese strukturellen Vorgaben als Zwang wahrgenommen werden bzw. keinen individuellen Spielraum mehr bieten. Das Gefühl fremdbestimmt zu sein (dies ist auch ein weiterer Grund für Angst) besteht ebenfalls, wenn die individuellen Ressourcen nicht mehr empfunden werden bzw. die negativen Erfahrungen mit ihnen überwiegen. Das bedeutet, dass keine bis sehr wenige Erfolgserlebnisse in Bezug auf die eigenen Fähigkeiten vorhanden sind und dann entweder die eigenen Ziele oder die fremde Struktur abgelehnt werden.

Diese Komponenten sind in einem Kontinuum von Zeit, Raum und sozialer Ordnung eingebettet. In diesem sozialen Umfeld haben die BewohnerInnen, die noch aktiver sind und beispielsweise regelmäßig an den Veranstaltungen teilnehmen, oftmals ein „Wir-Gefühl“,

während dies bei der Gruppe der Unaktiven nicht in diesem Ausmaß vorhanden ist. Ebenfalls haben aktivere Personen mehr Möglichkeiten zur Partizipation, beteiligen sich an sogenannten „Beiräten“ und haben damit das Gefühl die Strukturen des Wohnhauses mitgestalten zu können und somit auch das eigene Leben.

Die Zeit möchten die Bewohner eher „beschleunigen“ bzw. ist es wichtig, dass der Tag schnell vergeht. Die Strukturen (Frühstück, Mittag- und Abendessen) machen kommende Tage erwartbar und unterstützen einen rascheren Tagesablauf.

Die Lokalisation bezüglich der Therapie ist ebenfalls wichtig, hier geben die interviewten Personen vor allem die räumliche Nähe als Grund für eine Teilnahme an. Im anderen Fall präferieren sie eher für ihren Raum/ ihr Appartement um die Übungen zu machen, als für den gewisser Weise „überfüllten“ Raum (gegeben durch die anderen TeilnehmerInnen) in dem die Gruppenübungen stattfinden.

Das Wohlbefinden hat eine starke Auswirkung auf die Teilnahme an Beschäftigungstherapieformen. Wie bereits erwähnt, beeinflussen vier Komponenten des Wohlbefindens die Teilnahme. Diese vier Empfindensmomente sind durch den zeitlichen Faktor abgegrenzt, die Variable Erfahrung spielt ebenfalls eine Rolle.

Beschäftigungstherapien können nun Inspiration stiften, Hobbies mit der Institution in Einklang bringen, einen Ausbruch aus dem Alltag bieten, eine (gewünschte oder ungewünschte) Ablenkung bezüglich der täglichen Aktivitäten sein, zu gewünschten bzw. ungewünschten Kontakten führen, Mitsprache bzw. Profilierung ermöglichen und Bestätigung und Anerkennung von dem/der Ausführenden selbst oder außenstehenden Personen mit sich bringen.

Zu gewünschten Kontakt kommt es beispielsweise bei Ausflügen, wenn die/der TeilnehmerIn andere Personen bereits kennt, allerdings ist hier eine bereits getätigte Teilnahme Voraussetzung und der situativ empfundene Wunsch nach Kontakt.

In Bezug auf Beschäftigungstherapien sind auch einige Ängste vorhanden, z.B. dass die Aktivität zu einen schlechteren körperlichen Zustand führen könnte, dass bei einer Nichtteilnahme bzw. nur „oberflächlicher“ Teilnahme Konsequenzen durch das Personal oder durch andere BewohnerInnen folgen könnten.

8.3. *Selektives Kodieren*

In diesem letzten Auswertungsschritt soll die Darstellung des Kernphänomens erfolgen, welches möglichst alle Kategorien beschreibt bzw. einen Überbegriff darstellt. Weiters geht es auch darum Hypothesen über Kontinuitäten zu formulieren und die Verifikation dieser Zusammenhänge anhand des Datenmaterials zu belegen. Der letzte Schritt wäre eine möglichst dichte Beschreibung der Theorie, die einen engen Bezug zu dem Gegenstand, aus dem sie entspringt, aufweisen sollte.

8.3.1. *Kernkategorie*

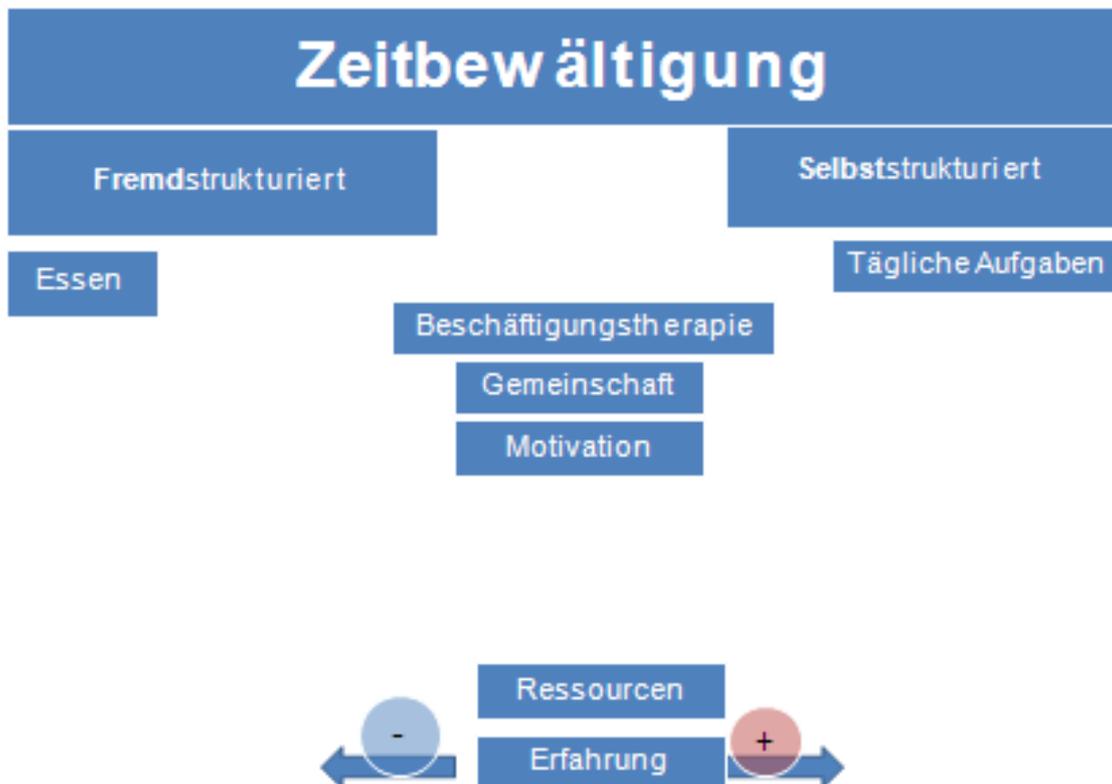


Abbildung 12: Verknüpfung der Kategorien zur Kernkategorie

Die Kernkategorie ist die Zeitbewältigung. Das Zeitempfinden erfährt eine andere „Qualität“, da in den meisten Fällen nicht mehr zwischen Erwerbsarbeits- und Freizeit unterschieden wird. Mit dem Eintritt ins PensionistInnenwohnhaus ändern sich die Umgebung, die Tätigkeiten und das Umfeld. Vor allem die Strukturen werden entweder eher von außen oder vom Individuum selbst beeinflusst.

Die Zeit kann sich nun eher an die bereits bestehende Strukturierung der Institution „anpassen“ oder kann eher vom Individuum selbst neu definiert werden. Die Essenzeiten sind z.B. eine vorgegebene Struktur, um die man nun alle Tätigkeiten strukturieren kann oder aber sich für den Zeitpunkt zur Einnahme der Nahrung selbst entscheidet. Diese fixe Essenzeitenstrukturierung wird meist angenommen und die Zeit zwischen der Nahrungsaufnahme ist „frei gestaltbare Zeit“. D.h. die (fixen) Essenzeiten stellen oftmals einen wichtigen „Höhepunkt“ im Alltagsleben der HeimbewohnerInnen dar. Eine Dame erwähnte, dass sie sich das Essen auf das Zimmer bringen lasse und die Zeit der Aufnahme dann individuell wähle.

Die täglichen Aufgaben, die gemacht werden („müssen“) sind eher selbststrukturiert, da der/die BewohnerIn selbst das Ausmaß, die ausführende Person, die Struktur und die Intensität dieser Tätigkeiten bestimmt.

Die Beschäftigungstherapien sind sowohl fremdstrukturiert als auch selbststrukturiert. Die AnimatorInnen, PflegerInnen, Heimleitung, TherapeutInnen und andere Personen der Institution sind an der Planung und Umsetzung der Therapieintervention beteiligt. Die TeilnehmerInnen teilen sich nun diese Beschäftigungen in ihren bestehenden Tagesplan ein, sind an der Ausführung und der Mitgestaltung beteiligt oder blockieren die Intervention. Die Struktur (Planung, Kalkulation, Stundenanzahl, Einheiten, etc.) der Beschäftigungstherapie wird meist durch die Leitung der Institution festgelegt, die Möglichkeit zur Mitgestaltung durch die TeilnehmerInnen besteht, unter anderem, durch den BewohnerInnenbeirat. In diesem Beirat sind vor allem Personen, die an Beschäftigungstherapien teilnehmen, die den Kontakt zur Gemeinschaft suchen und sich selbst motivieren vertreten. Die Motivation erfolgt meist durch die positive Erfahrung mit der Intervention und in diesem Zusammenhang mit den eigenen Ressourcen in Form eines Erfolgserlebnisses. Die Motivation kann aber auch aus der Gemeinschaft kommen, sodass die TeilnehmerInnen versuchen die sichtbaren Einschränkungen anderer BewohnerInnen durch die eigene Aktivität, gezielt bei sich zu verhindern bzw. vorzubeugen. Der Wunsch zu Gruppenaktivität kann ebenso bestehen, wenn

der Antrieb wegen der Teilnahme bestimmter anderer BewohnerInnen (z.B. Freunde, Freundinnen, Bezugspersonen) gegeben ist. Gibt eine in der Institution tätige Personen oder Bekannte den Anstoß bzw. motiviert ständig zur Aktivität, so ist dennoch die Voraussetzung gegeben seine Zeit durch das Therapieprogramm nutzen zu wollen. Dies impliziert einen Nutzen von der Teilnahme zu haben bzw. positive Erfahrung im Zusammenhang mit der Teilnahme gemacht zu haben.

Selbststruktur ist in Bezug auf die Gemeinschaft auch dadurch gegeben, dass Beschäftigungstherapien bevorzugt alleine, anstatt in der Gruppe ausgeübt werden, da die Zahl der TeilnehmerInnen als Einschränkung empfunden wird.

Eine wesentliche Kategorie die meist einen Einfluss ausübt ist die Angst. Es existieren unterschiedliche Ängste, Befürchtungen u.s.w. in Zusammenhang mit Beschäftigungstherapien z.B., dass die Beschäftigung zu einem körperlich schlechten Zustand führen könnte, Angst vor Kritik und kritischen Äußerungen, Angst vor möglichen Folgen bei Nichtteilnahme, Angst nicht mehr teilnehmen zu können, Angst vor einem eventuellem Ausfall der Therapie wegen zu weniger TeilnehmerInnen und die Angst die Tätigkeiten in der Therapie gar nicht ausführen zu können („Versagungsangst“).

Strukturierung bringt Sicherheit, durch die Einteilung der Zeit werden Tage „erwartbar“ und die unsichere Zukunft (hier vor allem geprägt durch den eigenen und den fremden physischen und psychischen Abbau) hat zumindest ein Gefüge. Eine umfassende Fremdstrukturierung in allen Lebensbereichen kann nur dann entstehen, wenn „zu viel Zeit“ vorhanden scheint. Inwiefern man sich nun eher an gegebenen Leitlinien orientiert oder diese selbst verändert und sich selbst Strukturen schafft, hängt vom Individuum, seinem Empfinden und seinen (Lebens-)Erfahrungen ab. Durch Motivation kann die Selbststrukturierung der BewohnerInnen gefördert werden.

Die tägliche Struktur kann nun eher an die Vorgaben der Institution angelehnt werden oder an die selbst definierten Aufgaben. Das häufigste Beispiel für eine gegebene Fremdstrukturierung stellen die Essenszeiten dar.

Die folgende Graphik zeigt die drei relevanten Zeiten für die BewohnerInnen, dazu zählen die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft. Aufgrund der Analysen, komme ich zu dem

Schluss, dass die Vergangenheit hier einen besonderen Stellenwert besitzt. Ausflüge passieren in Zusammenhang mit früheren Erfahrungen, sodass die Vergangenheit durch das gegenwärtig gesetzte Programm wieder auflebt. Eine Verbindung zur Vergangenheit passiert durch Erinnerungen.

Die Gegenwart ist durch die Konzepte „zu viel Zeit“ vs. „zu wenig Zeit“ geprägt, in diesem Zusammenhang auch entweder vielen Beschäftigungen nach zu gehen oder keinen. Empfinden die BewohnerInnen „zu viel Zeit“, so lassen sie eher eine Fremdstrukturierung der Zeit zu, durch z.B. AnimatorIn, Tagespläne, etc. Die Motivation durch Angestellte, Angehörige und andere Kontaktpersonen kann die/den BewohnerIn wieder zu Selbststrukturierung der Zeit bewegen. Aufgrund von hoher Selbststrukturierung, geben die Personen an „zu wenig Zeit“ zu haben.

Die Zukunft steht meist mit Angst in Verbindung und wird eher selten thematisiert. Wenn Zukünftiges erwähnt wurde, dann immer in Zusammenhang mit Unsicherheit, z.B. den Verlauf bestehender und möglicher zusätzlicher Krankheitsverläufe. Die Zukunft kann auch eine positive Deutung erfahren, wenn z.B. Verwandte schmerzfrei und rüstig ein hohes Alter erreichten, aber auch Befürchtungen auslösen, wenn die Verschlechterungen des somatischen/psychischen Zustandes der MitbewohnerInnen offensichtlich werden.

Zeitbewältigung

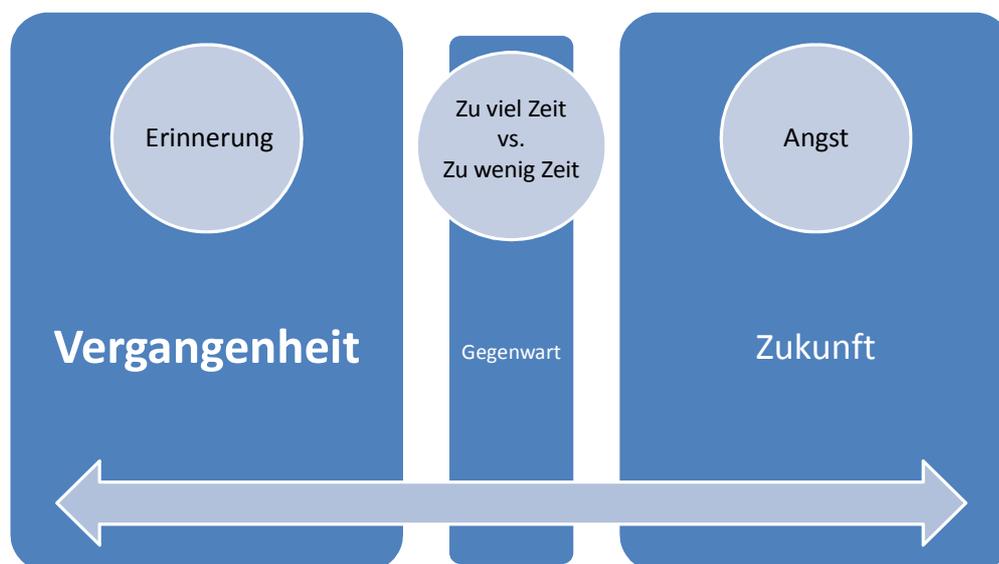


Abbildung 13: Dimensionen der Zeitbewältigung

Die Gegenwart ist verkleinert dargestellt, da sie selten thematisiert wurde und die Vergangenheit bzw. die Zukunft in wesentlich höherem Maße zur Sprache kamen. Der große Pfeil an der Basis der Zeiten stellt das Kontinuum dar, auf welchen sich die BewohnerInnen bewegen können.

Die möglichen Folgen von Beschäftigungstherapie auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen geriatrischer Einrichtungen reichen nun von Selbstbestimmung, Mitsprache, Erfolgserlebnissen über Angst und Zeitbewältigung. Im Allgemeinen hilft die Therapie Zeit zu bewältigen und Abwechslung zu täglichen Aufgaben bzw. im täglichen Ablauf zu schaffen. Allerdings kann dieses Bewältigungsmuster nur als solches bewusst und individuell kontrolliert ausgelebt werden, wenn zum einen die physischen und psychischen Ressourcen wahrgenommen bzw. ausgelebt werden und zum anderen die Selbstbestimmung und Selbstwahrnehmung vorhanden ist. Diese Selbstbestimmung beruht auch auf den

Informationen, die die Angestellten der Einrichtung den BewohnerInnen zukommen lassen und darauf inwiefern gesetzte Richtlinien für das Individuum beeinflussbar zu sein scheinen.

8.4. Beantwortung weiterführender Forschungsfragen

Im Vorfeld stellte ich mir unter anderem die Frage, inwiefern sich der Alltag der Personen durch eine bzw. keine Teilnahme an Beschäftigungstherapieprogrammen verändert. Der Alltag verändert sich nun dahingehend, dass durch eine Teilnahme ganz bewusst Abweichungen der Tagesablaufs aufgesucht werden um „heraus zu kommen“ aus der alltäglichen Routine. Bei einer Nicht-Teilnahme ist der Tag bzw. die Zeit ohnehin soweit selbst strukturiert, dass Zufriedenheit herrscht oder aber die Orientierung an den strukturellen Vorgaben der Institution stattfinden.

Die Veränderung des Wohlbefindens bestehen auf einem Kontinuum zwischen Angst und Unabhängigkeit. Mit der veränderten Wohnsituation auftretend bei Heimeintritt, bringen sich die BewohnerInnen in eine gewisse Abhängigkeit, gegeben durch die fremde Umgebung und die institutionalisierte Einrichtung mit Erwartungen, Normen und Regeln („Hausordnung“). Nicht nur das räumliche Umfeld ist fremd, sondern auch das soziale, so beschreibt Fr. H. bei der Frage nach Aktivitäten mit Freundinnen

„Naja, Freundinnen, MEINE Freundinnen, die meisten sind schon gestorben oder die sind da nicht untergebracht. Aber sehr, sehr nette Frauen im Haus, da hab ich mich dann angeschlossen, Freundschaften sagen wir, in dem Sinne, kann ma net sagen, net? Das is mehr, wie soll i sogn, man muss a bissal, das is eine Gemeinschaft und da muss ma a bissal zusammenhalten und helfen, so is das irgendwie, göah? (.) Das is anders wieder, dem Alter entsprechend (lacht) (.)“ (Fr.H., Z.94-98)

die implizite Regel des Gemeinschaftslebens. Schwierige Erlebnisse gilt es ebenso zu verarbeiten, wie bereits in der Kategorie „Schockerlebnisse“ beschrieben.

Eine weitere Forschungs- bzw. Interessensfrage war jene nach der Lebensstruktur, die nach der Auswertung mit einer engen Verknüpfung zu den individuellen Ressourcen und der Selbstwahrnehmung zu beantworten ist. Denn nur wenn eigene Ressourcen auch bewusst

wahrgenommen werden, kann das Individuum sie fördern und durch diese Selbstinitiative entsteht Eigenstruktur. Es sind aber nicht nur Ressourcen, sondern auch Erfolgserlebnisse mit ihnen, die die individuelle Strukturierung des Tages, der Zeit, der Gegenwart und Zukunft prägen.

Die BewohnerInnen nehmen die geriatrische Einrichtung als Resümee nahezu immer positiv wahr, hier stellt sich jedoch die Frage inwiefern (da ich die offizielle Erlaubnis der Stations- bzw. Heimleitung hatte) sie nicht auch Angst hatten mir gegenüber Kritik zu üben. Wenn Kritik der Einrichtung gegenüber aufkam, dann überwiegend gegenüber bestimmten Personen in diesem Umfeld oder aber aufgrund mangelnden Informationsflusses, z.B.: dass BewohnerInnen sich nicht ausreichend (vor-) informiert fühlten.

Die Gründe für Teilnahme oder Ablehnung der Teilnahme waren unterschiedlich, überwiegend kamen die Aspekte Zeitprobleme oder körperliche Probleme vor. Sehr aktive InterviewpartnerInnen wiesen auf zu wenig Zeit hin, um weitere Aktivitäten ausüben zu können. Andere weniger Aktive meinten, sie hätten durch tagtägliche Aufgaben bereits genug zu tun. Und jene, die wenig an Beschäftigungsprogrammen teilnahmen, erwähnten diverse Programme, die ihnen gefallen hatten, aber nicht mehr im Angebotsspektrum vorhanden sind.

Einstellungen und Erwartungen waren nicht explizit an die Teilnahme bzw. eine Nicht-Teilnahme geknüpft, allerdings waren sich viele aktivere TeilnehmerInnen einig, dass es eine Art Verpflichtung darstellen würde, wie beispielsweise Fr. D.:

„ A Bewegung, wichtig is den Menschen zu bewegen.“ (Fr.D., Z.241.)

Erwartungen an das Angebot werden meist dann erfüllt, wenn das Beschäftigungsprogramm beibehalten wird bzw. wenn es sich mit individuellen Wünschen und Sehnsüchten deckt.

Die Personen haben oft an auch an Wertigkeiten festgehalten, beispielsweise an Lob oder Zurechtweisung, beispielsweise erfahren TeilnehmerInnen, die bei Gedächtnisübungen sehr aktiv mitwirken, Maßregelung. Diese Personen begleiten diese Erzählung aber meist mit Lachen und ändern ihr Verhalten nicht, sodass die Ermahnung der Aufsichtsperson eine Bestätigung für eigenes „richtiges“ Wissen ist und somit als Anerkennung wahrgenommen

wird. Lob wegen guter Zeichnung, Tanzeinlage, etc. wird nur beiläufig in Interviews erwähnt und ist der/dem EmpfängerIn meist unangenehm.

9. Vergleich mit wissenschaftlicher Datenlage

9.1. Einleitung

Ich halte es für sinnvoll, meine eigenen Erkenntnisse mit bestehenden Studien mit ähnlichem Fokus zu vergleichen und eventuelle Abweichungen aufzuzeigen bzw. wird hier auch der Fokus in dem Gebiet der Beschäftigungstherapie offensichtlicher. Die meisten Artikel oder Studien über die Thematik Beschäftigungstherapie für die Personen ab 65+, befassen sich mit der Zielgruppe der dementen KlientInnen oder aber mit den Rahmenbedingungen. Die vorgestellten Studien sind nur ein Auszug der Vielfalt an wissenschaftlichen Arbeiten und sind jene Studien, welche, in Bezug auf diese Diplomarbeit, zu ähnlichen bzw. völlig gegenteiligen Ergebnissen kommen.

Ich halte es einleitend ebenfalls für sinnvoll bereits bestehende Kategorien der Beschäftigungstherapie anzuführen, sodass ein besseres Verständnis darüber besteht, welche Werte in die Beschäftigungstherapie einfließen:

Land	Kategorien
USA	ADL, I-ADL, (Aus-/Weiter-)bildung, Arbeit, Spiel, Freizeit, Soziales (AOTA,2002)
Schweden	Arbeit, Freizeit, Self-care, Housing (FSA, 2005)
Europa	Self-care, Produktivität, Freizeit (ENOTHE, 2002)
Kanada	Self-care, Freizeit, Produktivität (Townsend, 1997)

(Vgl. Johnsson, 2008; S.3)

Abbildung 14: Tabelle der Kategorien die offiziell zu Anpassungen in den Beschäftigungstherapien der Einrichtungen in den Ländern USA, Schweden, Europa und Kanada führten

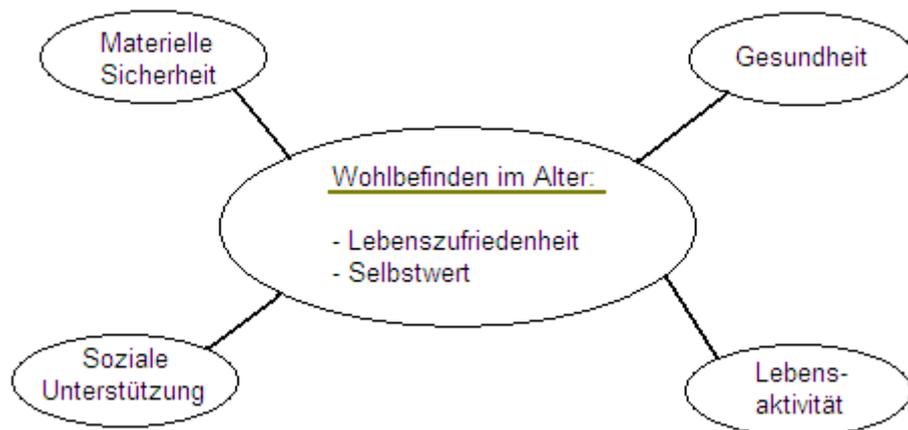
Die eben angeführte Grafik zeigt welche Kategorien einen besonderen Stellenwert in der Phase der Planung und Durchführung der Beschäftigungstherapien besitzen. Diese wurden angeführt, um die Werte bzw. den Fokus der verschiedenen Länder in Bezug auf Beschäftigungstherapie aufzuzeigen. **ADL** beschreibt dabei die 'Activity of Daily Living', die Alltagskompetenz, inwiefern Personen solche Tätigkeiten noch ausüben können und gilt auch oft als Indikator in der Erfassung bzw. Bewertung der Pflegebedürftigkeit von, beispielsweise,

geriatrischen Patienten. I-ADL baut auf dem Verständnis der ADL auf und konzentriert sich auf die Bereiche Telefon, einkaufen, kochen, Haushalt, Wäsche, Verkehrsmittel und Geldgeschäfte. 'Self-care' bezieht sich auf das Ausmaß in dem ein Individuum fähig ist, sich um sich selbst zu kümmern. Freizeit steht für den „Genuss“ des Lebens und Produktivität bezieht sich auf den möglichen Beitrag im Sinne der ökonomischen Erzeugnisse der Gemeinschaft.

Im Wesentlichen fokussiert die Organisation der Beschäftigungstherapien mit den drei großen Bereichen Selbstständigkeit, Lebensgenuss und einen Beitrag auf sozialer und ökonomischer Ebene zu leisten. Die Bezugsgruppe dieser Therapieformen sind allerdings weniger die geriatrischen Patienten, eher Personen die nahe einem Austritt aus dem Berufsleben sind bzw. nahe einem Eintritt.

9.2. Studienvorstellung

Frühere Altersmodelle konzentrierten sich vor allem auf den körperlichen und geistigen Abbau im Alter, wobei ein erfolgreiches Altern durch das Anfreunden mit dieser als defizitär erlebten Situation, definiert wurde. Zeitgemäße Modelle versuchen die Ressourcen der alternden Person hervor zu streichen. Sie betonen die Aufrechterhaltung des physischen und kognitiven Funktionslevels, ein aktiveres Rollenverständnis und eine minimale Krankheitspräsenz. Ein wesentlicher Faktor ist demnach die Erhaltung des subjektiven Wohlbefindens, wobei dieses vor allem zwei Ausprägungen besitzt, den Selbstwert und die Lebenszufriedenheit. Einfluss auf das Wohlbefinden im Alter wird vor allem durch die Faktoren materielle Sicherheit, Ressourcen der sozialen Unterstützung, Gesundheit und (Lebens-)Aktivität ausgeübt. Dazu möchte ich das europäische Modell des Wohlbefindens im Alter anführen:



(Weber et al., 2005; S. 73-f.)

Abbildung 15: Modell des Wohlbefindens nach Weber (2005)

Im Allgemeinen gilt die Aktivität im Alter als gesundheitsfördernd und dient zur Erhaltung der psychischen und physischen Fähigkeiten.

„Die Teilnahme an Aktivität spielt aber auch eine wichtige Rolle für die Lebenszufriedenheit und das Wohlbefinden eines Menschen.“ (Weber, et al., 2005; S. 40)

Allerdings sollen vor allem Freizeitaktivitäten die spezielle Wirkung von kognitiver und physischer Selbstbestimmung und Mündigkeit hervorrufen. Es kann durch diese Aktivitäten zum Abbau von Stress und zu einer Steigerung der Lebenszufriedenheit kommen (vgl. Weber, et.al., 2005).

Aufschlussreich ist nun inwiefern diese Erkenntnisse für die TeilnehmerInnen der Beschäftigungstherapien in geriatrischen Einrichtungen zutreffen und wie diese Personen ihr Wohlbefinden im Zusammenhang mit der Teilnahme oder der Verweigerung der Teilnahme bewerten.

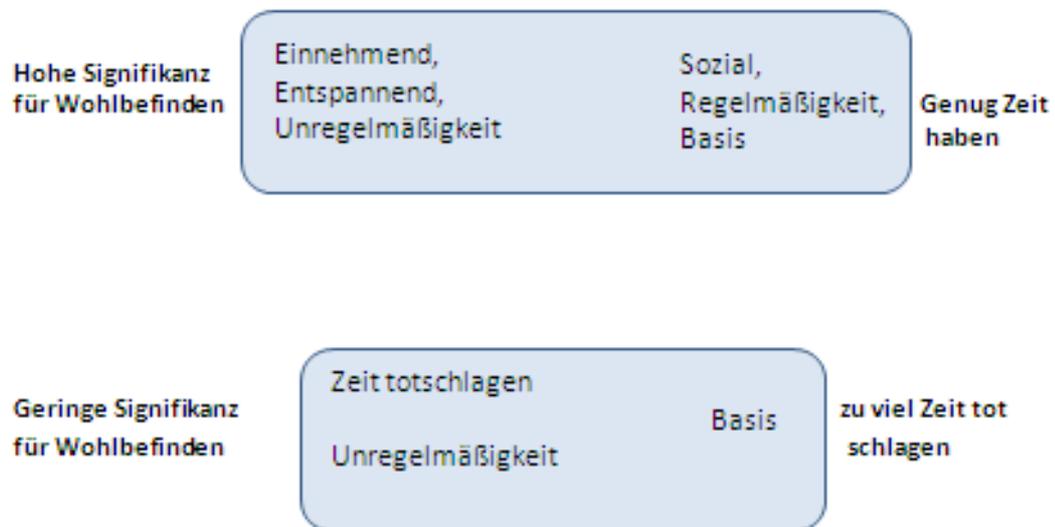
Auf der Suche nach Studien mit der Thematik Beschäftigungstherapie und den damit verbundenen Auswirkungen, stieß ich meist auf Publikationen, in denen, demente PatientInnen im im Mittelpunkt standen. Eine davon beschäftigte sich z.B. mit den Auswirkungen der gemeinschaftlichen Beschäftigungstherapie auf die Bereiche Lebensqualität, Stimmung und Gesundheitsstatus der DemenzpatientInnen bzw. deren PflegerInnen. Die Analyse der Daten, die den Unterschied von zwei Gruppen (mit und ohne Therapieintervention) untersuchten, zeigte eine positive Auswirkung der Beschäftigungstherapie auf die untersuchten Bereiche. Dabei wurden Personen ab 65 Jahren in die Studie aufgenommen, die Dauer betrug fünf Wochen, in denen zehn Beschäftigungsinterventionen abgehalten wurden (vgl. Graff, Maud J.L., et.al., 2007).

Das Institut AHRQ initiierte eine Altersstudie, welche die Effektivität von Beschäftigungstherapie in Bezug auf funktionelle Einschränkungen im Alter ab 60 Jahren evaluierte. Über die Dauer von neun Monaten erhielt eine Gruppe regelmäßige Beschäftigungstherapie. Der Schwerpunkt lag auf Sicherheit, Einkauf, Umgang mit dem öffentlichen Transport, Ernährung, etc. Die andere Gruppe beschäftigte sich mit sozialen Aktivitäten, nahm an handwerklichen Projekten teil, schaute Filme an, spielte, übte Tänze, etc. Die Untersuchten der ersten Gruppe gaben an, dass durch die Intervention eine bessere Qualität der Interaktion, ein erhöhter Gesundheitsstand, eine höhere Lebenszufriedenheit, weniger Schmerz, weniger emotionale Probleme und eine Verbesserung in den Bereichen Vitalität, mentale Gesundheit, etc. die Folge waren (vgl. AHRQ, 2002).

Durch die Suchbegriffe „occupational therapy“ und „wellbeing“ konnte ich in der Datenbank CINAHL drei Artikeln ausfindig machen, einer war besonders interessant. Diese wissenschaftliche Untersuchung beschäftigte sich mit der Erfahrung pensionierter Personen im Rahmen von künstlerischen Stunden. Auch hier fokussierte man sich auf den möglichen Beitrag verschiedener Aktivitäten zum individuellen Wohlbefinden. Das Forschungsinteresse galt der persönlichen Sichtweise der TeilnehmerInnen, zum Einsatz kam der qualitative Ansatz, hier jedoch in Verbindung mit unstrukturierten Interviews. Im Rahmen der Studie wurden sechs Personen befragt, die Daten wurden dann mithilfe des phänomenologischen Ansatzes interpretiert. Dabei kamen dem Malen und Zeichnen in der Lebensphase ab der Pension spezielle Dimensionen zu, wie etwa die Auswirkungen auf das individuelle Wohlbefinden und wie positive Emotionen einen stärkenden Beitrag zur Gesundheit leisten können. Die Anwesenheit bei diesen Malgruppen stellte sich deshalb als besonders effizient dar, da das Arbeiten in der Gruppe als Inspirationsförderung empfunden wurde und als Möglichkeit sich gegenseitig zu motivieren bzw. voneinander zu lernen. Die Aktivität und die soziale Komponente stellten sich als nahezu gleichwertige Faktoren, die der Grund für eine Teilnahme sein können, heraus (vgl. Bedding, S.; Saldo, G.; 2008).

Die Studie von Mozley et.al. überprüfte die Hypothese nach der die Teilnahme an einer Beschäftigungstherapie depressive Verstimmungen reduzieren sollte. Dazu wurden 143 Personen herangezogen und mittels „Geriatric Mental State- Depression Scale“ ihr Depressionsgrad ermittelt. Des Weiteren untersuchte man die Auswirkung auf Abhängigkeit und Lebensqualität. Es ergaben sich keine signifikanten Ergebnisse der quantitativen Studie, allerdings zeigte sich anhand der qualitativen Interviews im Rahmen der Studie, dass der Therapieinput von TeilnehmerInnen, BetreuerInnen und Angehörigen als positiv empfunden wurde. Diese Angaben der qualitativen Interviews gaben zwar einen individuellen Nutzen an, jedoch war dieser nicht objektivierbar. Die explorative Studie konnte keinen statistischen Zusammenhang beweisen, der eine positive Auswirkung der Beschäftigungstherapie auf Depression, Abhängigkeit und Lebensqualität der/des Einzelnen belegte (vgl. Mozley, CG; et.al., 2007).

Einen sehr kohärenten Einblick in das Feld des Wohlbefindens bietet der Artikel von Johnsson 'A New Direction in the Conceptualization and Categorization of Occupation' im Jahr 2008 veröffentlicht. Der Ausgangspunkt dieser Studie war die Annahme, dass Konzepte der Beschäftigung eher gesellschaftliche bzw. politische Notwendigkeiten befriedigen, als dass sie zur persönlichen Entwicklung und zum Wohlbefinden beitragen. Johnsson geht hier von einer Längsschnittstudie schwedischer ArbeiterInnen aus, die kurz vor der Pensionierung standen. Diese Personengruppe brachte neue Einblicke auf die Konzeptualisierung und die Kategorien von Beschäftigung, basierend auf den persönlichen Erfahrungen in diesem Zusammenhang. Die Analyse der Studie ergab, dass manche Beschäftigungen von größerer Wichtigkeit für die TeilnehmerInnen sind und somit einen größeren Beitrag auf das Wohlbefinden ausüben als andere Tätigkeiten. Ein weiteres Ergebnis ist, dass eine Fokussierung in diesem Feld zur gleichen Zeit auch Einschränkungen mit sich bringt. Johnsson schlägt vor, dass Konzepte der Beschäftigung, die auf Erfahrungen beruhen Grundlage für weitere Entwicklung in diesem Feld bieten sollten. Ebenso sollten Überlegungen dahingehend geführt werden, inwiefern Beschäftigungsmuster bereits im Vorfeld das Wohlbefinden beschränken. Er kam auf folgendes Modell, welches zwei verschiedene Beschäftigungsmuster und die jeweilige Auswirkung auf einen Teil des Wohlbefindens darstellt (vgl. Johnson, 2008; S.3;7):



(Johnsson, 2008; S.7)

Abbildung 16: Beschäftigungsmuster und die jeweilige Auswirkung auf einen Teil des Wohlbefindens

Eine wesentliche Kategorie war die „einnehmende“ Beschäftigung, denn so wird Entspannung als nicht-tätig- bzw. nicht-aktiv-Sein im einnehmenden Bereich erklärt. Die Angaben „Zeit tot zu schlagen“ wurden genannt, wenn es darum ging, dadurch eher rasch zu den einnehmenden Tätigkeiten kommen zu können. Dieses Kategorienmuster hat nun eine Verbindung mit dem Wohlbefinden in der Erwerbsarbeit und in der Phase der Pensionierung. „Zeit tot schlagen“ kam immer dann zum Tragen, wenn keine Bedeutung und Erfüllung in der jeweiligen Beschäftigung gefunden werden konnte. Die Analyse ergab, dass diese Kategorien veränderbar sind und nur für eine Teilgruppe von Personen erforscht sind. Die Empfehlungen dieser Studie und durch Hammell (2004; S. 296) lauten, dass persönliche Angelegenheiten mehr in den Fokus der Therapie rücken sollten, als die Konzepte Selbstpflege, Produktivität und Freizeitaktivitäten (vgl. Johnsson, 2008; S. 7).

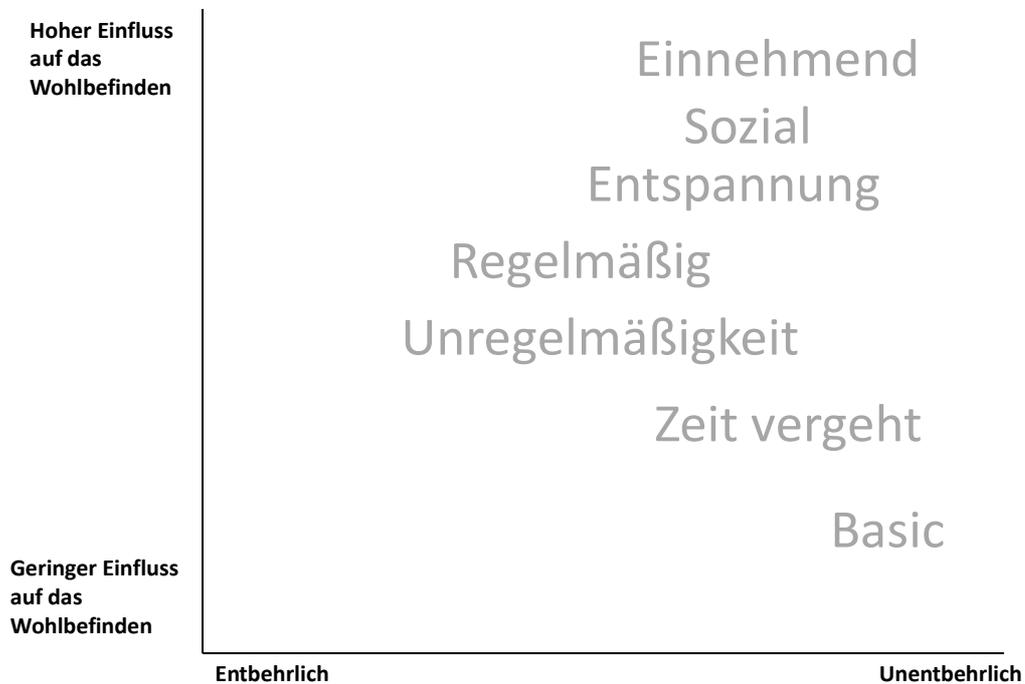
9.3. Verknüpfung bestehender Ergebnisse mit Ergebnissen der Arbeit “Mögliche Auswirkungen der Beschäftigungstherapie auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen geriatrischer Einrichtungen“

Die Studie der AHRQ (2002) deckt sich insofern mit dieser Arbeit, da die Interaktion durch die Beschäftigungsinterventionen gefördert wird und Vitalität in Form von Aktivität in Zusammenhang mit der Therapie besteht. Auch die Befragten dieser Untersuchung gaben an, dass z.B. durch Ausflüge ein Gespräch bzw. gemeinsame Interessen zustande kommen können. Es stellt sich allerdings die Frage ob Aktivität bzw. Vitalität als Folge, als Voraussetzung oder innerhalb der Therapie gegeben ist. Im Falle dieser Arbeit komme ich zu dem Schluss, dass das Empfinden von Aktivität bzw. Vitalität eher eine Voraussetzung für eine mögliche Teilnahme ist und durch die Intervention gestärkt werden kann. In Verbindung mit der Studie der AHRQ stelle ich die Frage inwiefern diese verbesserten Komponenten zusammen auftreten und inwiefern eine Hierarchie unter ihnen besteht.

Bedding & Saldo (2008) geben als Ursache einer möglichen Teilnahme die Komponenten Aktivität und sozialer Kontakt an. Im Vergleich zu dieser Diplomarbeit geht es hier eher um die Aktivität, da teilweise Übungen der Beschäftigungstherapie bevorzugt in den eigenen vier Wänden ausgeübt wurden. Der Kontakt zu anderen BewohnerInnen war nur selten der Grund zur Teilnahme, eher war es das Hobby als Aktivität, welche die Triebfeder darstellte.

Mozley et.al. (2007) fanden in einer quantitativen Studie keinen positiven Zusammenhang zwischen Beschäftigungstherapie und Abhängigkeit. Die vorliegende Diplomarbeit zeigt durch die Konzepte Abhängigkeit auf, hier gegeben durch Fremd- bzw. Selbststrukturierung. Ebenso decken sich die Zusammenhänge von individuellem Nutzen im Zusammenhang mit einer Teilnahme. Auch diese Diplomarbeit betont, dass ein individueller Nutzen empfunden werden muss, damit eine fortwährende Teilnahme gesichert sei. Allerdings ist dieser Nutzen nicht immer derselbe, er wird individuell empfunden und als solcher definiert.

Johnsson (2008) kam durch seine Analyse nun auf folgende Komponenten, die in Bezug auf Beschäftigung einen Einfluss ausüben:



(modifiziert aus: Johnsson, 2008; S.7)

Abbildung 17: Einfluss auf das Wohlbefinden bei Beschäftigung

Interessant scheint hier, dass die Kategorien von schwedischen ArbeiterInnen kurz vor ihrer Pensionierung stammen, sie jedoch größtenteils auch bei den InterviewpartnerInnen im Zusammenhang dieser Arbeit, also 70+, thematisiert wurden. Allerdings ist die Einstufung von Basisaufgaben dahingehend problematisch, da sie einen selbstauferlegten „Zwang“ darstellen, der bei Nicht-Erfüllung eventuell negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden haben könnte. Einnehmende Tätigkeiten kamen im Falle meiner InterviewpartnerInnen dann vor, wenn das individuell vorhandene Hobby und die Beschäftigungstherapie sich deckten. Die soziale Komponente wurde dabei meist durch die Gemeinschaft angesprochen, stellte aber meist keinen Grund für eine Teilnahme, eher für eine Verweigerung der Teilnahme dar. Der Aspekt Entspannung thematisierten all jenen BewohnerInnen angesprochen, die sehr engagiert und beschäftigt sind und ihre Zeit eher selbst strukturieren. Die Regelmäßigkeit ist u.a. durch den täglichen Ablauf des Wohnhauses gegeben, welche Sicherheit gibt. „Zeit

totschlagen“ wurde in dieser Arbeit nicht in der Form thematisiert, sondern eher der Wunsch nach schnellerem Zeitablauf.

Auch Böhnisch (2004) erwähnt bereits das Problem der Zeitbewältigung im Alter, hier aber eher die Epoche des Übergangs in das Pensionsalter. Er führt an, dass auch ein zyklischer Alltag mit „strukturierten Höhen gespickt“ sein sollte und dass die Konnotation Pension mit überwiegender Freizeit bzw. „nur mehr Freizeit“ den individuellen und gesellschaftlichen Wert der Zeit im Alter verdeckt. Böhnisch empfiehlt unterschiedliche Beratungs- und Bildungsprogramme aus der Sozialpädagogik, vor allem für den Zeitraum des Überganges zur Pension (vgl. Böhnisch, 2004; S. 267f.).

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde die Zielgruppe mit anderem Altersfokus gewählt, dennoch bestehen Übereinstimmung im Vergleich der Altersgruppen bei dem Wunsch nach „strukturierten Höhen“. Diese sollten aber kein Gefühl der Unsicherheit auslösen und von dem/der BewohnerIn selbst gewählt sein.

10. Zusammenfassung

Diese Arbeit versucht mithilfe einer Erhebung der individuellen Perspektive von zwölf BewohnerInnen geriatrischer Einrichtungen die „möglichen Wirkungen der Beschäftigungstherapie auf das Wohlbefinden der BewohnerInnen in geriatrischen Einrichtungen“ und den Umgang mit bzw. die Auswirkungen des Aktivitätenangebots zu beleuchten. Hierzu wurden empirische Daten anhand zwei unterschiedlicher PensionistInnenwohnhäuser erhoben.

Die Auswertung erfolgt mittels Grounded Theory und konzentriert sich dabei auf wesentliche Kategorien, die in Zusammenhang mit Beschäftigungstherapie genannt werden.

Später wurden die erhobenen Daten mit einigen bestehenden wissenschaftlichen Studien verglichen.

Beschäftigungstherapien im Umfeld der untersuchten PensionistInnenwohnhäuser müssen mit der psychischen und physischen Situation der BewohnerInnen in Einklang stehen und werden von den TeilnehmerInnen selbst in ihre Lebenssituation integriert oder ausgegliedert.

Ein „Wohlbefinden“ erfolgt durch die Therapien dann, wenn es der/dem BewohnerIn gelingt die Zeit in Resonanz zu den individuellen (physischen und psychischen) Ressourcen eher selbstbestimmt zu strukturieren. Die Beschäftigungstherapien dienen dazu die Zeit zu „bewältigen“. Diese Zeit kann als begrenzte Dimension wahrgenommen werden, dies beschreiben vor allem besonders aktive InterviewpartnerInnen, die häufiger an Beschäftigungsangeboten teilnehmen. Durch die Teilnahme kommt es zu weiteren positiven Aspekten, neben der Zeitbewältigung, entstehen, wie die Verbesserung des körperlichen oder sozialen Wohlbefindens.

Wird kein nutzenbringender Effekt erwartet, bestehen negative Einstellungen im Zusammenhang mit einem Angebot und/oder besteht eine kritische Distanz oder Einschätzung zu den eigenen Fähigkeiten bzw. den möglichen Erfolgserlebnissen, so wird eine Teilnahme an Beschäftigungstherapien meist abgelehnt. Das Empfinden „zu viel Zeit“ zur Verfügung zu haben, besteht überwiegend bei jenen BewohnerInnen, die nicht oder nur selten an Therapieangeboten teilnehmen.

Im Allgemeinen wird die Teilnahme dadurch beeinflusst, wie sich das Individuum zum Zeitpunkt des Angebots fühlt, welche Erfahrungen es mit dem eigenen Wohlbefinden in Zusammenhang mit einer solchen oder vergleichbaren Tätigkeit gemacht hat, inwiefern

Einflussgrößen in Verbindung mit dem Beschäftigungsangebot wahrgenommen und in Zusammenhang gebracht werden und in welcher Form ein mögliches Wohlbefinden nach der Intervention erwartet wird.

Wenn positive Erfahrungen mit Beschäftigungstherapien in Zusammenhang mit den eigenen Ressourcen gegeben sind, so werden diese Angebote in den persönlichen Tagesablauf integriert. Angst besteht meist dann, wenn BewohnerInnen sich zu gering informiert fühlen und am Entscheidungs- und Strukturierungsprozess (mangels Information) nicht mehr teilnehmen können bzw. sich ausgeschlossen fühlen. Selbstbestimmung fällt dann besonders im Falle von Informationsmangel und -lücken schwer und wird nicht mehr wahrgenommen bzw. führt zur Abgrenzung, Rückzug und Isolation der/des Einzelnen.

Die Zeitbewältigung kann Ursache und Motivation für die Teilnahme an der Beschäftigungstherapie sein, zum einen, damit die Zeit durch die Aktivität/Beschäftigung schneller vergeht oder dadurch strukturiert wird und zum anderen, dass durch die Teilnahme die Vergangenheit wiederaufleben kann.

Die Selbststrukturierung des eigenen Tages stellte bei BewohnerInnen, die körperlich und geistig aktiv sind, meist eine Form von Selbstbestimmung dar und diente dadurch auch als Motivation für weitere Aktivitäten.

Beschäftigungstherapien führen dann zu Wohlbefinden, wenn sie die eigenen Ressourcen fördern, positive Erfahrungen mit sich bringen, den bevorzugten Kontakt innerhalb der Gemeinschaft unterstützen (d.h. mit jenen, mit denen man gerne in Verbindung steht) und sich in die individuelle Tagesplanung eingliedern lassen. Beschäftigungsangebote werden gemieden, wenn der Kontakt mit der TeilnehmerInnengruppe negative Gefühle hervorruft (z.B. Platzangst, Angst vor Überforderung, Beeinträchtigungen u.Ä.), zu wenig Informationen im Vorfeld angeboten und somit Mitwirkungsmöglichkeiten nicht mehr wahrgenommen werden oder wenn negative Erfahrungen mit den Therapien überwiegen.

Im Vergleich zu bestehenden Forschungen bezüglich Beschäftigungstherapien im Umfeld geriatrischer Einrichtungen entsprechen die Ergebnisse nur teilweise diesen Studien. Die Bereitschaft bzw. das Gefühl zur (psychischen und/oder physischen) Aktivitätsfähigkeit muss bereits vor der Therapieintervention bei den TeilnehmerInnen bestehen. Durch die Teilnahme an den Beschäftigungsangeboten wird das Empfinden der eigenen Aktivität gestärkt bzw. erhalten. Bedding & Saldo (2008) identifizierten als Triebfeder für die Mitwirkung an Beschäftigungstherapien den sozialen Kontakt und die Aktivität. Soziale Kontakt konnte in

der vorliegenden Diplomarbeit nicht als zentraler Grund zur Teilnahme identifiziert werden. Meist wurden Hobbies durch den Therapieinput entdeckt, ausgelebt oder wiedergelebt. Die vorliegende Arbeit betont den Stellenwert der Wahrnehmung nutzenbringender Effekte als Ursache für die weitere Teilnahme. Ebenso wird das Beschäftigungsprogramm (gestaltet durch Pflege, DGKS/P, Heimleitung, etc), zwar individuell in die Tagesplanung eingegliedert, allerdings bleibt es fremdstrukturiert. Hier kann es zu Informationslücken kommen und TeilnehmerInnen fühlen sich, in Abhängigkeit zu den gestaltenden Personen.

Eventuelle Verbesserungen betreffen vor allem den Bereich der "gegenwärtigen Zeit" der BewohnerInnen, sodass die Gegenwart durch die Beschäftigungstherapien als angenehm erlebt wird. Dadurch sollen ängstliche Gefühle, welche in Verbindung mit der Zukunft stehen, besser zu bewältigen sein und Erinnerungen können so gegenwärtig genutzt werden. Sehr wichtig ist die Achtung der individuellen Wünsche der TeilnehmerInnen, sodass Mitgestaltungs- und Mitwirkungsmöglichkeiten im Rahmen der Aktivitätsangebote realisiert werden können. So können Beschäftigungstherapien miteinander gestaltet werden und bestehen nicht als fremdes Angebot.

11. Ausblick

Information ist eine wichtige Komponente bei fremdstrukturierten Angebot, da aufgrund von Informationsdefiziten Personen isoliert werden. TeilnehmerInnen sollten das Angebot mitstrukturieren und mitgestalten, sodass die Zeit genutzt und nicht benutzt wird.

Das Denken in den Perioden Vergangenheit und Zukunft schränkt das gegenwärtige Erleben ein, wodurch die derzeitig empfundenen Emotionen und Bedürfnisse nicht im „Hier und Jetzt“ wahrgenommen werden können. Eine mögliche Folge ist, dass diese Empfindung nicht stattfindet und deshalb eine Reaktion darauf schwierig bis unmöglich wird. Wichtig wäre es die Personen aus der Vergangenheit und der Angst vor der Zukunft in die Gegenwart „zu holen“, da so eigene derzeitige Ressourcen mit größtmöglichem Nutzen für die TeilnehmerInnen gesetzt werden können. Ebenso glaube ich ist es wichtig, dass nicht nur ohnehin aktive Personen beschäftigt werden, sondern auch jene, die eine Beschäftigung eventuell primär verweigern. Denn besteht ein Erfolgserlebnis in diesem Zusammenhang,

kann daran weitergearbeitet werden. Allerdings dürfte eine Ablenkung nicht mit Überredungstaktiken oder "sanften Zwang" erfolgen.

Die Betrachtung und Miteinbindung der Wünsche der BewohnerInnen wäre von großer Relevanz, daher wäre es wichtig, im Rahmen von Interviews mit HeimbewohnerInnen in Erfahrung zu bringen, welche Freizeitaktivitäten/Beschäftigungstherapie sie persönlich als Bereicherung ihrer Freizeit sehen.

Und mit diesen Informationen wäre es möglich die Beschäftigungstherapien zu erweitern, um ein umfangreiches und angepasstes Programm bieten zu können.

Gleichzeitig ist es wichtig, wie die Therapien dargestellt werden, dies muss positiv und ohne jegliche Verpflichtungen geschehen.

Ein weiterer Faktor ist die Größe der Gruppe, wenn bestimmte Angebote auch in kleineren Rahmen angeboten werden, könnten diese von befreundeten BewohnerInnen gemeinsam besucht werden und stärkt die Freundschaft einer kleineren Gruppe und nimmt Schüchternen oder Einzelgänger vielleicht die Sorge des Gruppendrucks und der Menschenansammlung.

Eine kleine Anmerkung noch, die Bezeichnung „Beschäftigungstherapie“ klingt eigentlich negativ und es besteht die Möglichkeit, dass dieser Ausdruck ein Grund für die Abschreckung bei manchen Personen ist, man könnte diesen Ausdruck durch einen den der "Freizeitgestaltung" ersetzen.

Der Ansatz einer Gestaltung von Beschäftigungstherapien sowohl mit den AnbieterInnen als auch den NutzerInnen, könnte u.a. zu einer höheren Zufriedenheit der BewohnerInnen in der Einrichtung führen und die Möglichkeit zu autonomen Handeln bieten.

12. Reflexion

Anfangs war es mein Ziel möglichst gleichverteilt aktive und eher unaktive Personen als InterviewpartnerInnen zu rekrutieren. Die unaktiveren waren nicht bereit Interviews zu führen und wenn, dann ohne Tonbandaufzeichnung. Dadurch wäre ich nicht auf zwölf InterviewpartnerInnen gekommen. Ebenso waren meine Erwartungen dahingehend gegeben, vorwiegend Frauen als InterviewpartnerInnen zu befragen. Konträr zu dieser Vermutung wurden in diese Arbeit nahezu gleich viele Männer und Frauen interviewt.

Ebenso bekam ich den Rat mit einem „informed consent“ (beidseitiger Einverständniserklärung) den InterviewpartnerInnen Informationen und vertragliche Zusicherungen zu geben. Dies war ein Problem, da ich dieses Formular nie unterschrieben bekam, deshalb unterschrieb ich es und ließ es bei BewohnerInnen, sodass diese die Möglichkeit hatten mich bei Unklarheiten zu kontaktieren. Zumeist wollten sie es jedoch nicht haben und es wurden auch keine Rückfragen mir gegenüber gestellt.

Durch das Bewusstsein, dass durch ständige Verbundenheit mit den eigens erhobenen Daten eine gewisse Blindheit einsetzt, die ich versucht habe, durch das Heranziehen von Studienkolleginnen zum Auswertungsprozess, auszugleichen. Wie in vielen Interviewsituationen wurden nach dem Beenden der Tonbandaufnahme noch sehr interessante Informationen gegeben, die ich mir dann nach dem Interview händisch notierte. Vier meiner InterviewpartnerInnen weinten während des Interviews, wobei ich dann versuchte diese Thematiken zu umgehen bzw. mit ihnen darüber zu sprechen, die Gewinnung von passenden Daten war in diesen Situationen dann weniger von Bedeutung für mich.

13. Literaturverzeichnis

A

Aigner, Alfred: Sport und Bewegung im Alter. In: Likar, et.al. (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien. (S.281-290)

Arendt, Hannah (1958): The Human condition. Amerikanisches Original. University of Chicago Press, Chicago.

Atchley, R.C. (1989): Continuity theory of normal ageing. In: Gerontologist 29. S.183-190; In: Mayer 2004.

B

Backes, Gertrud M. (2009): „Vita activa“ und Alter(n): Arbeit, Aktivität und Tätigkeit im Alter. Zentrum Altern und Gesellschaft, Hochschule Vechta-Universität. Trinationale Forschungsstudienwoche 16.-20.03.09 in Wien im Rahmen des SE „Arbeit ohne Alter(n)-Alter(n) ohne Arbeit?“

Baltes, P.B.; Baltes, M.M. (1989): Erfolgreiches Altern: Mehr Jahre und mehr Leben. In: Baltes, M.M.; Kohli, M.; Sames, K. (Hrsg.): Erfolgreiches Altern: Bedingungen und Variationen Verlag Hans Huber, Bern. (S. 5-50)

Beck, Ulrich (1986). Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Becker, P. (1994): Theoretische Grundlagen. In: Abele, A.; Becker, P. (1994): Wohlbefinden. Theorie-Empirie-Diagnostik. 2. Auflage. Juventa Verlag, Weinheim; München.

Bernitzke, Fred (2001): Heil-und Sonderpädagogik: Grundlagen. Lebenswelten beeinträchtigter Menschen. Sonderpädagogische Arbeitsfelder. 3. Auflage, Stam Verlag, Köln.

Böhnisch, Lothar (2004): Sozialpädagogik der Lebensalter: Eine Einführung. 5.Auflage. Juventa Verlag, Weinheim& München.

Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4.Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg.

Buchebner-Ferstl, Sabine (2005): Das Paar beim Übergang in den Ruhestand. Eine qualitative Studie auf der Grundlage der Grounded Theory. Schriftenreihe des ÖIF Nr.14. Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Wien.

E

Elfner, Peter (2008): Personenzentrierte Beratung und Therapie in der Gerontopsychiatrie. Ernst Reinhardt Verlag, München.

Erhart, Christa; Schinagl, Susanne; Erhart, Peter : Umweltbedingte Gefährdungen der Lebensqualität im Alter, Darstellung anhand des primärpräventiven geragogischen Generationenprojekts "Ein Schritt ins Alter". In: Likar, Rudolf; et.al. (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien. (S.291-296)

Evers, Margit (1994): Geselligkeit mit Senioren. Wahrnehmen, Gestalten, Bewegen. 2.Auflage, S.26. Juventa, Weinheim.

G

Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm G. (1998). Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber (Original 1967).

H

Hammel, K.W. (2004): Dimensions of meaning in the occupations of daily life. Canadian Journal of Occupational Therapy, 71(5). (S. 296-305)

Hanisch-Berndt, Juliane; Göritz, Manja (2005): Einsamkeit im Alter. Gemeinschaft und Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Diplomarbeit am Institut für Soziologie, Freie Universität Berlin. <http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/0.0-vorbemerkungen.html> (Stand 22.05.09)

Heinz, Walter R. & Witzel, Andreas (1995). Das Verantwortungsdilemma in der beruflichen Sozialisation. In Ernst.-H. Hoff & Lothar Lappe (Hrsg.), Verantwortung im Arbeitsleben (S.99-113). Weinheim: Asanger.

Hesse, Horst-Peter; Bernatzky, Günther (2005): Musik im Alter. In: Likar, Rudolf; et.al. (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien. (S. 161-166)

J

Jahoda, Maria (1988): Wirklich Ende der Arbeitsgesellschaft? Eine Auseinandersetzung mit Hannah Arendt. In: Leopold Rosenmayr & Franz Kolland (Hg.): Arbeit – Freizeit – Lebenszeit. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 21-27.

Johnsson, Hans (2008): A New Direction in the Conceptualization and Categorization of Occupation. Journal of Occupational Science, 15 (1); April. S.3-8

K

Kühn, Thomas & Witzel, Andreas (1999). Computergestützte Auswertung biographischer Interviews mittels einer qualitativen Datenbank. Erscheint in der Reihe Arbeitspapiere des Sonderforschungsbereichs 186 der Universität Bremen. In: Witzel (2000): <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519> (Stand 04.04.09)

L

Lehr, U. (2000): Psychologie des Alterns. 9.Auflage. Quelle & Meyer, Wiesbaden. In: Mayer, Sonja (2004): Sportliche Aktivität im Alter und die Auswirkung auf das Selbstkonzept und Wohlbefinden. Diplomarbeit an der Fakultät Psychologie, Universität Wien.

Likar, Rudolf; Bernatzky, Günther; Pipam, Wolfgang; Janig, Herbert; Sadjak, Anton (Hrsg.) (2005): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer Verlag, Wien.

Lowmann, Evelyn (1992): Arts and Crafts for the Elderly. A resource book for activity directors in healthcare facilities. Springer Publishing Company, New York.

M

Mayer, Sonja (2004): Sportliche Aktivität im Alter und die Auswirkung auf das Selbstkonzept und Wohlbefinden. Einreichung: 29.11.2004. Diplomarbeit an der Fakultät Psychologie, Universität Wien.

Mayring, Philipp (1987): Subjektives Wohlbefinden im Alter. Stand der Forschung und theoretische Weiterentwicklung. Zeitschrift für Gerontologie, 20, (S.367 – 376)

Miko, Katharina (2007): SE aus qualitativen Methoden: Grounded Theory. Modifiziertes Vorgehen nach Strauss, A.L. ;Corbin, J. (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Seminarunterlagen WS 2007, Universität Wien.

Moody, Harry R. (2001): Productive aging and the ideology of old age. (S.175-196) In: Morrow-Howell, Nany; Hinterlong, James; Sherraden, Michael (2001): Productive Aging: Concepts and Challenges. John Hopkins University Press, Baltimore.

Mötzing, Gisela (2005): Beschäftigung mit alten Menschen. 1. Auflage. Urban & Fischer Verlag (Elsevier GmbH): München.

P

Prein, Gerald (1996). Interpretative Methodologie und Computer. Kann EDV-gestützte Datenverwaltung Validitätsprobleme qualitativer Forschung lösen? In Rainer Strobl & Andreas Böttger (Hrsg.), Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews (S.93-110). Nomos, Baden Baden.

Psychrembel Pflege (2007): Pflorgetechniken, Pflegehilfsmittel, Pflegewissenschaft, Pflegemanagement, Psychologie, Recht. Wied, Susanne; Warmbrunn, Angelika. 2.Auflage. Walter de Gruyter, Berlin.

R

Reday-Mulvey, Geneviève (2005): Working Beyond 60. Key Policies and Practices in Europe. Palgrave MacMillan, New York. from Alan Walker (2002) (University of Sheffield: Dep.of Social Studies) S.34

Rypff, C.D.; Essex, M.J. (1991): Psychological well-being in adulthood and old age: descriptive markers and explanatory processes. Annual Review of Gerontology and Geriatrics 11. (S.144-171) In: Tabasom, Hachemian (2003): Kritische Lebensereignisse und Wohlbefinden im Alter. Eine Untersuchung über Zusammenhänge. Einreichung: November 2003. Diplomarbeit an der Fakultät für Human-und Sozialwissenschaften, Universität Wien.

S

Strübing, Jörg (2008): Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung. 2.Auflage. VS Verlag, Wiesbaden.

T

Tartler, R. (1961): Das Alter in der modernen Gesellschaft. Enke, Stuttgart. In Mayer, 2004.

Tabasom, Hachemian (2003): Kritische Lebensereignisse und Wohlbefinden im Alter. Eine Untersuchung über Zusammenhänge. Einreichung: November 2003. Diplomarbeit an der Fakultät für Human-und Sozialwissenschaften, Universität Wien.

Tomae, H. (1971): Die Bedeutung einer kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns. Zeitschrift für Gerontologie, 4. S.439-459. In: Tabasom, Hachemian (2003): Kritische Lebensereignisse und Wohlbefinden im Alter. Eine Untersuchung über Zusammenhänge. Einreichung: November 2003. Diplomarbeit an der Fakultät für Human-und Sozialwissenschaften, Universität Wien.

Tüpker, R.; Wickel, HH (Hg.) (2001): Musik bis ins hohe Alter. Fortführung, Neubeginn, Therapie. LIT-Verlag, Münster.

W

Walter, Uwe; Flick, Uwe; Neuber, Anke; Fischer, Claudia; Schwartz, Freidrich-Wilhelm (2006): Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und

pflegerischen Praxis. Alter(n) und Gesellschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Watzlawick et al 1990, S.53 aus: Rothe, Friederike (2006): Zwischenmenschliche Kommunikation: Eine interdisziplinäre Grundlegung. 1. Auflage. VGW Fachverlag, Wiesbaden. S.102

Weber, Germain; Glück, Judith; Heiss, Cecilia; Sassenrath, Simone; Schaefer, Lars; Wehinger, Katharina (2005): ESAW. European Study of Adult Well-Being. Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter 2002-2004. Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien.

World Health Organisation (WHO) (2002): Aktiv Altern: Rahmenbedingungen und Vorschläge für politisches Handeln. Herausgegeben und übersetzt im Auftrag des österreichischen Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, Kompetenzzentrum für Senioren- und Bevölkerungspolitik.

Wolte, Bettina (2005): Gartentherapie im Rahmen der Geriatrie und Gerontologie. Potenzial und Einschränkungen. Diplomarbeit (betreut durch Roland Girtler) an der Fakultät für Human und Sozialwissenschaften, Universität Wien.

Z

Zgola, Jitka M. (1999): Etwas tun! Die Arbeit mit Alzheimerkranken und anderen chronisch Verwirrten. 2. Auflage, übersetzt von Ute Martin. Verlag Hans Huber, Bern.

Internetliteratur

<http://www.suchtmittel.de/seite/tags.php/wohlbefinden.html> (Stand 11.08.09)

AHRQ: Research in Action (2002): Managing Osteoarthritis: Helping the Elderly Maintain Function and Mobility. Agency for Healthcare Research and Quality. Issue #4. Mai.: <http://www.ahrq.gov/research/osteoria/osteoria.pdf> (Stand 30.11.09)

Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie, Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie und Bundesarbeitsgemeinschaft der klinisch-geriatrischen Einrichtungen (2007):

http://www.ekweende.de/wb/media/downloads/info_geriatr_patient.pdf (Stand 4.12.09)

Bedding, S.; Saldo, G. (2008): Retired people's experience of participation in art class. British Journal of Occupational Therapy, 71 (9): 371-8 (66ref): <https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+00756767633A2F2F6A726F2E726F667062756266672E70627A++/ehost/detail?vid=8&hid=105&sid=96049910-2828-4e86-b3f2->

c98a43d73f7c%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20
&AN=2010058705 (Stand 30.11.09)

Der Guller- Die Sonntagszeitung der Ortenau (2009): Pflege, Beschäftigung und
Beschäftigungstherapie. Altenpfleger arbeiten in Krankenhäusern und Pflegeheimen.
Berufsstart 2009. S.12. Ortenau.
http://www.staz-online.de/mediafactory/Archiv/Guller/2009_Guller_07/GU_0709_O12.pdf
(Stand 22.05.09)

El-Giamal, Muna (2009): Die Psychologie des Wohlbefindens. Lehrstuhl für klinische
Psychologie. Universität Freiburg.
<http://www.unifr.ch/spc/UF/94avril/el-giamal.html> (Stand 11.08.09)

Gabler Wirtschaftslexikon (2009), beta-version, Wiesbaden.
<http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/wohlbefinden.html> (Stand 11.08.09)

Graff, Maud J.L., et.al. (2007): Effects of Community Occupational Therapy on Quality of
Life, Mood, and Health Status in Dementia Patients and Their Caregivers: A Randomized
Controlled Trial. The Journal of Gerontology Series: A Biological Sciences and Medical
Sciences 62: 1002-1009 :
<http://biomed.gerontologyjournals.org/cgi/content/abstract/62/9/1002?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=occupational+Therapy&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT> (Stand 30.11.09)

Hanisch-Berndt, Juliane; Göritz, Manja (2007): Einsamkeit im Alter. Gemeinschaft und
Vereinsamung in Einrichtungen der stationären Altenhilfe. Diplomarbeit, Berlin.
<http://www.diplomarbeit-altenhilfe.de/0.0-vorbemerkungen.html> (Stand 22.05.09)

Mozley, CG; et.al. (2007): The Care Home Activity Project: does introducing an
occupational therapy programme reduce depression in care homes?. Ageing & Mental Health;
Jan.; 11 (1): 99-107 (32 ref); York Hospitals.)
<https://univpn.univie.ac.at/+CSCO+00756767633A2F2F6A726F2E726F667062756266672E70627A++/ehost/detail?vid=10&hid=103&sid=96049910-2828-4e86-b3f2-c98a43d73f7c%40sessionmgr110&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2009480524#db=cin20&AN=2009480524> (Stan 30.11.09)

<http://www.seniorenheim.at/> (Stand 4.12.09)

Wiener Kuratorium Pensionisten-Wohnhäuser: Häuser zum Leben: Angebote:
<http://www.kwp.at/aktivitaeten.aspx> (Stand 30.11.09)

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22, unterstützt durch Institute for Qualitative Research& Center for Digital Systems, Universität Berlin. <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/viewArticle/1132/2519> (Stand 04.04.06)

Seminar “Institutionen der Behindertenhilfe”, Lebensphasen. Vorlesung WS 2002/03, Dortmund.
<http://www.fk-reha.uni-dortmund.de/Soziologie/Vorlesungen/2002-WS-2003/130082-Folien-9.pdf> (Stand 13.08.09)

14. Anhang

- 1 I: Sie haben hier einige Angebote in der Einrichtung [Vorlage des
2 Wochenplanes der Therapien bereits vor der Frage], was halten Sie davon
3 und wie geht es Ihnen damit? Erzählen Sie einmal.
- 4 A: Dass ich aus dem Ganzen (.) herauskomme (.)
- 5 I: Da gibt es auch so einen Aktivitätenplan, nehmen Sie hier auch teil?
- 6 A: Nein, QiGong kann ich nicht mehr, weil ich nicht mehr so lang stehen
7 kann. Ich habs zuerst gemacht, hat mir sehr gut getan, aber was soll ich
8 machen. Ich hab einen Gefäßverschuß, ich hab schon drei , äh, fünf
9 Herzschrittmacheroperationen hinter mir- I muss halt schauen was ich
10 machen kann und was machbar is, dass mach ich und was nicht mehr geht,
11 geht nicht mehr. Aber ich tu jeden Tag selbst turnen.
- 12 I: Ah, ja.
- 13 A: Jeden Tag. In der Früh sind meine Übungen, da steh ich, dann bleib ich
14 noch eine Weile liegen, dass sich mein Herz wieder beruhigt, weil ich hab
15 auch „Angina Pectoris“ natürlich krieg I da, hab I halt Schwierigkeiten, aber
16 ich schau immer wie, dass ich alles was ich machen kann zu meiner
17 Beweglichkeit (.) dass des bleibt.
- 18 I: Ja, und solche Gruppenaktivitäten wie Musik- und Literaturgruppe, oder
- 19 A: Na, tu ich weniger, weil ich bin so beschäftigt, ich, ich be-bemüh mich
20 ja, also ich bin für mei Familie, das, äh, das Lexikon. (..)
- 21 I: Das heißt was?
- 22 A: (lacht) Naja wenns was wissen wollen, rufns mi a (lacht) Ja, weil Gott sei
23 Dank, ich hab ein UNGEHEURES Reservoir an Erinnerungen.
- 24 I: Das heißt es kann Sie jeder anrufen von Ihrer Familie, wenn er was
25 braucht?
- 26 A: Joa, (lacht), mei Sohn hat mi amal anrufen und hat gsogt: „Mutti, sag
27 einmal, da hat doch in der ersten Republik, muss doch einen, einen Präsi,
28 einen Kanzler gegeben haben?“ sog I: „Ja des wor der Seipl, des (lacht)“
29 Hab ihm alles dazählt, sagt er: „I hob ja gewusst, dich kann ich fragen“
30 (lacht) Naja I hob des alles erlebt, ich hab alles bewusst erlebt. Ich
31 war ein Kind, das alles aufgenommen hat. Das is weil ich immer bei
32 Erwachsenen wor, ich war Einzelkind und hab das alles aufgenommen und
33 (.) das is in meinem Hirn geblieben, was soll ich machen? (lacht)
- 34 I: (lacht) Bei den Ausflügen nehmen Sie teil?

35 A: Wenns geht, wenn es mich interessiert. Wir waren diese Woche am
36 Stubenbergsee mit dem Heim da und ich fahr ja auch privat, einmal im
37 Monat, weg mit einem Club.

38 I: Kennen Sie da die Leute die da mitfahren?

39 A: Na freilich, da ham ma schon unsere Clique (lacht)

40 I: Okay, was gibt Ihnen die Teilnahme wenn Sie auf Ausflüge gehen oder
41 wenn Sie andere Aktivitäten vom Haus machen?

42 A: Wie soll ich das erklären? (.) Es ist das Gefühl, ich kann noch heraus aus
43 mein, aus dem gewissen (.), mh, ich komm ma teilweise vor wie in, mh,
44 nicht ein Gefängnis, aber , ähm, man is, man is nicht mehr Herr über seine
45 ganzen Sachen, das ist man nicht mehr. Man muss Abstriche machen. Man
46 muss Sachen gerne nicht, die man sich, sag ma die einem nicht zupassen,
47 muss man halt auch in Kauf nehmen, weil das is eine Gemeinschaft und wo
48 mehrere Leute sind, muss es bestimmte Regeln geben, bitte an die halt ich
49 mich IMMER, weil das war schon von Kindheit auf, ich habe nie etwas
50 gemacht was gegen die Regeln war. I hab immer gesagt, die Freiheit beginnt
51 dort, wo ich weiß wo meine Grenzen sind. (.) JA, weil wenn ich nichts tu,
52 was dem Gesetz entgegengeht, dann bin ich frei.

53 I: Ja.

54 A: Ja, nur so. Und das hat nicht jeder Mensch-diese Einsicht und die
55 Ausflüge, ja ich. Ich freu mich immer wenn ich wieder, auch wenn ich da
56 schon wor und dass ich dort schon wor, des macht mir nix. i wor, wir worn
57 vorige, wir fahren nächstes Wochen-, was is des, am siebten fahren wir
58 nach, in die Wachau, überall schon, i wos net wie oft schon in der Wachau,
59 aber ich fahr wieder und im September hab i gesehen da ham, da noch ein
60 Ausflug is nach Göttweig. Wahrscheinlich wird ich wieder nach, ah eine
61 Wespe die sind sehr lästig bei mir, weil i hab so viel Blumen da draußen.

62 I: Ah deshalb.

63 A: und dann so knapp die Bäume. Geh fort, wie sonst stirbst. (lacht) I hab
64 eh an Fliegenbracker. Naja also ich kenn meine Grenzen, ich mach nichts
65 was dagegen is (..) aber eines: ich hab einen Gerechtigkeitssinn und ich bin
66 so weit, dass ich mich trau etwas zu sagen. Manches mal komm i mia vor,
67 wie da in der Gewerkschaft, wenn der Gewerkschafter (lacht) redt da fürs
68 Haus. Weil wenn niemand wos sagt, i geh. Ich seh das nicht ein. Also wenn
69 ich, ich bin ein Gerechtigkeitsfanatiker, das geb ich zu. (..)

70 I: Und Sie nehmen nicht an allen Aktivitäten teil?

71 A: Da hab ich gar nicht die Zeit dazu, weil ich muss mir ja doch
72 verschiedene Sachen besorgen, dadurch, dass ich ja nicht gesund bin, muss
73 ich ja sehr viel Medikamente, jetzt hab ich einen Besuch und dann geh ich
74 wieder in die Apotheken oder ich muss mir was anderes holen und ich kann
75 nicht so viel gehen auf einmal, jetzt muss ich schauen, dass ich das alles
76 Vormittag erledig, weil meine, mein Gefäßverschluss geht mir am
77 Nachmittag das gehen schon schwer. Nun, da mach ich alles was ich kann
78 am Vormittag und Nachmittag halt ich „Siesta“ (lacht)

79 I: Na gut das is es eigentlich. Dankeschön.

80 A: Ich hoffe, ich hab Ihnen geholfen. Ja ich, weil mein Hirn is noch da, Gott
81 sei Dank.

82 I: Und Sie turnen ja auch in der Früh.

83 A: Ja in der Früh und genauso schauen Sie, ich leg mich nieder und das is
84 selbstverständlich, dass ich mir hundert Massagen fürm Bauch mach, bevor
85 ich einschlaf. Ich muss mich, mein Körper muss für mich heute so sein, dass
86 ich alles mache um ihn aufrecht zu erhalten, dass ich weiter gehen kann, ich
87 bin jetzt neunzig Joahr gewesen, jo mei

88 I: Sieht man Ihnen gar nicht an.

89 A: Ja, wens ma so guat gingat wie i ausschau, wär i zfrieden (lacht)

90 I: (lacht)

91 A: Aber meine Mutter ist auch einundneunzig Jahre alt geworden, die war
92 bis zur letzten Minute geistig da und ihre Schwester ist vierundneunzig
93 geworden, war auch bis zur letzten Minute geistig da. Also ich hab, von
94 meiner ganzen Familie sind alle wie sie gestorben sind, geistig normal
95 gewesen. Also niemand hat, auch mein Vater nicht, mein Vater hat sich
96 zwei Tage vor seinem Tod von meiner Mutter mit den Worten
97 verabschiedet: „Mama, lass dirs noch gut gehen. Zehn, fünfzehn Jahre
98 kannst du noch leben. Er hat gewusst er muss sterben und er hat die Größe
99 gehabt meiner Mutter das noch zu sagen und sie hat die fünfzehn Jahre
100 ausgemacht. Ja, aber ja. Alle waren geistig noch da bis zum Schluss.

101 I: Das is eh schon selten.

102 A: Ja, wenn man das sieht, da kommen Leute, die kommen und findet vier,
103 fünf Wochen nicht auf ihren Frühstücksplatz. Also i bin den ersten Tag
104 dagewesen, mir hat meiner, die Dame die mich eingeführt hat, hat mir gsagt
105 das is mein Frühstücksplatz, am nächsten Tag bin i hingangen (..) Aber das
106 is nicht jedem gegeben, leider. Es is traurig und mir tun alle Menschen leid.

107 Nur eines muss ich ehrlich sagen, das is ein Nachteil vom Alter, man wird
108 ungeduldiger. Man ist nicht mehr so geduldig wie früher. (.) Das hab ich bei
109 mir bemerkt, ich bemühe mich es abzulegen, aber es geht mir schwer.

110 I: Und wobei ungeduldig?

111 A: Wenn ich seh, dass die Leute so blöd sind (.) das macht mich nervös.
112 (lacht)

113 I: Dass sie den Platz nicht finden?

114 A: Jo, na und auch andere Sachen. Ich weiß jetzt nicht alles, jedes, aber. Sie
115 müssen ja denken, wie ich gekommen bin, ich hab mich noch mit meinen
116 eigenen Wagen übersiedelt. Mit vierundachtzig Jahren bin ich noch Auto
117 gefahren. I hob mit neunundfünfzig den Führerschein gmocht, bin
118 fünfundzwanzig Joahr unfallfrei gefahren und i bin net nur in Wien gfoarhn,
119 i bin nach Tatzmannsdorf zur Kur gfoahrn. Also ich bin zu meiner Tante
120 nach Gänserndorf gfoahrn, ich hab alles gemacht. (.) I hab sehr, sehr viele
121 Reisen gemacht (.) ich hab, was ich hab können hab ich gemacht, auch wie
122 mein Mann dann, leider zeitig verstorben is. Ich war einundsiebzig, wie
123 mein Mann mit dreiundsiebzig gestorben is und da hab ich ma überlegt, was
124 mach ich, reise ich weiter oder fahr ich, oder geb ichs auf? Und da hab ich
125 sechs Tage gebucht nach, äh, Dresden-Leipzig-Berlin und hab mir gedacht
126 sechs Tag werd ich aushalten, hab gesehen es geht. Ich war mit
127 dreiundsiebzig Joahr in Thailand, zwei Wochen. Ich hab nichts bereut, i wor
128 in Island mit meiner Schwiegertochter, i wor mit ihr in Frankreich zwei
129 Wochen, ich hab von meinem Firmenclub wunderschöne Reisen gmocht,
130 jedes Jahr ein, zwei Reisen, also ich muss ehrlich sagen, was ich konnte
131 habe ich immer wieder gemacht.

132 I: Aber die Reisen haben Sie sich ja dann bis heute aufrechterhalten, wenn
133 Sie auch auf die Ausflüge mitfahren.

134 A: Aber über Nacht gehe ich jetzt nur mehr, ich hab noch das Wohnrecht in
135 meinem ehemaligen Garten und da gehe ich schon noch manches Mal auf
136 zwei, drei Tage hinaus in den Garten. Bleib alleine draußen.

137 I: Im Sommer?

138 A: Ja, im Sommer. Im Winter is der Garten nicht. Wir haben keine
139 Zentralheizung eingebaut, weil wir ja sowieso die Wohnungen ghabt haben,
140 weil wir ham das nur im Sommer benützt, aber da früher wie ich zu Hause
141 war in der Wohnung, bin ich von Mai bis Ende September im Garten
142 gewesen, allein. Hab alles gemacht so lange ich konnte.

143 I: Sie machen ja noch immer sehr viel.

144 A: Naja, jetzt geht's nicht mehr. Jetzt muss ich schon im Garten über die
145 Wiese, weil die is ja uneben und bergab, leider, hab ich einen abschüssigen
146 Garten (.) ghabt und jetzt muss ich schon mit zwei Stöcken gehen. Aber ich
147 hab noch Obst draußen, das ich pflücken muss, weil das will i ja nicht
148 hinwerden lassen und mein Sohn hilft mir- obwohl er is auch nicht gesund,
149 er hat Prostatakrebs, operierten, und ja es is, is

150 I: Tut mir leid, ja

151 A: Ja, ich hab Sorgen auch genug. Ich hab eine Enkeltochter, die hat zwei
152 Kinder, zwei Urenkel mit fünfzehn und zehn Joahr (..)

153 I: Was machen Sie mit dem Obst, wenn sie das ernten?

154 A: Na ich ess, ich hab nur mehr die die Himbeeren gehören alle meiner
155 Enkeltochter, da der Brombeerstrauß, der Brombeerstrauch ist kaputt
156 geworden, die verträgt nicht mehr viel und meine Ribiseln esse ich alle
157 selber (lacht) weil die tun mir gut für die Verdauung. Und die kann ich mir
158 im Eiskasten draußen, da hol ich mir dann immer, alle zwei Wochen fährt
159 mein Sohn hinaus und ich hol mir welche und ich hab jetzt seit dem Anfang
160 Juli hab i ununterbrochen meine eigenen Ribisel und das eigen. Und dann
161 hab ich noch EINEN Apfelbaum, aber leider hat uns jetzt der Hagel, heuer,
162 alles kaputt gmocht, jetzt kübelweis liegen die gfaulden Äpfel herum und da
163 kann man nichts machen, aber ich hab sonst meine eigenen Äpfel ghobt bis
164 Ende Mai.

165 I: Mhm.

166 A: Und die waren besser als alle gekauften (.), wonns auch nicht so schön
167 waren. Weil gspritzt wird bei mir nix. (.) Bin alles Natur. Ich hoffe ich hab
168 Ihnen geholfen.

169 I: Ja sehr, dankeschön.

170 [Diktiergerät kurz ausgeschalten]

171 A: ...Ich war ja dreimal auf Mainau, da hab ich gsogt des is mir schon, den
172 ganzen Tag nur im Autobus sitzen, das is mir- DREI Tage, einen Tag
173 hinaus, nach Mainau und den nächsten Tag wieder zhaus, das war mir zu
174 be- DAS war mir zu beschwerlich.
175 Wann ich kann, ich war zum Beispiel noch in der Rubensausstellung, weil
176 den, ich war in, ich hab ja große Hollandreise gemacht und hab ja die
177 ganzen Rubenssachen gesehen und auch in Amsterdam den Dür- Rembrandt
178 und alles. Enttäuscht war ich von der Mona Lisa im Louvre (lacht) SO a
179 klans Bilderl. Außerdem soll ja das ein Mann sein.

- 180 I: Wirklich?
- 181 A: Ja, dass hat man uns bei der Führung im Louvre gesagt, dass das
182 eigentlich ein Homosexueller is
- 183 I: Ah.
- 184 A: Ja, das hat unsere Reiseleiterin erklärt im Louvre. Es is nicht bewiesen,
185 aber man vermutet es. Weil der Maler war ja homosexuell.
- 186 I: Kann man nur spekulieren, oder?
- 187 A: Ja, ja, die damalige Zeit war nicht und auch in Rom diese herrlichen. Ich
188 hab eine große Türkeireise gemacht, ich hab eine große Griechenlandreise
189 gemacht, eine Package-Tour, mit meinem Mann. Wir sind achtzehn Tage
190 durch Griechenland gefahren, alles was an Geschichte, des hom ma alles.
191 Weil i bin sehr für die Geschichte.
- 192 I: Mhm.
- 193 A: *Jo, weil des hat mich immer schon interessiert, schon in der Schule. Für*
194 *Geographie und Geschichte, i hör an Ort und i seh die Landkartn (lacht)und*
195 *rechnen, weil meine ehemalige Kollegin, wie sie mich gesehen hat is sie*
196 *eine Sudetendeutsche gewesen und hat sie uns dann, als sie ausgewiesen*
197 *wurde ham wir uns gesehen und hat sie gsagt: „Kannst du immer noch so*
198 *gut rechnen?“ (lacht) Naja, dafür hab ich kein Sprachentalent. Ich kann*
199 *machen was ich will. Ich KONNTE in Französisch einen Film vollständig*
200 *grammatisch richtig sehen, aber wenn auf mich jemand gesprochen hat, hab*
201 *ich nicht ein Wort verstanden. Also schon ein Wort, weil in Frankreich hab*
202 *ich einen Franzosen (lacht) ganz schön geschockt, weil mein Mann ham ma*
203 *im Zelt gewesen. Mein Mann, der Zeltwart- also der Platzwart hat gesagt,*
204 *da ist, da können wir das Zelt aufstellen, aber den Wagen müssen wir dort*
205 *hinstellen, weil da steht ein anderer Herr, ein Franzose. Und mein Mann*
206 *sagt, kann ich den Van nur so lange, dass ich nicht alles so weit tragen*
207 *muss, sagt er ja und während mein Mann sich die Hände gewaschen*
208 *gegangen is, hat sich der Franzose zurückgekommen und der quatscht mich.*
209 *Ich bin vorm Zelt geblieben, damit wenn wos is, dass ich da bin. (lacht) Und*
210 *der spricht auf mich französisch und ich hab ihn nicht verstanden und ich*
211 *sag ihm: „ Je ne parl pa france.“ Fängt hellauf zu lachen an, schaut auf den*
212 *Wagen und sagt, das ist nicht war sie sprechen sehr gut französisch,*
213 *compri? Und ich sag: „Qui“ (lacht) dann hab ich gedeutet mein Mann wird*
214 *dann wegfahren, aber der hat so dumm geschaut, weil das war grammatisch*
215 *vollständig richtig.*
- 216 I: Aber es gibt auch so Englischkurse hier, die kann man auch besuchen.

217 A: Joah, aber (.) ich habs amal versucht, weil mein Mann hat ein- war ja
218 schade, dass ich in der Handelsschule nicht Englisch genommen hab. Mein
219 Mann hat perfekt in Wort und Schrift Englisch gekonnt, er war Dolmetsch
220 bei den Amerikanern in der Gefangenschaft. Ja weil er hat eine englisches
221 Fräulein, seine Mutter war Geschäftsfrau und wenn er von der Mittelschule
222 gekommen is, hat ihm die, dass war ja die schlechte Zeit in den dreißiger
223 Jahren. *Da hat er ein junges Mädln, die wor jahrelange in England und die*
224 *hat dann zurückmüssen und war arbeitslos und die is immer gekommen,*
225 *wenn mein Mann von der Schule gekommen is und is bei ihm bis am Abend*
226 *geblieben bis seine Mutter gekommen is und die hat nur mit ihm Englisch*
227 *gsprochn und dadurch hat mein Mann dann, Englisch in Wort und Schrift*
228 *perfekt gekonnt. Und das war sein Vorteil, dann in der Gefangenschaft, weil*
229 *er ganz, er hot den Mensch in Scheiburg, der die Rücktransport der*
230 *amerikanischen Soldaten überghabt hat, bei dem war er Dolmetsch. Also er*
231 *hat, er hat das auch von den Amerikanern bezahlt bekommen, sehr gut.*
232 *Naja, (.) einen Vorteil muss ja auch haben (lacht), weil der war ja acht*
233 *Jahre fort im Feld und der war schon ein Jahr vor Kriegsausbruch*
234 *ingerückt. Also das war eher die Zeit, wo aktive Dienstzeit war, zwei Jahre.*

235 I: Mhm.

236 A: Naja, ich, mein Sohn is ja sehr böß, dass ich nicht alles aufschreib, da
237 sagt er: „Du solltest das alles aufschreiben, was du erlebt hast.“ *Weil ich bin*
238 *geflüchtet von Südmähren, da waren Tschechen und Russen, ich war bei*
239 *Mama ihren Bruder umquartiert, der hatte dort noch die Landwirtschaft von*
240 *der Großmutter ghabt und ich hab gesagt: „Ich geh.“ Und da bin ich auf,*
241 *bis nach Hochtölz gekommen und von dort hab ich mich dann auf mit*
242 *Schwindel durchgeschlagen bis nach Wien. Ich bin von Linz bis nach Wien*
243 *drei Tage und drei Nächte gefahren. Und heute is man in Schärding, nein*
244 *von Schärding bis Wien drei Tage und drei Nächte und heute is ma in drei*
245 *Stund in Schärding, da sind mir die Tränen gekommen. Wenn ich da nach*
246 *Deutschland gefahren bin auf Besuch zu meinen Freunden und ich war in*
247 *drei Stund in Schärding, sand ma die Tränen gekommen, weil damals waren*
248 *wir drei Tage und drei Nächte unterwegs. Mim Zug, mim Lastauto, mim*
249 *Schiff, mit einer Züln über die Donau, dann wieder Zug bis nach St.*
250 *Valentin und dann mit einem auf dem Trittprett von einem Milchwaggon,*
251 *ein Herr hat mich mit der Hand beim hals ghalten, dass ich nicht einschlaf,*
252 *die ganze Nacht (.) und so samma nach Wien gkommen. Meine Mutter is*
253 *einmal hinuntergefahren, schaun ob ma eine Wohnung noch hab, die is auf*
254 *einem, bei strömenden Regen, die ganze Nacht von St.Valentin bis Wien*
255 *aufn Offen gessen- das kann man sich heute nicht vorstellen. (..) Das waren*
256 *Zeiten, das geht nicht. Die heutige Generation weiß ja nicht was, was wir*
257 *mitgemacht haben. Da muss ich Ihnen ehrlich sagen, ich seh das nicht ganz*

258 ein, dass diese ganzen Ausländer, ihre Heimat nicht selbst aufgebaut haben.
259 Wir ham sie aufgebaut, wir sind nicht fortgegangen (..) Wir ham die Ärmeln
260 aufgekrempelt und ham gearbeit und die sind jetzt da und stelln Ansprüche
261 und das seh ich nicht ein. Also da muss ich sagen, da bin ich jetzt schon sehr
262 kritisch geworden, weil ich das nicht einseh, weil auch in Deutschland, ich
263 habs in Berlin gesehen. Da sind ganze Hügln, da sind NUR DIE
264 SCHÜTTHAUFEN AUF DENEN HEUTE DIE HÄUSER STEHEN.

265 I: Mhm.

266 A: Das waren die Schutt, da hat man gsagt die Schuttfrauen- die ham die
267 Ziegl putzt. (.) Sowas (.) so fleißige Leute, wie der Deutsche und der
268 Österreicher gibt's net so schnell, die anderen sind alle faul. Schauen Sie
269 doch jetzt was sich da tut mit diesen Negern, die glauben alle da fliegen
270 ihnen die gebrotenen Tauben rein. Joah, wir können, Europa kann doch
271 nicht ganz Afrika aufnehmen. (.) WO ist das möglich? Weil ich hab einen
272 Onkel gehabt, der is schon so lang tot, des war in den vierziger Jahren, hat a
273 einmal gesagt: „Hilde, merk dir eines, die gelbe Gefahr, hats immer gheißen,
274 die gelbe Gefahr ist nicht so schlau wie die schwarze Gefahr. Die schwarze
275 Gefahr is viel stärker.“ Und er hat RECHT behalten. Von Afrika kommt viel
276 mehr auf uns zu als von China. (.) Weil die wandern net aus, aber die
277 überschwemmen uns. Schauen Sie sichs doch an. SCHAUN SIE IN DEN
278 FERNSEHER rein. Jeder Reklame is nur Neger, wo san unsere eigenen
279 Leut? Ham die keine Arbeit? Die brauchen ka Arbeit? Nur DE? (.) Na seh i
280 net ein, jetzt hab ich genug. Ich war nie ein Ausländerhasser, NIE, aber jetzt
281 reichts ma, weil das wird zu arg. Sie sind sehr arm, aber sie müssen sich halt
282 auch selbst helfen, wir ham uns ja auch selbst helfen müssen. Glaubens wie
283 Wien ausgeschaut hat und das is noch gar nichts gegen Deutschland. Ich hab
284 ja Verwandte draußen gehabt

285 I: Mhm.

286 A: Ich hab eine Cousine gehabt, die is vierundzwanzig Jahre nicht aus
287 Ostdeutschland gekommen. Und ich hab Verwandte in Ungarn gehabt, die
288 den Aufstand und alles mitgemacht haben, ich weiß was meine Verwandten
289 mitgemacht haben in diesen Ländern. Mir braucht niemand was dazähl.
290 Weil ich das alles am eigenen Leib mitgemacht hab. Weiß noch, wie sie aus
291 Berlin geschrieben hat, Ostberlin, ihrer Mutter, Ich hoffe es geht dir besser,
292 und wir haben sie eingegraben und sie hat nicht kommen können, ihre
293 Mutter lag im sterben, nicht einmal DA hat sie eine Ausreise bekommen. (..)
294 Das sind Sachen die kann man sich heute nicht mehr vorstellen, aber leider.
295 Also ich hoffe, dass ich Ihnen helfen konnte.

296 I: Ja, vielen herzlichen Dank.

Curriculum Vitae



Emily Drechsler

geboren am 22.02.1986 in Oberpullendorf,
österreichische Staatsbürgerin

Qualifikationen

Bakkalaureat in Soziologie
(Geistes- und Kulturwissenschaftlicher Zweig)

Berufliche Aus- und Weiterbildung

10/08-dato	MBA Gesundheits- und Sozialmanagement (Body and Health Academy)
10/08- dato	Masterstudium Soziologie (Universität Wien)
03/07- dato	Bakkalauerastudium der Betriebswirtschaft (Universität Wien)
10/05- 03/10	Individuelles Diplomstudium der Pflegewissenschaft (Universität Wien)
10/05- 10/08	Bakkalaureatsstudium der Soziologie (geistes- und kulturwissenschaftlicher Zweig, Universität Wien)
09/96 – 06/04	Realgymnasium mit sportlichem Schwerpunkt, 2344 Maria Enzersdorf/ Gießhübl

Beruflicher Werdegang

01/06- dato	KWP- Pensionistenwohnhaus Alszeile Ehrenamtliche Mitarbeit im Bereich persönliche Betreuung und Unterstützung der Heimleitung
2004-2009	Weingut Spaetrot, Gumpoldskirchen Organisation und Mitarbeit der Herbstpromotion
2003- dato	Ordination Dr.Drechsler und Dr. Höll, Mödling Urlaubsvertretung, Ordinationshilfe,

Tätigkeiten	Terminvereinbarung, organisatorische
2003- dato	Privat Kinderbetreuung, familiäre Unterstützung im Alltag
08/08	Euro RSCG Vienna PraktikantIn im Bereich PR
2008	Austria Trend Hotel „Savoyenne“, Wien Frühstücksservice
06/07- 08/07	AKG Acoustics GesmbH Mitarbeit im Bereich Produktion und Logistik, Unterstützung bei der Umstellung auf SAP
06/06- 10/06	Summerstage, Roßauer Lände Servicekraft
11/05- 01/06	Café Residenz, Schönbrunn Kinderanimation und Backstubenbetreuung
2005- 2006	Vinothek Spaetrot, Gumpoldskirchen Servicekraft
Zusätzliches	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstverständliche Anwendung Office Programme , SPSS, SAP ▪ Beginn der NLP Ausbildung ▪ 1-jährige Weltreise ▪ Erfahrung in Interviewführung und Auswertung ▪ Führerschein B ▪ Teilnahme an Kursen der Arbeitsgemeinschaft für Physioenergetik (Dr. Serge King): <i>Healing Relationships, Self Confidence, Huna Therapy</i> ▪ Perfektes Deutsch ▪ Englisch in Wort und Schrift ▪ Spanisch Maturaniveau ▪ Ehrenamtliche Tätigkeit im Pensionistenwohnhaus Alszeile (seit 2006)
Interessen	Reisen, Kunst/Kultur, Gesellschaftsorientierte Thematik, Wertewandel, EU, Wirtschaft, Medizin/Gesundheit/Pflege, Sport