



MASTERARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Partizipation im Seniorenwohnhaus.

Eine Fallstudie zu Einflussmöglichkeiten von NutzerInnen auf das Management unter besonderer Berücksichtigung der kollektiven Interessensvertretung im Umfeld LTC-Einrichtung“

Verfasserin

> Mag. Emily Drechsler, bakk.phil. <

angestrebter akademischer Grad
Master of Arts (MA)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Masterstudium Soziologie

Betreuerin / Betreuer:

Univ. Doz. Dr. Karl Krajcic

Abstract

Die vorliegende Masterarbeit beschäftigt sich mit den Einflussmöglichkeiten der BewohnerInnen von LTC-Einrichtungen auf das Management. Diese Masterarbeit folgenden Fragen nach: *Wie erleben NutzerInnen ihre (Mit-)Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf Strukturen, Regeln und Abläufen in LTC-Einrichtungen und über welche Personen werden diese Anliegen kommuniziert? Inwiefern werden diese NutzerInnenanliegen von den KommunikationspartnerInnen wahrgenommen und weitergeleitet?*

Im Rahmen dieser Masterthesis wurden 19 Personen interviewt, darunter BewohnerInnen, Angehörige, VertreterInnen des Managements, PflegerInnen und PflegehelferInnen.

Die Ergebnisse der Auswertung zeigen ein Grundbild der Kommunikationswege von NutzerInnen, wobei auch Kommunikationskanäle die sich eventuell ergänzen bzw. in Konkurrenz zueinander stehen aufgezeigt werden. Das Aufzeigen von Variationen in den Möglichkeiten der Interessensartikulation und deren Wahrnehmung durch die befragten Gruppen sind ebenso Teil der Ergebnisse enthalten.

This thesis describes the influence of inhabitants of Long Term Care (LTC) facilities on the management. The main questions of the thesis are: How do nursing home residents experience their scope for influence on structures, standards and operational sequences in the LTC facility? Which persons communicate the concerns of the patients and how do they deal with residents' requests?

The current study is based on 19 interviews with Long Term Care facility inhabitants, relatives, representatives of the management, nurses and nursing assistants.

The results of the evaluation show a basic picture of the communication landscape of residents and their environment. The thesis also points out communication canals that are complementary, or in competition to each other. Indication of variations in interest articulation and their perception by the questioned groups are also part of the results in this thesis.

Diese Arbeit kommt zu dem Schluss, dass BewohnerInnenwünsche von BewohnerInnen des stationären Bereiches über andere Wege kommuniziert werden, als Wünsche von Personen im Apartmentbereich. Handlungsbedarf besteht in der Einbindung der Wünsche und Anregungen der SeniorInnen im Sinne eines modernen Fehlermanagements der Organisation „Seniorenwohnhaus“.

The main part of the thesis concludes that stationary LTC-users convey their needs via different ways than ambulatory LTC-users. The thesis closes with proposals for future action regarding integration of seniors' wishes as well as with suggestions aiming at up-to-date fault management in LTC facilities.

Danksagung

Meinen herzlichen Dank möchte ich an das Kuratorium Wiener Pensionisten für die gute Zusammenarbeit richten. Ebenfalls möchte ich mich bei allen InterviewpartnerInnen und Kontaktpersonen des KWP bedanken, die diese Arbeit durch ihre Mithilfe ermöglicht haben. Überdies richte ich meinen Dank an Herrn Dr. Karl Krajic, der mich im Rahmen der Masterthesis betreute.

Ich möchte mich ganz besonders bei meinen Eltern, Großeltern, Geschwistern und Freunden dafür bedanken, dass sie immer für mich da sind und mich in all meinen Vorhaben unterstützen und an mich glauben.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1. Das Themenfeld.....	2
2. Anschluss an die wissenschaftliche Diskussion	4
2.1. Theoretische Annäherung an den Begriff Selbstbestimmung	5
2.2. Systemtheoretische Sicht auf Autonomie	6
2.3. Systemtheorie in der Pflege: Theorie des systemischen Gleichgewichts	8
2.3.1. <i>Autonomie aus pflegerische Perspektive bzw. in Pflegemodellen.....</i>	<i>11</i>
2.3.2. <i>Pflegemodelle.....</i>	<i>12</i>
2.3.3. <i>Problemreiche Pflege und Autonomie</i>	<i>15</i>
2.4. Autonomie im Alter	16
2.5. Autonomie im Umfeld „Long-Term Care“ (LTC) - Einrichtungen	17
2.5.1. <i>Autonomie im Umfeld totaler Institutionen</i>	<i>20</i>
2.5.2. <i>Kontaktmöglichkeiten von NutzerInnen in LTC-Einrichtungen</i>	<i>23</i>
2.6. Interessensvertretungsmodelle	24
2.7. ExpertInnen- und Expertenempfehlungen zur Stärkung der Autonomie in der Altenbetreuung	26
2.7.1. <i>Empfehlungen von Expertinnen und Experten</i>	<i>26</i>
2.7.2. <i>Ausgewählte „Models of good practice“</i>	<i>29</i>
2.7.3. <i>Bedeutung der Heimleitung im Rahmen der Modelle</i>	<i>30</i>
2.7.4. <i>Mögliche Bedeutung für Mitbestimmung und Partizipation in Bezug auf die „Modells of good practice“</i>	<i>33</i>
2.8. Empirische Studien über Mitbestimmung/Autonomie in LTC-Einrichtungen.....	34
3. Empirische Fallstudie in einer Wiener PensionistInnen-Wohneinrichtung	38
3.1. Rahmenbedingungen	38
3.1.1. <i>Altenversorgung Österreich.....</i>	<i>38</i>
3.1.2. <i>Altenbetreuung in Österreich mit speziellem Fokus auf die Wiener Betreuungssituation</i>	<i>39</i>
3.1.3. <i>Rechtliche Rahmenbedingungen für Mitbestimmung im Umfeld LTC.....</i>	<i>41</i>
3.1.4. <i>Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und gesellschaftlicher Wandel der Pflegepolitik</i>	<i>43</i>
3.1.5. <i>Interessensvertretung: Praxis in Wien.....</i>	<i>45</i>
3.1.6. <i>Interessensvertretung im KWP</i>	<i>45</i>

3.2.	Forschungsdesign	46
3.2.1.	<i>Forschungsfragen</i>	47
3.2.2.	<i>Eckdaten der methodischen Vorgehensweise</i>	47
3.2.3.	<i>Erhebungsverfahren- Qualitatives Interview: Problemzentriertes Interview</i>	48
3.2.4.	<i>Auswertungsmethode: Themenanalyse</i>	49
3.3.	<i>Forschungsfeld</i>	51
3.4.	<i>Umfeld und Kontaktaufnahme</i>	54
3.4.1.	<i>Pensionistenwohnhaus- KWP Häuser zum Leben</i>	54
3.4.2.	<i>Empirische Datenerhebung in einem Pensionistenwohnhaus des KWP</i>	55
3.5.	Auswertung	56
3.5.1.	<i>Altersstruktur</i>	56
	- Gemeinsame Werte/Regeln/Normen	57
	- Demenz	58
	- teilstationärer Bereich	60
	- stationärer Bereich	61
3.5.2.	<i>Persönliche Komponente</i>	63
3.5.3.	<i>Entscheidungsspielraum</i>	64
	- Vorfeld	64
	- Vor Einzug	64
	- Einzug-Probezeit	65
	- Wahlmöglichkeit	67
	- Gefühl der Mitbestimmung	68
	• <i>Struktur: Essenszeiten</i>	70
	• <i>Sicherheit</i>	70
3.5.4.	<i>Grundvoraussetzungen für Autonomie</i>	72
3.5.5.	<i>Hotelfaktor</i>	73
3.5.6.	<i>Der „normale Kommunikationsweg“</i>	74
	- Medium: PflegerIn, AltenbetreuerIn	77
	• <i>Informationsquelle</i>	78
	• <i>Kommunikationszwischen oder –endstelle</i>	78
	• <i>Themenbereiche BewohnerIn-PflegerIn</i>	82
	• <i>Themenbereiche Angehörige-PflegerIn</i>	85
	- Unterstützung: Angehörige	86
	- Regelmäßiger Kontakt	87

- „Dahinter sein“	88
- „Besser kennen“	89
3.5.7. <i>Interessensvertretung (IV)</i>	90
3.5.8. <i>Entscheidungsebenen</i>	93
- Möglichkeits-/Kompetenzbereiche	94
3.6. Zusammenfassung der Ergebnisse	96
4. Fazit	102
5. Literaturliste	105
5.1. Internetquellen.....	111

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Systematischer Pflegeprozess	9
Abbildung 2: Wohnformen im Alter, zwischen Betreuungsintensität und Selbstständigkeit.....	17
Abbildung 3: Partizipationsmodell nach Beukelman/ Mirenda (1992)	25
Abbildung 4: : Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen	39
Abbildung 5: Darstellung der InterviewpartnerInnen	52
Abbildung 6: Kontakt stationärer BewohnerInnen	63
Abbildung 7: Kontakt DirektorIn	75
Abbildung 8: Kommunikation aus pflegerischer Sicht	79
Abbildung 9: Problembereiche der BewohnerInnen, bei denen die Hilfe des Pflegepersonals gefordert ist	83
Abbildung 10: Kommunikation gemeinschaftlicher Problematiken	97
Abbildung 11: Mögliche Kommunikationswege der BewohnerInnen des stationären und teilstationären Bereiches	99

Abkürzungen

ADL- Activities of Daily Living

BMASK- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

eA – ehrenamtlich

IV – Interessensvertretung

i.S.- im Sinne

KWP- Kuratorium Wiener Pensionisten

LTC – Long-Term Care

WHK- Wiener Heimkommission

1. Einleitung

Mitbestimmung und Autonomie im Alter, vor dem Hintergrund wachsender Gebrechlichkeit, Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit insbesondere in Pflege- und Betreuungseinrichtungen, sind ein sehr schwieriger und umfassender Themenkomplex. Individuelle Erwartungen müssen hier mit pflegerischen, medizinischen, rechtlichen, betriebswirtschaftlichen und sozialpolitischen Rahmenbedingungen und Voraussetzungen abgestimmt werden. Die Herausforderung besteht nun darin, subjektive Wünsche und Anregungen der BewohnerInnen in der zuständigen Instanz wahrzunehmen und diese auch umzusetzen. Inwiefern diese BewohnerInnenwünsche nun an die jeweilige Stelle kommuniziert werden bzw. wie diese Stellen mit den Anregungen umgehen, soll Hauptteil dieser Arbeit sein.

In der vorliegenden Masterarbeit wird mittels qualitativer Interviews der Frage nachgegangen, wie Personen eines PensionistInnenwohnhauses ihre Autonomie erleben. Schwerpunkte des empirischen Arbeitsteils bilden die Einflussmöglichkeiten von BewohnerInnen in Bezug auf das institutionelle Umfeld. Es wird der Frage nachgegangen, wie die Bewohner ihre Meinung, Wünsche oder Beschwerden kund geben und wie diese wahrgenommen werden. Dabei liegt der Fokus auf den formellen und informellen Kommunikationswegen. Um dem spezifischen Modell der Interessensvertretung der untersuchten Fallstudie gerecht zu werden, wurden sowohl die Perspektiven der BewohnerInnen als auch des dort wirkenden Personals erhoben.

Nach einer kurzen Darstellung der derzeitigen Situation der Altenbetreuung in Österreich wird im weiteren Verlauf eine umfassende Definition des Autonomiebegriffs, mit Bezug auf die Systemtheorie und die Praxis, im Umfeld „Long Term Care“ (LTC) vorgenommen. Des Weiteren wird versucht, die Interessensvertretungsmodelle und die Position der Heimleitung innerhalb dieser Modelle darzustellen. Ein Übergang vom theoretischen zum empirischen Teil der Arbeit findet sich in der Darstellung des aktuellen Forschungsstandes, der die Autonomie und Alter(n) in LTC-Einrichtungen beleuchtet.

Im vierten Teil der Arbeit werden Forschungsdesign und Ergebnisse der Fallstudie vorgestellt, wobei sich die empirischen Daten auf Interviews von neunzehn Personen stützen. Die empirische Arbeit versucht, durch den Einbezug der Aussagen von BewohnerInnen und Professionen der LTC-Einrichtungen eine „Kommunikationslandschaft“ sichtbar zu machen. Um die Komplexität der empirischen Daten fassbarer zu machen, sind diese in acht Themenkategorien unterteilt. Dabei wird in jeder Kategorie versucht, die Ansichten der BewohnerInnen und jene des betreuenden Personals

der Einrichtung und der Angehörigen gegenüberzustellen.

Das Fazit versucht die Potenziale und Defizite der empirischen Ergebnisse in Handlungspotenziale zu formulieren, wobei sich sowohl Forschungs- und Praxisperspektiven eröffnen.

Die Themenfindung dieser Masterarbeit wurde durch meine ehrenamtliche Tätigkeit in der Altenbetreuung und Mitarbeit als wissenschaftliche Hilfskraft im aktuellen Forschungsfokus „Health Promoting Long Term Care“ des Ludwig Boltzmann Instituts für Gesundheitsforschung geprägt.

1.1. Das Themenfeld

Grundsätzlich gibt es in Österreich eine Vielzahl an institutioneller Unterbringung für betagte Menschen, darunter sind beispielsweise SeniorInnen-Wohnhäuser, Pflege- und Altenheime, Tagespflegezentren, Hospize, betreutes Wohnen und Geriatriezentren.¹

Die „Long Term Care“ (LTC) oder Langzeitpflege, Langzeitbetreuung bzw. Langzeitversorgung bezieht sich auf die Gruppe alter Menschen, Personen mit Behinderung und chronischer psychiatrischen Krankheitsbild. In vorliegender Arbeit liegt der Fokus auf einer Einrichtung der Langzeitbetreuung und –pflege alter Menschen.

„In diesen manchmal auch als „totale Institutionen“ beschriebenen Lebens- und Arbeitswelten haben Organisationen einen besonders starken Einfluss auf das, was an Gesundheit noch vorhanden ist – durch die Art, wie sie Leben, Versorgung, Kommunikation, Arbeit, Unterstützung etc. organisieren. Und deshalb ist es ganz besonders wichtig, diesen Einfluß möglichst zu optimieren – negative Faktoren vermeiden und Chancen zur Stärkung von Ressourcen nützen.“²

Bereits 1990 beschreibt Meiringer Depression, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit als negative Reaktionen auf eine fremdbestimmte Umwelt bzw. auf eine belastende Situation im Lebensumfeld Altersheimsituation. Dabei stellte sie fest, dass die Zunahme individueller Kontrolle mit einem Anstieg körperlicher und geistiger Aktivität einhergeht und mehr Zufriedenheit und soziales Engagement der untersuchten Personen mit sich bringt.³

¹Vgl. <http://www.senior-in-wien.at/> ; o. S. (Stand 24.08.2010)

² <http://lbi-hpr.lbg.ac.at/> o. S. (Stand 31.03.2011)

³ Vgl. Meiringer 1990: 30f.

Folgendes Zitat beschreibt, von welcher großen Relevanz die persönliche Autonomie für den Betroffenen ist:

„Das Bewusstsein, autonom über einen gewissen Lebensbereich zu bestimmen und den eigenen Bedürfnissen nicht wehrlos ausgeliefert zu sein,(...)hebt die Selbstachtung und das Selbstwertgefühl.“⁴

Dieser Zustand unterstützt die individuelle Lebensgestaltung und somit meist die persönliche Gesundheit. Steinbach (2007) spricht von einer zugeschnittenen Hilfeleistung für Personen, die aufgrund von Krankheit, Gebrechen oder Behinderung nicht mehr selbst sprechen können. Rechtsvertretungen bzw. Sachwalter beispielsweise vertreten solche Menschengruppen vor dem Gesetz, prinzipiell gilt die Erhaltung der Autonomie, Selbstständigkeit und Unabhängigkeit der Patientin bzw. des Patienten.⁵

Die Thematik Autonomie innerhalb von Pflege- und Betreuungseinrichtungen ist Brennpunkt aktueller Diskussionen. Insbesondere sei hier der Bereich der Langzeitbetreuung erwähnt, in dem v.a. ältere Personen mit verminderter autonomer Entscheidungsfähigkeit untergebracht sind. Das Konzept Selbstbestimmung ist auch in verschiedensten Pflgetheorien und -konzepten verankert, gestaltet sich dennoch oft schwierig in der praktischen Umsetzung. Es bleibt zu erwähnen, dass die Forderung nach Autonomie oft im Spannungsverhältnis mit der Notwendigkeit zur Betreuung in Einrichtungen der Langzeitpflege steht. Die Schwierigkeit besteht nach der Wiener Heimkommission (2009), kurz WHK, besonders darin, dass strukturelle Rahmenbedingungen der jeweiligen Einrichtung oft nicht mit individuellen Autonomiebestrebungen in Einklang zu bringen sind.⁶

⁴ Vgl. Steinbach 2007: 152

⁵ Vgl. Steinbach 2007: 165

⁶ Vgl. Bericht Wiener Heim Kommission 2009: 26f.

2. Anschluss an die wissenschaftliche Diskussion

„Altern“ ist ein sehr komplexer Prozess, der durch die Biographie eines Individuums geprägt ist. Auf der einen Seite gibt es zahlreiche selbstbestimmte und selbstständige alte Personen, die keine Hilfe von anderen Menschen benötigen und auf der anderen Seite gibt es alte Menschen, die zumeist in einem Abhängigkeitsverhältnis zu einer anderen Person oder Organisation stehen. Je nach Individuum bestimmt sich Anzahl und Intensität der Sozialkontakte, so gibt es beispielsweise alte Menschen mit einer großen Zahl an Sozialkontakten, die jedoch nicht sehr intensiv sind. Der konträre Fall sind PensionistInnen mit geringen sozialem Kontakt, der aber sehr intensiv ist. Allgemein lässt sich jedoch ein wachsendes Risiko von Krankheit und Hilfsbedürftigkeit mit steigendem Alter erkennen. Die Betroffenen bewerten ihren Gesundheitszustand meist besser als die medizinische Diagnose. Amann (2004) verweist hier auf das „Zufriedenheitsparadoxon“, d.h. einer positiven Einstellung zum Leben, welche mit der relativen Abhängigkeit im Alter einhergehen kann. Die Lebenssituationen setzen sich demnach aus physischen und psychischen Zustand, subjektivem Empfinden und sozialer Lage zusammen. Im Rahmen der Literaturrecherche wurden einige Tabubereiche im Bereich der Altersversorgung aufgeworfen, so etwa die Würdigung der von (weiblichen) Angehörigen geleistete Pflege im privaten Bereich, das Thema der Sexualität im Alter, Gewaltthemen und der Mangel an Selbstbestimmung. Diese Tabuthemen führen zu einem hohen psychischen Leidendruck bei Betroffenen und ihren Angehörigen, der nicht folgenlos bleibt. Amann sieht einen Anstieg der Forderungen nach Pflegeleistungen und eine Reaktion der Anbieter, empfiehlt dennoch eine Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätskontrolle und -sicherung. Der Vorschlag eines auf die Pflege bezogenen Vertrages bzw. Testamentes soll hier mehr Selbstbestimmung für die Betroffenen mit sich bringen.⁷

Die Realität in zahlreichen Einrichtungen für alte Menschen ist, dass reale Mitbestimmung und Mitwirkung von BewohnerInnen nur in den seltensten Fällen vorzufinden ist. So liegt der Einflussbereich am ehesten noch in der Mitsprache bei Speiseplanentscheidungen, weniger jedoch in medizinisch-pflegerischer Versorgung, wohnräumlicher Veränderungen und Gestaltung des Alltags. Wichtig ist hier nicht unbedingt die tatsächliche Durchsetzung der Mitbestimmung, sondern inwieweit die Kompetenz für Entscheidungen vom Individuum wahrgenommen wird bzw. dieser ein Gefühl von Mitbestimmung besitzt. Dabei beziehen sich Huber et al. (2005) v.a. auf die individuelle Mitsprache der alten Menschen im näheren Umfeld.⁸

⁷ Vgl. Amann 2004: 207-211

⁸ Vgl. Huber et al. 2005: 129

2.1. Theoretische Annäherung an den Begriff Selbstbestimmung

Ich beleuchte nun im folgenden theoretischen Abschnitt den Begriff der Autonomie aus verschiedenen Blickwinkeln. Später werden empirische Aspekte, die einen Rahmen für Selbstbestimmung von HeimbewohnerInnen bieten können, vorgestellt. Dabei werden festgeschriebene, gesetzliche Bestimmungen ebenso vorgestellt, wie Möglichkeiten zur Implementierung und Umsetzung von „good practice“ - Ansätzen. „Good practice“ („Gute Praxis“) lässt sich durch (Online-Verwaltungslexikon), *„praktisch erfolgreiche Lösungen oder Verfahrensweisen, auch auf längere Sicht und in einer Gesamtschau aller Belange (nachhaltig)“*⁹ definieren und bezieht sich auf *„das Vorgehen, solche Lösungen zu ermitteln und für Verbesserungen zu nutzen.“*¹⁰

Der Begriff „autonom“ stammt aus dem griechischen und trägt die Bedeutung *„nach eigenen Gesetzen“*¹¹, die Begriffe Selbstständigkeit und Unabhängigkeit werden dazu synonym verwendet. Diese synonyme Verwendung der Begrifflichkeiten ist nach Huber et al. (2005) als problematisch zu betrachten und wird im letzten Abschnitt des 2.2. Kapitels weiter diskutiert.

Erlinger (2004) betont im Zusammenhang mit dem Begriff der Selbstbestimmung das soziale Umfeld, welches enorme Bedeutung in der Phase der individuellen Entwicklung und Erhaltung spielt, da ein ständiger Austausch mit diesem Umfeld stattfindet. Zu Beginn eines Menschenlebens steht die totale Abhängigkeit von den Eltern bzw. einem Elternteil, vor diesem Ausgangspunkt gilt es die Selbstbestimmung zu fördern um so auch Verantwortung für sich selbst und andere Gesellschaftsmitglieder zu entwickeln.¹²

Menkovic (2002) übersetzt Autonomie mit dem Begriff der „Selbstgesetzlichkeit“ bzw. „Eigenständigkeit“ und zielt damit auf die Selbst- und Eigenverantwortung ab. Autonomie kann aufgrund verschiedener Disziplinen erklärt werden, so bieten die Philosophie mit einer möglichen Autonomieerklärung nach Kant, das Staatsrecht, die Systemtheorie, die feministische Perspektive, die Perspektive der Theorie des kommunikativen Handelns und eine Autonomiedefinition.¹³

Zur Unterscheidung der Begriffe Autonomie und Selbstbestimmung sei gesagt, dass Kant durch die Vorstellung der Freiheit zum moralischen autonomen Handeln den Begriff der Autonomie sehr stark beeinflusst hat. So erlegt sich der vernünftige Mensch selbst seine gesetzlichen Richtlinien auf und macht Autonomie zu seiner *„Fundamentalausstattung und Verfasstheit“*¹⁴. Selbstbestimmung verweist dagegen auf die aktive Handlung der Manifestation von Autonomie. Demnach können

⁹ Krems 2011: 1 (<http://www.olev.de>)

¹⁰ Vgl. Krems 2011: 1 (<http://www.olev.de>)

¹¹ Duden 1998: 142

¹² Vgl. Erlinger 2004

¹³ Vgl. Menkovic 2002: 29-55

¹⁴ Vgl. May 2001: 22

autonome Individuen selbstbestimmte Handlungen setzen, dies müssen sie jedoch nicht tun, Selbstbestimmung bleibt aber ein wesentlicher Bestandteil der Autonomie. Kant sieht die höchste Ausprägung von Moral in einer Überschneidung der Begriffe Selbstbestimmung und Autonomie.¹⁵

Im Rahmen meiner Literaturrecherche zur Thematik Selbstbestimmung im Alter wird Selbstbestimmung oftmals in Bezug auf den Sterbeprozess bearbeitet. Selbstbestimmung ist in jeder Lebensphase von besonderer Bedeutung, Schulze/ Niewohner (2004) betonen beispielsweise das selbstbestimmte Handeln am Lebensende. Hier spielen dann Begriffe wie Betreuungsverfügung, Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht eine besondere Rolle. Diese Instrumente sollen zur Unterstützung der eigenen Kontroll- und Steuerungsmöglichkeiten dienen und so Schutz vor Entwürdigung im Alter bieten. Schulze/ Niewohner legt den Fokus auf die Selbstbestimmung am Lebensende und erarbeitet in diesem Zusammenhang die Anforderungen an genannte Instrumente. In diesem Zusammenhang ist das Ziel der Patientenverfügung oder anderer ähnlicher rechtlicher Schriften die Absicherung über eine Vertrauensperson, welche im Sinne des alten Menschen handeln würden.¹⁶

Huber et al. (2005) betont die Notwendigkeit einer klaren Trennung zwischen den Begriffen Autonomie und Selbstständigkeit. Demnach ist unter Autonomie die Selbstbestimmung mit Verweis auf Entscheidungsspielräume zu verstehen. Besteht keine Notwendigkeit einer durchgängigen Hilfeleistung durch Andere, so ist das Individuum fähig sein Leben zu bewältigen, und wird als selbstständig bezeichnet. Selbstständigkeit erfolgt durch den Einsatz von individuellen Fähigkeiten in speziellen Bereichen des Lebens. Die Frage stellt sich nach dem Ausmaß, den Einschränkungen und den möglichen Hilfeleistungen in Bezug auf die persönlichen Ressourcen. Demnach besteht die Möglichkeit auch für unselbstständige Personen, selbstbestimmt und autonom handeln zu können.¹⁷

2.2. Systemtheoretische Sicht auf Autonomie

Die Systemtheorie ist nicht nur als abstrakte Theorie zu verstehen, sondern wirkt auch in den Bereich des Managements, in den umwelt- und systembezogenen Steuerungsbereich, hinein. Als Theorie über „Steuerung“ fokussiert sie besonders die Selbststeuerung und verwendet den Begriff der

¹⁵ Vgl. May 2001: 22f.

¹⁶ Vgl. Schulze/ Niewohner: 185

¹⁷ Vgl. Huber et.al. 2005: 33

Autonomie im Konnex mit der operativen Geschlossenheit komplexer Systeme. Die Systemtheorie interessiert sich dabei besonders für das Zusammenspiel von System und Umwelt.¹⁸

Wesentliche Begriffe der Systemtheorie tragen zum Verständnis des Bezugsrahmens bei, dabei werden z.B. von Miebach (2010) drei Theorien unterschieden: Theorie beobachtender Systeme, funktional-strukturelle Theorie und Theorie autopoetischer Systeme. Sinn, Komplexität, Kontingenz, Selektion, Funktion, Vertrauen, Interpretation und generalisierte Erwartungen sind beispielsweise Begriffe, die z.B. im Rahmen der funktional-strukturellen Theorie bedeutsam sind. Die Theorie beobachtender Systeme liefert anhand der Begriffe wie Eigenwert, Differenzierung, dynamische Systeme, Evolution, Ungewissheit, Kommunikation, Re-entry, Gedächtnis, Form und Beobachtung Zugänge zur Theorie. Autopoiesis, Selbstorganisation, Selbstbeschreibung, Konflikt, Risiko und Gefahr, Strukturänderung, strukturelle Koppelung, Selbst- und Fremdreferenz und operative Geschlossenheit sind Begriffe mit denen im Wesentlichen die Theorie autopoietischer Systeme operiert.¹⁹

Um Strukturen von System verstehen zu können, ist es wichtig, den Begriff der Autonomie zu beleuchten. Dabei kann Autonomie, nach Beer (1995), die Selbstverantwortung des Systems zur Eigenregelung sein, wobei der Handlungsrahmen vom jeweiligen System selbst bestimmt wird.²⁰ Die beschränkte Autonomie von Unternehmen bzw. Organisationen ergibt sich daraus, dass ihr Verhalten innerhalb der jeweiligen Gesellschaft abläuft und daher auf Normen, Werte und Regeln abgestimmt sein muss. Varela (1984) versteht Autonomie als generellste Form „.....*selbstreferentieller Geschlossenheit und Autopoiese als Spezialfall für die Selbstreproduktion.*“²¹ Einen etwas anderen Blickwinkel nehmen Küppers/ Krohn (1990) ein und sehen Autonomie unter dem besonderen Gesichtspunkt der Systemveränderungen und somit als eine Eigenschaft von Systemen mit operativer Geschlossenheit.²² Autonomie kann auch als vom System erzeugtes Merkmal verstanden werden, welches zur Selbstorganisation führt und durch Sinnfindungs- und Lernprozesse Handlungsmöglichkeiten beeinflusst. Autonomie kann sowohl in der inneren als auch in der äußeren Systemumwelt ausgeübt werden, und somit bildet sich ein enger Zusammenhang zwischen Fremd- und Selbstreferenz.²³

Wilke (2001) verweist beim Begriff der operativen Autonomie im Verständnis der Systemtheorie auf die Möglichkeit zur Veränderung des Systems, insbesondere eines sozialen Systems. Autonomie wird,

¹⁸ Vgl. Wilke 2001: 1ff.

¹⁹ Vgl. Miebach 2010: 356

²⁰ Vgl. Beer 1994: 103, in: Schmidt, A. (1999): Kap. 4.3.3.3, o. S.

²¹ Varela 1984: 25-32, in: Schmidt, A. (1999): Kap. 4.3.3.3., o. S.

²² Vgl. Krohn/ Küppers 1990: 320

²³ Vgl. Schmidt, A. 1999: Kap. 4.3.3.3., o. S.

basierend auf der selbstbezüglichen Handlungsweise des Systems, zur Selbststeuerung eingesetzt. Operiert wird aufgrund eigener Kommunikationskodes und Beziehungen zur Umwelt. Eine autonome Handlungsweise tritt dann ein, wenn durch eigene Operationsschlüssel eine, von der Umwelt mehr oder weniger unabhängige, Eigensteuerung des Systems möglich wird.²⁴

Steinbach (2007) versteht den Einfluss des Einzelnen in der Systemtheorie insofern, dass die Gesellschaft auf den Einzelnen wirkt und jener die Gesamtheit wiederum beeinflusst. So können individuell Belastungen und Anforderungen geregelt werden und es wird möglich, mittels Selbstgestaltung eine gesellschaftliche Veränderung mitzugestalten. Die Systemtheorie gibt Antwort auf die Frage nach sozialen Faktoren, welche die Gesundheit der Menschen in der Arbeits- und Lebenswelt verbessern. Die Befriedigung von grundlegenden Bedürfnissen in den Bereichen Wirtschaft, Kultur und Politik tragen zur Veränderung gesundheitlichen Verhaltens u.a. bei.²⁵

Um als Mitglied in einer Organisation zu bestehen, müssen bestimmte Voraussetzungen von der/dem MitgliedsanwerterIn erfüllt werden, dazu zählen die Akzeptanz von Freiraumbeschränkung und Leistungspflicht. Erfolgt diese Anerkennung, kann ein übergeordnet-arbeitsteiliges Prozessmuster nutzenmaximierende Wirkung haben. Das Mitglied erkennt nun Forderungen und Einschränkungen an und wird im Gegenzug, als Mitglied angesehen, erhält Lohn, Status u.ä. von Seiten der Organisation. Damit begründet sich zwischen Organisation und Mitglied nicht bloß ein Umwelt – System- Verhältnis, sondern v.a. auch eine Zweck – Mittel – Beziehung.²⁶

2.3. Systemtheorie in der Pflege: Theorie des systemischen Gleichgewichts

Die Pflege Theorie „Theorie des systemischen Gleichgewichts“ fokussiert in der Umsetzung auf Individuen, Familiensysteme, Organisationen, Gruppen und Gemeinden. Diese Theorie wurde von Marie-Luise Friedmann entwickelt und verknüpft Erkenntnisse der Systemtheorie, der Geisteswissenschaft und der Gesundheitswissenschaft. Dynamische Wechselbeziehungen mit laufenden Übereinstimmungs-, Abstimmungs- und Anpassungsprozessen der Systeme zueinander sind Kern dieser Theorie. So streben auch die Familiensysteme und die dort handelnden Individuen nach Kongruenz, wobei die völlige Übereinstimmung meist ein utopisches Konstrukt darstellt. Ein Beispiel für individuell-angestrebte Kongruenz ist die persönliche Gesundheit, die in Wechselwirkung mit der Umwelt entsteht und in ihrer Vollkommenheit eine Utopie darstellt.

²⁴ Vgl. Wilke 2001: 30f.

²⁵ Vgl. Steinbach 2007: 100

²⁶ Vgl. Simon 2008: 102f.

Die Wechselwirkungen der Theorie des systemischen Gleichgewichts finden nun zwischen Pflege, Mensch, Familie und Umwelt statt. Die Pflege bietet Dienstleistung auf der individuellen, interaktionellen, familiären, organisationalen, Gemeinde- und Bevölkerungsebene. Die individuelle Pflege bezieht auch das Familiensystem mit ein und andere Formen partnerschaftlicher Systeme in der Umwelt. Umgekehrt umfasst familiäre Pflege bzw. die Pflege in großen Systemen, die Einzelperson mit ihrer/seiner Umwelt. Das Kongruenzstreben zu ermöglichen bzw. zu erleichtern ist ein wichtiges Pflegeziel, wobei das individuelle Ziel die Gesundheit ist. Die Pflege bewegt sich dabei sowohl vertikal in den Hierarchieebenen der Systeme und versucht dabei gleichzeitig horizontal die unterschiedlichen Systeme in denen sich der Mensch bewegt, zu erreichen. Der Pflegeprozess kann dabei mit den Konzepten von Spiritualität, Regulierung, Stabilität und aufeinander abgestimmtes Wachstum arbeiten.²⁷

Ein Austausch der nachfolgend dargestellten Systeme, kann durch das systemische Streben nach Kongruenz stattfinden. Soziale Systeme mit Kongruenzbestrebung verfolgen vier wesentliche Intentionen: Wachstum, Spiritualität, Stabilität und Kontrolle/Regulation. Systeme können diese Ziele nun mit unterschiedlicher Gewichtung verfolgen und durch sehr verschiedene Handlungen, die Zielerreichung anstreben.²⁸ Der systemische Prozess der Pflege ist durch folgende Graphik nach Friedemann (1996) veranschaulicht:

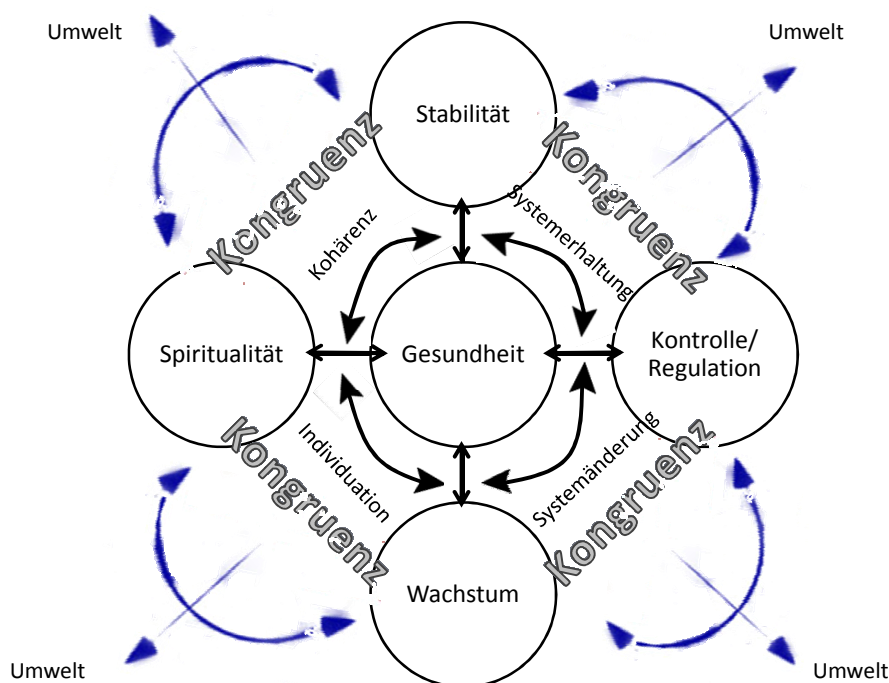


Abbildung 1: Systematischer Pflegeprozess²⁹

²⁷ Vgl. Friedemann 1996: 20

²⁸ Vgl. Friedemann 1996

²⁹ Modifiziert aus Friedemann 1996: 48

Die vier Ziele: Regulation bzw. Kontrolle, Spiritualität, Wachstum und Stabilität befinden sich in Austausch mit ihrer Umwelt und bieten als Innenvernetzung das Ergebnis Gesundheit. Kohärenz, Systemerhaltung und -änderung und Individuation sind dabei Dimensionen des Prozesses und dienen zur Regulation von Zeitlichem, Räumlichem, Energetischem und Materiellem. Hierbei wird Wachstum durch die Dimensionen Systemänderung und Individuation beeinflusst, Individuation in Verbindung mit Kohärenz führt dagegen zu Spiritualität, Systemänderung und -erhaltung bringen Regulation bzw. Kontrolle mit sich und Kohärenz und Systemerhaltung führen zu Stabilität. Systemerhaltung meint dabei beispielsweise das Beibehalten von Routinen, Ritualen und Rollen, während es bei der Änderung des Systems im Wesentlichen um die Umstellung von Mustern und Prioritäten sowie um Anpassungsprozesse geht. Individuation bezieht sich u.a. auf Berufungen, Leistungen und Aktionen, die zu Selbstentwicklung führen. Tätigkeiten, die sinnstiftend sind und das Gefühl von Einklang und Einheit mit sich bringen, können unter dem Begriff Kohärenz subsummiert werden.

Die spezifischen Bestrebungen bzw. das gerichtete Verhalten einer Familie können bzw. kann nun aufgrund der kulturellen Einstellungen und Werte der jeweiligen Prozessdimension zugeordnet werden. So dient z.B. eine familiäre Tätigkeit mit dem Ziel der Gesundheit eher der Systemerhaltung, dieselbe Tätigkeit mit der Absicht, Neues kennen zu lernen, ist dagegen eher der Individuation zuzuordnen.

Das pflegewissenschaftliche Verständnis der Theorie des systemischen Gleichgewichts hebt die vorhandenen individuellen Ressourcen hervor. Ziele werden dabei, in Verbindung mit persönlichen systemischen Prozessen, vom Klienten selbst bestimmt. Der Pflegeplan erfolgt dann aufgrund der Selbstmotivation der PatientInnen und ihrer Familien.³⁰

Das systemische Gleichgewicht beschreibt Talcott Parsons (1972) in Hinblick auf den prozessualen Charakter sozialer Systeme, dabei werden Austausch und Differenzierung als Basis für Wandlungsprozesse und Stabilität diskutiert. Dieser Blickwinkel bezieht sich auf die „*dynamischen Wechselbeziehungen zwischen der Wirtschaft und anderen Subsystemen*“³¹.

Dabei differenziert Parsons (1967) zwischen dem systemischen Gleichgewichts in Bezug auf eine sich verändernde Umwelt und der systeminternen Veränderung der Strukturen. Beides ist notwendig, damit Systeme sich an die Veränderung in ihrer Umwelt anpassen können.³²

³⁰ Vgl. Friedemann 1996: o.S.

³¹ Vgl. Parsons/ Smelser 1972: 247ff.; in: Kohlpöth 2007: 164

³² Vgl. Parsons 1967: 192ff.; in: Kohlpöth 2007: 251

2.3.1. Autonomie aus pflegerische Perspektive bzw. in Pflegemodellen

In der Pflege werden unter dem Begriff Ethik besonders Felder, denen besondere Beachtung im Dienstleistungsprozess gebührt, diskutiert. Diese Richtwerte gelten für alle Dienstleistungsberufe des sozialen Bereiches. Dabei sollen das Wohlergehen, die Selbstbestimmung, die Verbesserung des allgemeinen Wohlergehens, die Vermeidung von Leid und Schaden der Klientin bzw. des Klienten geschützt werden und die respektvolle Arbeit miteinander gefördert werden.³³

Menche (2007) betont die Autonomie im pflegerischen Entscheidungsprozess und innerhalb von Institutionen. Das professionelle Handeln klassifiziert sich nach der soziologischen Theorie Oevermanns (1999) v.a. durch fünf Aspekte: KlientInnenautonomie in Lebenspraxis, individuelle Betroffenheit der PatientInnen, Verknüpfung vom Verstehen des Falles und Regelwissen, unvollständige Standards des Handelns, Wechselwirkung von Entscheidungs- und Begründungsnot und der analytische und professionelle Blick.³⁴

Im Zusammenhang mit chronischen Krankheiten und autonomer Bewältigung, empfehlen Corbin & Strauss (1988) die Eingliederung und Akzeptanz der physischen Defizite in die individuelle Identität und Biographie, um diese in eine neue Richtung lenken zu können. Die Realisierung von Autonomie geht einher mit einer bewussten Reflexion, ganz i.S. des symbolischen Interaktionismus, welche keinesfalls rational ablaufen muss. Dieser reflexive Prozess kann durch Emotionen, Kreativität und Imagination beeinflusst werden. Dieser Prozess kann beispielsweise durch das Tagträumen oder die Vorstellung und Konstruktion von Geschichten eingeleitet werden, welche zur Sinnfindung im Leben eines Menschen beitragen können. Reflexion ist dabei nicht nur ein individueller Prozess, sondern auch ein Ablauf, der durch Kommunikation und Interaktion geprägt wird. So beschreibt Widdershoven (1999) Autonomie basierend auf „dialogical hermeneutic procedures“³⁵ und klassifiziert das Konzept „Autonomie“ als selbst-entwickelt, durch Dialoge.³⁶

Autonomiefragen mit dem Ziel der Selbstbestimmung, der Freiheit von Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen der BewohnerInnen von Langzeitpflegeeinrichtungen, sind von hoher pflegerischer Bedeutung. Denn fachliche Entscheidungen fallen unter der Achtung pflegerischer Standards, pflegerisch-ethischer Richtlinien und aufgrund der indirekt oder direkt geäußerten Wünsche der NutzerInnen. Dazu ist die besondere Spezifität des Einzelfalls zu beachten und dialogisches Know-

³³ Vgl. Menche 2007: 9

³⁴ Vgl. Menche 2007: 38f.

³⁵ Vgl. Mars et al. 2008: 342

³⁶ Vgl. Mars et al. 2008: 341f.

How erforderlich. Besonders seien hier Grenzsituationen genannt, bei denen über pflegerische Richtlinien hinaus Entscheidungen getroffen werden sollten.³⁷

Prinzipiell sieht sich die Pflege fünf Rollen gegenüber, die zum „informed consent“ führen sollen: Die Beobachterrolle, Vermittlerrolle (zwischen Medizin/Forschung und Individuum/Angehörige), Rolle der Pflege als „zusätzliche Ressource“, KoordinatorInnen-Rolle (i.S. der Kommunikation zur Sicherung des „informed consent“) und der ModeratorInnen-Rolle (im Team und bei der Beratung eventueller Folgen, Vor- und Nachteile).³⁸ Diese Rollen werden in folgend vorgestellten Pflegemodellen deutlich.

2.3.2. Pflegemodelle

Beziehungshandeln steht im Zentrum von pflegerischem Handeln. Kommunikation und Interaktion spielen im Pflegeprozess eine zentrale Rolle, insofern verbindet die Pflege einige Gemeinsamkeiten mit der Soziologie. Die Besonderheit der Pflege, als Form sozialen Handelns, ist nun der spezielle Bezug auf den menschlichen Körper. In der Soziologie unterscheidet man, wie in der Pflegewissenschaft auch, zwischen „großer Theorien“ („Grand theories“) und „Theorien mittlerer Reichweite“ („mid-range theories“). Der Unterschied der zwei Theorien liegt v.a. in der Möglichkeit der Ableitung bzw. der Umlegung dieser Theorien. Meleis (1999) entscheidet sich für eine Typisierung der Pflege-theorien und -modelle, so unterscheidet sie: die Bedürfnistheorien, die Interaktionstheorien und die Pflegeergebnistheorien. Bedürfnistheorien befassen sich mit den Bedürfnissen der Pflegekräfte, Mittelpunkt bildet hier die Beseitigung von Defiziten und das Lösen von Pflegeproblematiken. Interaktionstheorien konzentrieren sich auf die Beziehung zwischen PflegerIn und Gepflegten. Das Resultat der Pflege bildet den Mittelpunkt der Pflegeergebnistheorien.³⁹

Wesentliche Pflegemodelle und ihre Gründer, meist mit Entstehungsort in den Vereinigten Staaten, werden nun angeführt und später ausgewählt hinsichtlich der Autonomierelevanz innerhalb der Theorien kommentiert:

- Das ATL (Aktivitäten des täglichen Lebens) - Modell (Liliane Juchli)
- AEDL (existenzielle Erfahrung des täglichen Lebens) - Modell (Monika Krohwinkel)
- Modell der vierzehn Grundbedürfnisse (Virginia Henderson)
- Theorie der zwischenmenschlichen Beziehung (Hildegard Peplau)

³⁷ Vgl. Brandenburg 2005: 35

³⁸ Vgl. Bobbert 2002: 93

³⁹ Vgl. Schroeter & Rosenthal 2005: 33-41

- Theorie der einundzwanzig Pflegeprobleme (Faye G. Abdallah)
- Transkulturelles Pflegemodell (Madeleine Leininger)
- Pflegeprozesstheorie (Ida Jean Pelletier/Orlando)
- Selbstpflegetheorie, indem individuelle Ressourcen, Bedürfnisse und Selbstpflege im Zentrum stehen (Dorothea E. Orem)
- Adaptionsmodell (Callista Roy)
- Theorie des einheitlichen Menschen (Martha Rogers)
- Psychobiographisches Pflegemodell nach Böhm (Erwin Böhm)⁴⁰

Die „mid-range theories“ im deutschsprachigen Raum sind v.a. durch die Aktivitäten des täglichen Lebens (Juchli, 1983), Modell des systemischen Gleichgewichts (Friedemann, 1989), Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen im Leben (Krohwinkel, 1993) und Psychobiographische Pflege (Böhm, 1999) geprägt. Ein zentraler Begriff all dieser Theorien ist das „Selbstkonzept“, das als Kombination von Gefühlen, Auffassungen und Kognitionen einer Person in Bezug auf sich selbst verstanden werden kann, als gedankliche Repräsentation oder das Selbstbild eines Individuums. Bei der Entstehung dieses Selbstbildes spielt die Interaktion und Kommunikation mit anderen eine zentrale Rolle.⁴¹

In Bezug auf diese Arbeit ist es wichtig, die Informationen, Wahrnehmungen, Verhalten und Gefühle im Selbstkonzept von LTC- BewohnerInnen und innerhalb des speziellen Interaktionsverhaltens zwischen NutzerInnen und MitarbeiterInnen im Umfeld LTC- Einrichtungen, zu verstehen.

So beschreiben Stuart & Sundeen (1995) den Einfluss des persönlichen Selbstkonzepts auf andere Individuen, insbesondere auf die Beziehung der zwei Personen zueinander. Demnach wirkt sich ein negatives bzw. schwaches Selbstkonzept einer Person insofern aus, dass dadurch eine spannungsvolle zwischenmenschliche Beziehung entstehen kann. Menschen mit positivem, stark ausgeprägtem Selbstbild verhalten sich eher offener und mit mehr Akzeptanz innerhalb der Beziehungen.⁴²

Kühne-Ponesch (2004) geht auf vier Stadien des Pflegeprozesses bei Hildegard Peplaus Modell ein: Orientierung, Identifikation, Ausbeutung und Entscheidung und betont hier immer die gemeinsame Abstimmung mit der Patientin bzw. dem Patienten. Sie empfiehlt, nicht auf Anspielungen der Klienten und Klientinnen einzugehen, in denen über die individuelle Abhängigkeit und Hilfslosigkeit gesprochen wird.⁴³ Allerdings stellt sich hier die Frage, inwiefern eine Nichtbeachtung von Thematisierungen bezüglich des Autonomiedefizits der bzw. dem InteraktionspartnerIn wirklich

⁴⁰ Vgl. Schmidt, S. 2005: 172

⁴¹ Vgl. Käppli 2002: 12-15

⁴² Vgl. Stuart & Sundeen 1995; in: Käppli 2002: 16

⁴³ Vgl. Kühne-Ponesch 2004: 125-133

weiterhelfen.

Kühne-Ponesch (2004) hebt bei Rogers Theorie die Autonomieförderung mit der Forderung nach Unterstützung im Identifikationsprozess hervor. Dorothea Orem spricht von der Förderung der Selbstfürsorge und Selbstpflege, die in weiterer Sicht zu der Aufrechterhaltung der eigenen Autonomie beitragen kann. Böhm spielt mit den Begriffen von „Aktivierung“ und „Reaktivierung“ auf die (Wieder-)Erlangung von individueller Kontrolle über eigene Ressourcen an und ist damit sehr nahe an dem Zielkonzept der Selbstbestimmung orientiert.⁴⁴

Nach Schneekloth/ Wahl (2009) werden die Arten der Pflege wie folgt unterschieden, in:

- die *Zimmer- und Bereichspflege* mit dem Ziel von Effizienzsteigerung und bestmöglicher Pensumsbewältigung, dabei wird weniger auf Kontinuität geachtet. Die Bereichspflege findet oft in der stationären Praxis Anwendung, die Zuteilung der Arbeit basiert beispielsweise auf Zimmerzuordnungen oder Flurzuweisungen;
- die *Funktionspflege* orientiert sich in der Arbeitsaufteilung an verschiedenen Aufgaben (z.B.: Betten machen, Blutdruckmessung) und ist eine personalkosteneinsparende Variante, die weniger den Hauptfokus auf die/den Patientin/Patienten legt. Pflegekräfte kommen zur Verrichtung einzelner Aufgaben im Kontakt mit BewohnerInnen und können sich daher weniger auf den Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen konzentrieren;
- die *Hausgemeinschaftspflege* basiert auf der „Normalität“ des Familienlebens, wobei die BewohnerInnen die Versorgung im hauswirtschaftlichen selbst tätigen und Pflegende nur bei Bedarf individuell tätig werden;
- die *Bezugspflege* stellt jedem Individuum eine pflegende Bezugsperson zur Seite, dabei wird v.a. auf Kontinuität und allgemeine Zuständigkeit geachtet. Hohe fachliche Kompetenz und Kostenintensivierung und BewohnerInnenorientierung prägen dieses Pflegekonzept.⁴⁵

Der Schutz und die Sicherheit alter Menschen besitzen hohen gesellschaftlichen Stellenwert, allerdings befinden sich die Bestrebungen nach Selbstbestimmung und jene nach Sicherheit in einem gewissen Spannungsverhältnis. Umfassende Sicherheitsbestimmungen führen meist zu Autonomieeinschränkungen. Hier beschreibt Kienzl (2004) die (Experten-)Forderung nach mehr Risikotoleranz, denn ein erhöhtes Risiko von Stürzen, Verletzungen u.ä. soll nicht durch übermäßige Sicherheitsmaßnahmen, zu Autonomieverlust führen. Dieses Sicherheitsbestreben geht zumeist von Pflegenden aufgrund der Angst vor Haftung für eventuelle Unfälle hervor. So ist die übermäßige

⁴⁴ Vgl. Kühne-Ponesch 2004: 69-83

⁴⁵ Vgl. Schneekloth/ Wahl 2009: 292f.

Orientierung an Sicherheit für alte Menschen ein Selbstschutz der Ausführenden vor Haftung und sollte aus Expertenperspektive keinesfalls in Form einer Autonomieeinschränkung auftreten.⁴⁶

Der Verweis auf Autonomieförderung findet sich in vielen berufsbezogenen Ethik-Kodizes des deutschsprachigen Raumes wieder, allerdings ohne nähere Ausführungen. Das Verständnis des Begriffes Autonomie wird meist mit den Termini der „Harmonisierung der Sichtweisen“ und „Compliance“ in Verbindung gebracht. Darüber hinaus ist die Achtung persönlicher Lebensweisen innerhalb der vier Pflegeprozessphasen zu beachten.⁴⁷

Ganz grob lassen sich nach Seidl (2000) zwei Verständnisse von Autonomie aus medizinischer und pflegewissenschaftlicher Perspektive klassifizieren, welche i.S. PatientInnen- bzw. BewohnerInnenautonomie verstanden werden. Einerseits als kognitiver Prozess mit der Fähigkeit zum selbstständigen Treffen von Entscheidungen und der Freiheit von Wahlmöglichkeiten. Andererseits ein handlungsbezogenes Verständnis von Autonomie, welches steigt, je geringer die Hilfeleistungen anderer. Im handlungsbezogene Autonomieverständnis werden Selbstständigkeit und Unabhängigkeit durch bedarfsgerechte Inanspruchnahme fremder Hilfe erreicht.⁴⁸

2.3.3. Problembereiche Pflege und Autonomie

In vielen Pflege-theorien findet sich die Bestrebung der Förderung nach Autonomie wieder, dies wird oft auch in der Praxis versucht umzusetzen. Aufgrund von Zeitmangel und Personalnotständen ist es häufig nicht möglich, dies optimal umzusetzen und geht deshalb häufig unter. Diese Defizite führen zu geringer Ansprechbarkeit, weniger Heilerfolgen und daraus folgend zu einer höheren Sterblichkeit und bringen eine hohe Belastung für alljene Personen, die eine Förderung der Autonomie prinzipiell möglich machen könnten. Negative Reaktionen auf Äußerungen von Wünschen der KlientInnen können dabei: Schweigen, Ausbleiben der Reaktion, Verhalten als Autorität, Verlassen des Raumes u.ä. sein. Die Schwierigkeit für die Pflege in Hinblick auf Autonomieförderung besteht darin, dass sie einerseits möglichst weite Spielräume lassen soll und auf der anderen Seite die Aufsicht bzw. Unterstützung bieten soll, die (gesetzlich) in ihrem Aufgabebereich enthalten ist. D.h. es ergibt sich ein Spannungsfeld zwischen Schutz und Autonomie.⁴⁹

⁴⁶ Vgl. Kienzl 2004; in: Hoffmann/ Pilgram 2004: 118f.

⁴⁷ Vgl. Bobbert 2002: 322-333

⁴⁸ Vgl. Seidl 2000: 45f.

⁴⁹ Vgl. Hoffman/ Pilgram 2004: 112-119

Dieser Problembereich wird auch im Rahmen der Interviews deutlich und ist ein Thema, das in der vorliegenden Arbeit immer wieder aufkommt und angesprochen wird. Im Rahmen der empirischen Ergebnisse findet sich diese Problematik in der Kommunikation von Angehörigen, Pflege und BewohnerInnen wieder.

2.4. Autonomie im Alter

Autonomie ist nach Immanuel Kant (1724-1804), die Fähigkeit vernunftbegabt zu handeln. Die Systemtheorie versteht unter Autonomie die Fähigkeit eines Systems, selbstbestimmt zu entscheiden, was aus der Umwelt aufgenommen und integriert wird. In Anlehnung an Huber et.al. (2005) wird unter Autonomie ein sehr dynamisches Modell der Lebensgestaltung verstanden, dass unterschiedliche Möglichkeiten der Wahl beinhaltet.⁵⁰ Jedenfalls hat Autonomie direkte Auswirkungen auf das Wohlbefinden eines Individuums. Das Recht auf Selbstbestimmung geht nun mit der Forderung nach „freier persönlicher Entfaltung“ einher und darf nicht Verletzung dieses Rechts einer anderen Person führen.⁵¹

Huber et al. (2005) versuchen, Autonomie aus Sicht der älteren Personen zu definieren, und kommen dabei zu folgenden Schlüssen: Das individuelle Bestreben nach Sicherheit wird oft über das Bedürfnis nach umfassender Autonomie gestellt, da Betroffene meist ihren Hilfsbedarf realisieren und der Wunsch nach einer „sicheren Umgebung“ in den Vordergrund rückt. Autonomiebedürfnis und Selbstbestimmungskompetenz müssen vor dem Hintergrund der persönlichen Biographie des älteren Menschen betrachtet werden. Der sozioökonomische Background und der Ausbildungsgrad der PflegerInnen hat großen Einfluss auf die Haltung und Einstellung dieser Akteure.⁵²

Ich möchte mich in meinem Autonomieverständnis an die Forschungsgruppe des Projektes „Autonomie im Alter“ anschließen, die Autonomie als *„ein sehr lebendiges Element, der aktiven Lebensgestaltung auf Basis verschiedener Wahlmöglichkeiten“*⁵³ versteht. Dabei läuft die Ausübung dieser Wahlalternativen in einem gewissen Spielraum ab, indem nicht nur die Ausprägungen „Ja“ (totale Zustimmung) oder „Nein“ (totale Ablehnung) existieren. Durch autonomes Handeln können Lebensziele erreicht werden, durch den Einsatz individueller Ressourcen und Kompetenzen. Die Forschungsgruppe untersuchte die Perspektive alter und pflegebedürftiger Personen in Bezug auf ihre Einschätzungen der Einschränkungen im Alltag. Ähnlich der Studie, möchte ich auch in der

⁵⁰ Vgl. Huber et al. 2005: 21f.; 50

⁵¹ Vgl. Wagner 2001: o. S.

⁵² Vgl. Huber et al. 2005: 45f.

⁵³ Huber et al. 2005: 50

vorliegenden Arbeit das Erleben von Autonomie, aus Sicht der BewohnerInnen definieren bzw. mich an das Autonomieverständnis der Forschungsgruppe Huber et al. in Bezug auf das Erleben im Alltag der SeniorInnen anlehnen.⁵⁴ D.h. mein Autonomieverständnis ist mit theoretischem Bezug zum Verständnis von Lensing (1999), der Autonomie als unabhängig und eigenständig zu treffende Entscheidung ansieht und Autonomie als aktive Beeinflussung und selbstbestimmte Gestaltung des eigenen Lebens begreift.⁵⁵

2.5. Autonomie im Umfeld „Long-Term Care“ (LTC) - Einrichtungen

In diesem Kapitel möchte ich einleitend den Zusammenhang der Betreuungsintensität mit dem Konzept der Selbstständigkeit darstellen. Anhand folgender Graphik versucht Schneiders (2010), sehr vereinfacht, die unterschiedlichsten Wohnformen der Ausprägungen „Betreuungsintensität“ und „Selbstständigkeit“ einzuordnen:

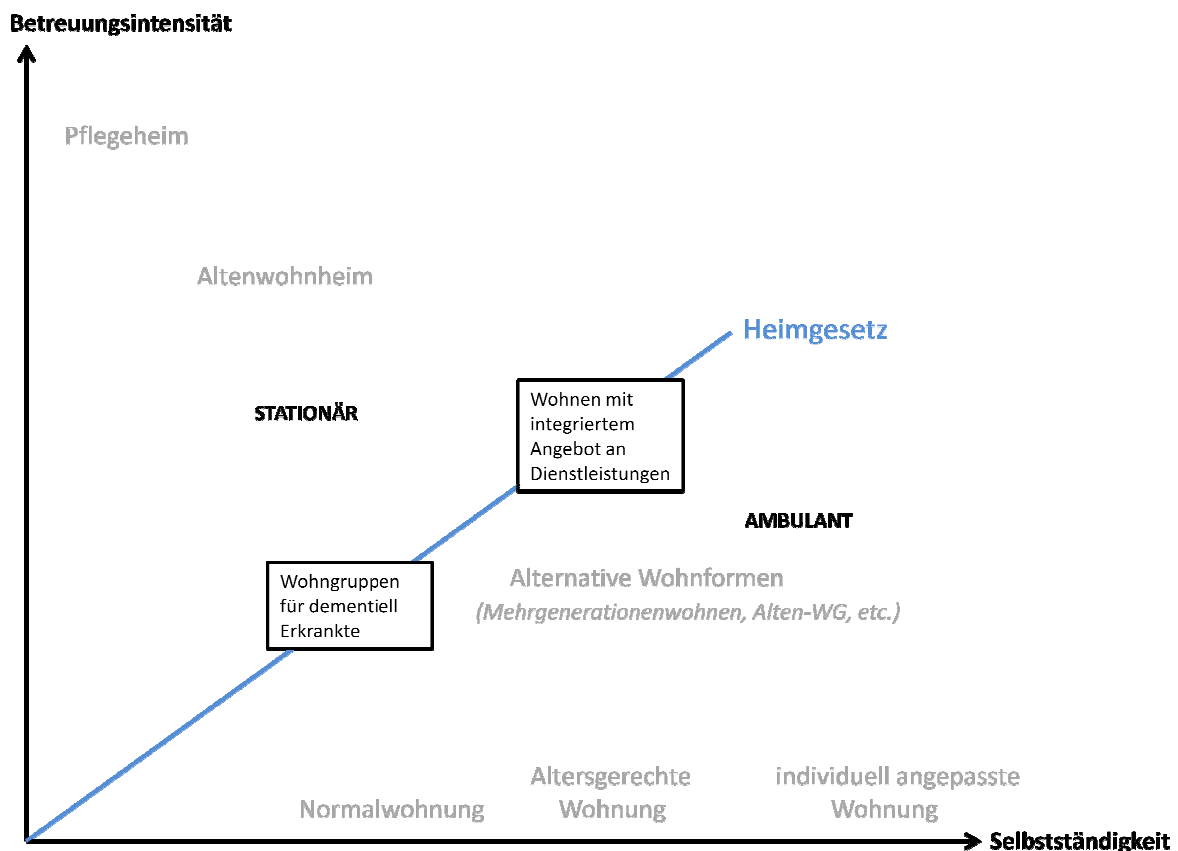


Abbildung 2: Wohnformen im Alter, zwischen Betreuungsintensität und Selbstständigkeit⁵⁶

⁵⁴ Vgl. Lensing 1999: in: Huber, et al. 2005: 50

⁵⁵ Vgl. Lensing 1999: 49, in: Huber, et al. 2005: 45

⁵⁶ modifiziert aus: Schneiders 2010: 105

Grundsätzlich gilt es hier den ambulanten vom stationären Bereich zu unterscheiden, dabei fallen Wohnformen des stationären unter die Regelung des Heimgesetzes. Die Wohngruppe für dementiell erkrankte Personen fällt teilweise unter das Heimgesetz, Wohnen mit integrierten Angeboten (z.B.: betreutes Wohnen, Residenz, Service-Wohnen, etc.) bieten Dienstleistungen des ambulanten und stationären Bereichs. Normalwohnungen sind nicht auf die speziellen Wohnbedürfnisse einer alten Bewohnerin bzw. eines alten Bewohners zugeschnitten, die altersgerechte Form hingegen besitzt die Ausstattung nach Standard: DIN 18025. Eine individuell angepasste Wohnung ist auf eventuell vorhandene Defizite der BewohnerIn individuell zugeschnitten.⁵⁷

Diese Abbildung ist deshalb sehr vereinfacht, da auch in ambulanten Einrichtungen Selbstständigkeit nicht gegeben sein kann oder in stationären Häusern oft sehr autonomes Handeln möglich sein kann.

Autonomie im Umfeld von LTC- Einrichtungen ist ein Punkt, der in vielen Diskussionen und Interviews thematisiert wird. So auch innerhalb eines Gesprächs mit der Obfrau Doris Eisenriegler der Grünen 50+, hier als Teilorganisation der Grünen Oberösterreich. Frau Eisenriegler antwortet auf die Frage nach den Inhalten ihrer Organisation mit:

„Uns ist Autonomie im Alter wichtig. Wenn man bis ins hohe Alter selbstbestimmt leben möchte, dann muss man sich überlegen, wie das möglich ist, bevor Unterstützung von außen gebraucht wird. Mit einem Heimplatz gibt man seine Autonomie auf.“⁵⁸

Diese Aussage zeigt recht anschaulich, welche Meinungen in Bezug auf Autonomie und LTC – Einrichtungen, auch durch RepräsentantInnen der Politik, vertreten werden. Allerdings sei hier anzumerken, dass Autonomie von Personen in Alteneinrichtungen anders wahrgenommen wird bzw. viele BewohnerInnen von PensionistInnenwohnhäusern ihren Einzug keinesfalls mit dem Wegfall ihrer Autonomie einhergehen sehen. Dies zeigt sich in Bezug auf die Aussagen der InterviewpartnerInnen dieser Masterarbeit, hier besonders bei jüngeren BewohnerInnen oder BewohnerInnen mit vergleichsweise guter körperlicher und geistiger Verfassung, wie bei Bew. 5: „*I bin sehr zufrieden mit allem was ma im Haus mochn kann, aber mia is wichtig (.) dass ma im Haus auch, Unterhaltung ham. Wir ham ja ALLES. Das anzeige was Zwang is, sag ma, das i runter geh und mei Taferl aus der Tafel rausnehm und wegleg, net? Das die dann um neun Uhr mit am Blick sehn, der und der is nicht herunter gekommen. Da muss was sein am Zimmer, net?, vielleicht is ihm schlecht wordn. Is ja, is ja nur a guate Vorsichtsmaßnahme,*

⁵⁷ Vgl. Schneiders 2010: 105f.

⁵⁸ Vgl. Eisenriegler 2010: 1

*net? UND SONST KANN ICH KOMMEN, GEHEN, MOCHN WOS I WILL, net?*⁵⁹

Diese Aussage von Bewohner 5 zeigt, dass Autonomie auch innerhalb institutioneller Rahmenbedingungen erlebt werden kann.

Interessant scheint hier auch das Konzept der „Autonomie in der Langzeitpflege“ von Collopy (1988), dabei werden sechs Autonomiepolaritäten vorgestellt:

- Ausführungsautonomie vs. Entscheidungsautonomie
- Delegierte Autonomie vs. Direktautonomie
- Nicht kompetente Autonomie vs. Kompetente Autonomie
- Nicht authentische vs. Authentische Autonomie
- Autonomie auf längere Sicht vs. Unmittelbare Autonomie
- Positive vs. Negative Autonomie⁶⁰

Kompetenz wird in der etwas unglücklichen Polarisierung von „Kompetenter Autonomie“ versus „nicht kompetenter Autonomie“ durch Informationsgrad, Rationalität und Vernunft beeinflusst. Beispielsweise kann die Entscheidung eines alten Menschen gegen einen ärztlichen Eingriff, von anderen Personen als unvernünftig und inkompetent verstanden werden. Sind Entscheidungen mit den individuellen Charakter, den persönlichen Werten und dem Selbstverständnis einer Person vereinbar spricht man von „Authentischer Autonomie“. Z.B. kann der Einzug ins Pflegeheim, als Entscheidung des alten Menschen, von Angehörigen als nicht-authentisch wahrgenommen werden. Informationsdefizite, Hilfsbedarf und Strukturen in Organisationen können dazu führen, dass institutionalisierte Personen in die passive Rolle als Kranke/r verfallen.⁶¹

Bobbert (2002) unterscheidet fünf Dimensionen der Patientenautonomie: Das Recht auf Informationen, das Recht auf selbstfestgelegtes Eigenwohl, das Recht auf Wahlfreiheit möglicher Alternativen, das Recht auf Ablehnung bzw. Zustimmung und das Recht auf ein Minimum an institutionell beeinflusster Einschränkungen.⁶² Die/Der PatientIn ist soziales Wesen und somit häufig in Kontakt mit seinen Angehörigen und die ihm nahestehenden Personen. Autonomiebestrebung der BewohnerInnen versucht die Pflege nun in Einklang mit dem Lebensfeld der PatientInnen zu bringen und auch mit dem jeweiligen sozialen Umfeld zu harmonisieren.⁶³

⁵⁹ Vgl. Interview Bew. 5: 1

⁶⁰ Vgl. Collopy 1988 zit. nach: Brandenburg 2002

⁶¹ Vgl. Huber et al. 2005: 36-46

⁶² Vgl. Bobbert 2002: in: O'Sheedy 2009:65-69

⁶³ Vgl. Bobbert 2002: 332-333

2.5.1. Autonomie im Umfeld totaler Institutionen

Goffman (1961) beschreibt besondere Merkmale totaler Institutionen insofern,

....dass alle Aktivitäten des täglichen Lebens an selben Ort und unter Aufsicht einer speziellen Autorität stattfinden.

.... dass alle Angelegenheiten im Rahmen einer eher größeren Gruppe von Schicksalskollegen ausgeführt werden, d.h. dieselben Aktivitäten werden gemeinsam durchgeführt.

....dass alle Tätigkeiten des täglichen Lebens detailliert durchstrukturiert sind und durch strukturgebende Regeln und Funktionsträger überwacht werden.

....dieser vorgeschriebene Plan dient der Zielerreichung der Organisation.⁶⁴

Anhand dieser Eigenschaften lässt sich eine klare Trennung von Orten für Spiel, Arbeit und Schlaf erkennen.

In der Definition dieser Merkmale hatte Goffman (1961) das Modell der Psychiatrie im Hinterkopf, dabei war die beanspruchte Zeit der Mitglieder ein wesentlicher Faktor. Das Altenheim ist in seinen Ausführungen mit Armen- und Blindenhäusern gemeinsam genannt und die „Insassen“ werden mit den Eigenschaften harmlos und wenig selbstständig beschrieben. Durch die ständige Überwachung der Regeln durch das Personal, kommt es zum Absinken des Selbstwertgefühls der „Insassen“. Es herrscht ein Defizit an Rückzugsmöglichkeiten, Privatsphäre, selbstverwalteter Zeit und selbstgewählten Beziehungen zu anderen Personen. Die Mitglieder der Organisation weisen Bemühungen der Anpassung an die institutionelle Umwelt auf, deshalb lässt sich auch von einer gleichbleibenden Alltagswelt sprechen. Heinzelmann (2004) überprüft durch seine Studie, rund dreißig Jahre später, inwiefern der Begriff der „totalen Institution“ (immer noch) auf die Altenheime übertragbar scheint. Er kommt zu dem Ergebnis, dass der Begriff der „totalen Institution“ in Bezug auf die untersuchten Alterseinrichtungen zwar nicht zutreffend scheint, der Begriff jedoch einigen Modifikationen bedarf, er benutzt den Terminus „Pseudo-totale Institutionen“. Als bester Indikator zur Differenzierung klassischer „totaler Institutionen“, i.S. Goffmans, und pseudo-totaler Institutionen, i.S. Heinzelmans, empfiehlt Heinzelmann einen Blick auf die Handlungsspielräume von BewohnerInnen.⁶⁵

Auf die Handlungsspielräume bzw. Einflussmöglichkeiten der BewohnerInnen von Alteneinrichtungen wird im Rahmen dieser Masterthesis ein besonderer Fokus gelegt.

⁶⁴ Vgl. Goffman 1961: 17f.

⁶⁵ Vgl. Heinzelmann 2004

Der Tagungsband zum Thema „Autonomie im Alter“ identifiziert die Wohnsituation alter Menschen als wesentliche Einflussgröße auf deren Lebensumstände und insbesondere auf deren Autonomie. Der Effekt der Institutionalisierung alter Menschen ist u.a. jener, dass die Lebenserwartung sinkt und die Autonomie durch, beispielsweise, Anpassungszwänge abnimmt. Kienzl (2004) beschreibt Empfehlungen zur Schaffung eines persönlichen Bereichs für BewohnerInnen innerhalb der Institution. Er betont das Überdenken der ungefilterten Anwendung freiheitsbeschränkender Maßnahmen mit dem Ziel der Erleichterung des Arbeitsablaufes. Ein höheres Maß an Autonomie sieht er v.a. durch ein Verweilen in den eigenen vier-Wänden gegeben oder aber aufgrund einer Vielfalt von Generationen unter ein und demselben Dach. Ebenso können sich Autonomieaspekte durch die Nähe zu (Tages-) Betreuungseinrichtungen ergeben.⁶⁶

Auch Bobbert (2002) betont die standardisierten Arbeitsabläufe und planmäßigen Dienstleistungen einer Institution wie dem Pflegeheim. Die Standardisierung der Arbeitsabläufe und die planmäßige Verfolgung der Dienstleistungen beeinflussen das Recht auf Autonomieachtung, Handlungsspielräume, Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten und Wunschäußerungen. So bestehen Vorgaben hinsichtlich der Zeiten der Essenseinnahme, der Zimmergenossinnen und Zimmergenossen, Schlaf- und Wachzeiten u.ä. Diese Regelungen bzw. Institutionsroutinen werden meist von Pflegenden ausgeführt und würden für die Bezeichnung des Altenheims als „totale Institution“ sprechen.⁶⁷

Goffman (1961) wirft auch einige Möglichkeiten des Umgangs mit Richtlinien „totaler Institutionen“ auf:

- Die Verhaltensweise des situationsbedingten Rückzugs spezifiziert sich dadurch, dass BewohnerInnen sich nur mehr für Dinge interessiert, die sich in körperlicher Nähe befinden und diese unter einem, von den anderen BewohnerInnen, ungeteilten Blickwinkel betrachtet. Es kommt zu einer Verweigerung der Teilnahme an Interaktionsprozessen. Die Art und Weise der Anpassung ist später unveränderbar.
- Die Strategie, bei der keine Kompromisse eingegangen werden und es zu einer Institutionsbedrohung durch die Verweigerung einer Zusammenarbeit kommt. Die Institution kann nun auf diese Verhaltensweise mit Versuchen der Willensbrechung reagieren und bringt dem Gegenüber damit dieselbe Reaktion entgegen, die dieser der Organisation entgegenbringt. Der kompromisslose Standpunkt ist meist eine Verhaltensweise zu Beginn der Institutionalisierung und wird meist später von der Taktik des Rückzugs oder der Anpassung abgelöst.

⁶⁶ Vgl. Kienzl 2004: in: Hoffmann & Pilgram 2004: 119f.

⁶⁷ Vgl. Bobbert 2002: 341f.

- Die Kolonisierung beschreibt das Anfreunden mit dem Leben in der Institution, das bis dahin führen kann, dass absichtlich versucht wird, den Aufenthalt zu verlängern.
- Durch Konversion kommt es ebenfalls zu einem Anpassungsprozess an die institutionelle Welt, indem die institutionalisierte Person versucht, dem Idealbild dieser Organisation möglichst zu entsprechen. Diese Menschen können dann in der Organisationshierarchie aufsteigen und verlagern selbstaufgelegte Standards auf Neuankömmlinge, wodurch es zu einer noch strafferen Organisation kommt.
- Die letzte beschriebene Anpassungsform ist das Bewahren von „ruhigem Blut“, d.h. ein Zusammenspiel von Loyalität, Anpassung, Konversion und Kolonialisierung. Hier geht es vor allem darum, Schwierigkeiten aus dem Weg zu gehen und die institutionelle Realität soweit zur erlebten Wirklichkeit zu machen, dass Kontakte mit Personen außerhalb der Institution auf ein Minimum beschränkt werden.

Diese Prozesse der Anpassung weisen große Differenzen zwischen den einzelnen Modellen von „totalen Institutionen“ auf, wobei sich das Alten- und Pflegeheim eher institutionelle Modelle vorgeben, die auf das Wohl der BewohnerInnen abzielen. Im Vergleich dazu, legen Gefängnisse oder Konzentrationslager solche Verhaltensmodelle nicht vor.⁶⁸

Schulz (2004) untersucht die Institutionalisierung in der Phase des letzten Lebensabschnitts und verweist auf das institutionelle Regelsystem in Altenheimen. Die Sozialisation des Institutionspersonals erfolgt meist im Rahmen der Ausbildung, NutzerInnen hingegen müssen sich in wenigen Tagen an Strukturen der Institution anpassen. Vaskovics (2004) spricht hier davon, dass die/der Einzelne „von den institutionellen Regeln „übermannt“ wird, da große Veränderungen von einem Tag auf den anderen erfolgen.“⁶⁹ So wäre das Konzept von „Probewohnen“ oder „betreutem Wohnen“ eine Möglichkeit, zukünftigen BewohnerInnen die Sozialisation in eine Alteneinrichtung zu erleichtern.⁷⁰

Auch Koch-Straube (2003) hinterfragt die Anwendung des Terminus „totale Institution“ in Bezug auf Alten- und Pflegeeinrichtungen, da ein besonderes Merkmal dieser totalen Gebilde ein unfreiwilliges Wohnverhältnis von Seiten der BewohnerInnen darstellt. Als Gegenargument werden allerdings die fehlenden alternativen Wohn- bzw. Betreuungsformen genannt. Merkmale, die sie sowohl in „totalen Institutionen“ und Altenheimen wiederfindet sind: der verminderte Kontakt mit Personen außerhalb der Einrichtung, private Abläufe und der Alltag wird in Anwesenheit anderer

⁶⁸ Vgl. Goffman 1961: 65-68

⁶⁹ Vgl. Vaskovics 2004: 176f.

⁷⁰ Vgl. Schulz 2004 :92f.

BewohnerInnen abgehandelt und es wird die Durchstrukturierung und –planung der Abläufe und Tage angeführt.⁷¹

Die Untersuchung zur Richtigkeit des Terminus „totale Institution“ in Bezug auf Altenheime ist nicht Hauptaugenmerk dieser Masterthesis, es ist allerdings zu überprüfen, inwieweit BewohnerInnen Goffman’s Strategien der Anpassung in „totalen Institutionen“ anwenden und durch sie Autonomiebestrebungen durchsetzen können. Oder inwiefern diese Anpassungsprozesse bereits veraltet sind und gegen die Anwendung des Terminus „totale Institution“, in Bezug auf Alteneinrichtungen, sprechen. D.h. wenn Mitsprache und Autonomie in Alteneinrichtungen die Regel sind, würde dies u.a. gegen die Anwendung des Begriffs „totale Institution“ sprechen.

2.5.2. Kontaktmöglichkeiten von NutzerInnen in LTC-Einrichtungen

Der Lebensabschnitt „Alter“ ist, außerhalb der LTC-Einrichtungen, v.a. geprägt durch die partnerschaftlichen und familiären Beziehungen. Rosemayr beschreibt die Bindung der Kinder zu ihrer alternden Elterngeneration entweder als „Innere Nähe bei äußerer Distanz“ oder „Intimität auf Abstand“, dabei strebt die ältere Generation nach eigenständiger Lebensführung in Kombination mit langanhaltender Selbstständigkeit.⁷² Im Rahmen der „Berliner Altersstudie“ (1996) wird auf fehlende Sozialbeziehungen alter Menschen hingewiesen, dies tritt u.a. aufgrund von Kinderlosigkeit auf. Eigene Kinder sind der häufigste Bezug im engen Kontakt bei alten Menschen, sie stellen direkte Verwandte in der Generationslinie dar.⁷³

Das soziale Netzwerk im Alter besteht aus v.a. Kontakten zu Verwandten und Freunden. Als soziales Netzwerk versteht sich jeglicher Kontakt i.S. von telefonischen, persönlichen, brieflichen und Beziehungen über andere Medien. In der Untersuchung von Vuschl (2006) lag dabei die Streuung an Sozialkontakten zwischen den Werten zwei und sechszwanzig Stück. Keine bzw. Keiner der 102 Untersuchungsteilnehmer, dieser Studie, lebten völlig isoliert. Allerdings wiesen etwa ein Fünftel aller Befragten weder Freundschaften innerhalb, noch außerhalb der Heimgrenzen auf.⁷⁴

Die Kommunikation und der Kontakt im Alter sind auch durch die Einschränkungen der Sinnesorgane geprägt, sowohl beim Senden als auch beim Empfangen von Nachrichten. Der spätere Eintritt in ein Altersheim (mit etwa 80 Jahren) bringt u.a. eine altersbedingt-eingeschränkte Hör- und Sehfähigkeit mit sich. Fehlgeschlagene Gesprächsbeteiligungen, auch aufgrund schlecht eingestellter Hörgeräte,

⁷¹ Vgl. Koch-Straube 2003: 343ff. in: Huber, et.al. (2005), S.42f.

⁷² Vgl. Backes 2008: 73

⁷³ Vgl. Kohli u.a. (2005): S.206 In: Backes, Clemens (2008), S.73f.

⁷⁴ Vgl. Vuschl 2006: 21.; 122f.

alter Menschen führen so meist zum Rückzug des Individuums. Das Alleinleben vor dem Heimeintritt, die Angst vor verrutschenden Zahnprothesen und/oder der Medikamenteneinfluss begünstigen meist den kommunikativen Rückzug. Als Kommunikationsgelegenheiten stehen Tischnachbarn, Zimmernachbarn und andere BewohnerInnen bzw. Angestellte im Rahmen von Angeboten und Veranstaltungen zur Verfügung.⁷⁵

Vuschl (2006) erhob von 102 Personen eines Altenheimes, die 37,1 % der Gesamtpopulation der Einrichtung ausmachten, deren Kontaktmöglichkeiten und analysierte die sozialen Netzwerke in diesem Zusammenhang. Dabei waren drei Viertel der Befragten weiblich und ein Viertel männliche Teilnehmer. Die Analyse der Daten erfolgte durch die Rypff Skala und kam zu dem Ergebnis, dass rund 63% der untersuchten TeilnehmerInnen angaben selbstbestimmt und unabhängig zu sein. Dabei gaben etwa 13% gegenteiliger Aussage den Vorzug.⁷⁶

Garms-Homolová et al. (2009) empfehlen die Demokratisierung von Beziehungen zwischen den Personengruppen PflegerIn und BewohnerIn i.S.v. Offenheit gegenüber den Anliegen des Anderen und Reziprozität der Kommunikation als Grundstein für Selbstbestimmung und Teilhabe im Umfeld LTC.⁷⁷

2.6. Interessensvertretungsmodelle

Partizipation oder Interessensvertretung beziehen sich auf eine aktive Teilhabe bzw. ein „selbst bestimmten“ in der jeweiligen Umwelt. Je stärker eine Beteiligung stattfinden kann, desto höher werden die Selbstorganisation und die interne Demokratie der beteiligten Personen (-gruppe).⁷⁸

Partizipationsmöglichkeiten, Möglichkeiten zur Gestaltung und Mitwirkung fördern bei MitarbeiterInnen von Pflegeeinrichtungen die Identifikation mit der Organisation und steigern die Qualität der Leistung.⁷⁹ In vorliegender Arbeit wird ein theoretisches Interessensvertretungsmodell bzw. Modell der Partizipation in Hinblick auf die NutzerInnen bzw. die BewohnerInnen der LTC-Einrichtungen dargestellt. Später wird Interessensvertretung im Umfeld LTC in Österreich beleuchtet.

Zur Implementierung AAC (Augmentative and Alternative Communication)- Maßnahmen bauten Lange et al. (1997) auf dem Partizipationsmodell von Beukelman/ Mirenda (1992) auf. Das folgende

⁷⁵ Vgl. Beckstein 2007: 25-30

⁷⁶ Vgl. Vuschl 2006: 116

⁷⁷ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 225

⁷⁸ Vgl. Dettbarn-Reggentin

⁷⁹ Vgl. Kern 2004: 134

Modell wurde in der Studie von Beukelman/Mirenda (1992) dazu entwickelt, um Personen mit Kommunikationsbeeinträchtigungen mögliche Unterstützung zu bieten. Allerdings bietet das folgende Partizipationsmodell vielseitige Einsatzmöglichkeiten und wird folgend graphisch dargestellt:

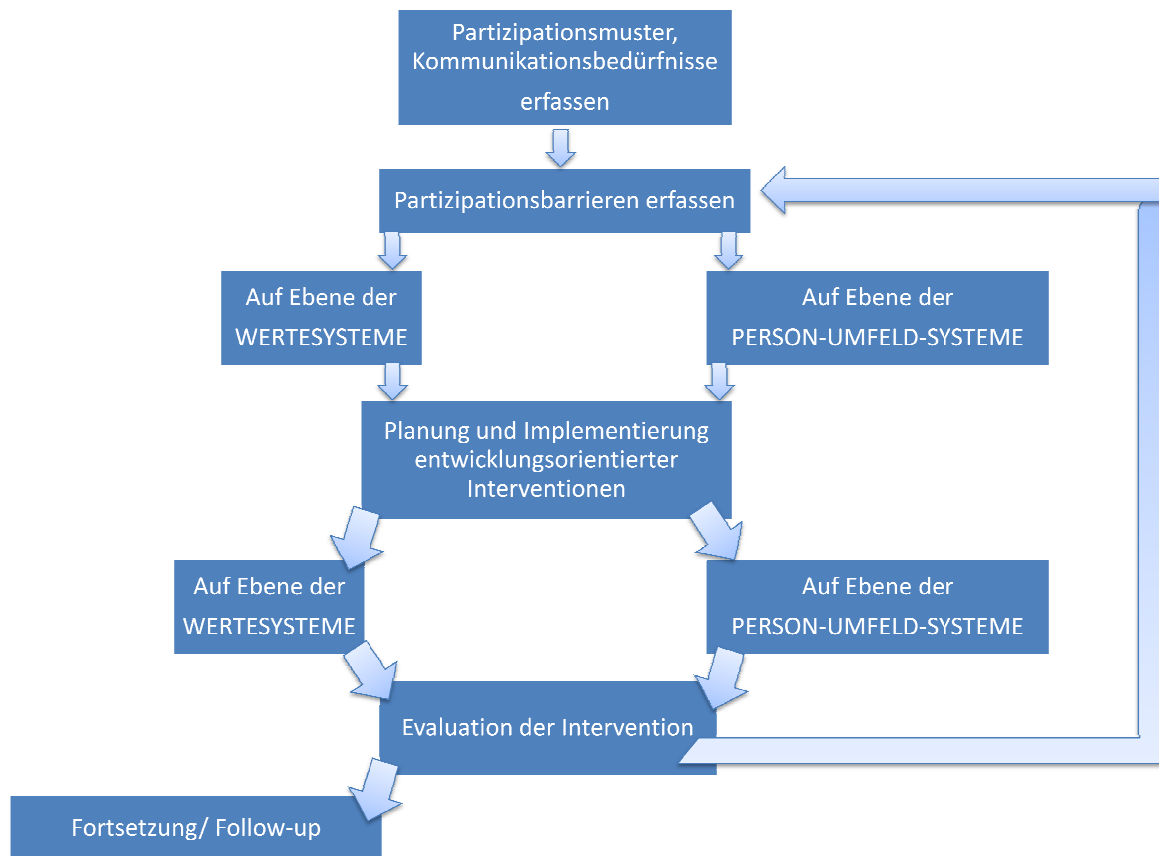


Abbildung 3: Partizipationsmodell nach Beukelman/ Mirenda (1992)⁸⁰

Dieses Partizipationsmodell umfasst soziologische, sozialisatorische und entwicklungspsychologische Elemente, die als förderlich für den Kommunikationsprozess gelten. Das Assessment bzw. der Einschätzungsprozess schließt kollektive und individuelle Wertvorstellungen mit ein. Werte und Normen können der Grund für Partizipationsbarrieren sein und müssen daher reflektiert werden, dies passiert im Modell. Barrieren der Partizipation können auf der Ebene des impliziten Wertesystems bestehen, d.h. durch andere Personen oder strukturelle Rahmenbedingungen gegeben sein. Im Bereich des Unterstützungssystems einer Person oder der vorhandenen Fähigkeiten können Barrieren auf der Ebene des Personen-Umfeld-Systems auftreten. Diese

⁸⁰ Modifiziert von Beukelman/ Mirenda 1992: in: Lange et al. 1997: 7
Seite 25

Partizipationsbarrieren erschweren v.a. das kommunikative Handeln aller Akteure.⁸¹

Die Planung und Implementierung entwicklungsorientierter Interventionen im Sinne der AAC-Maßnahmen, erfolgt auf der Ebene der Wertesysteme z.B. in der Öffentlichkeitsarbeit, in politischen Aktivitäten oder im Bereich der Weiterbildung zum Thema unterstützende Kommunikation. Auf der Ebene des Person-Umfeld-Systeme unterscheiden Beuckelman/ Mirenda (1992) zwischen dem individuellen Bereich und dem Bereich des sozialen Bezugssystems. Im individuellen Bereich geht es beispielsweise um die Erfassung kommunikativer Bedürfnisse und Fähigkeiten, im Bereich der sozialen Bezugssystem sollen Interventionen im Familiären und außerfamiliären Bezugssystem (z.B. Institution) geplant und implementiert werden.⁸²

Meiner Ansicht nach lässt sich das Partizipationsmodell nicht nur in der Planung, Implementierung und Evaluierung von AAC-Maßnahmen anwenden, sondern lässt sich auf alle möglichen Angebote und Maßnahmen auch im Umfeld Alteinrichtung umlegen.

2.7. ExpertInnen- und Expertenempfehlungen zur Stärkung der Autonomie in der Altenbetreuung

In diesem Kapitel eröffnen sich sowohl Empfehlungen in Richtung NutzerInnenzentrierung, als auch Beispiele realer Wohnformen, die zur Begünstigung autonomer Lebensführung beitragen können. „Models of good practice“ sind Beispiele für „gute Praxis“ und können Anregungen für bereits bestehende Projekte liefern und/oder zur Gründung neuer Projekte beitragen.⁸³

2.7.1. Empfehlungen von Expertinnen und Experten

Einführend lässt sich Bobbert (2002) mit ihrer Orientierung an der Güterhierarchie von Gewirth anführen, hier werden Prinzipien nutzerzentrierter Einrichtungen vorerst theoretisch erschlossen. Als Basis für die selbstbestimmte Lebensführung und einer Teilhabe für pflegebedürftige Individuen zählen:

1. Informiertheit (dabei zählen die Angemessenheit der Information, die Zugangsmöglichkeiten, individuelle Fähigkeit zur Informationsaufnahme und ev. geeignete Hilfsmittel), Kommunikationsfähigkeit und –möglichkeit (wichtig scheint hier Sprache, Gelegenheit zur Kommunikation, Techniken, Aufnahme- und Sendemöglichkeiten bzw. -fähigkeiten),

⁸¹ Vgl. Lange et al. 1997: 7f.

⁸² Vgl. Lange et al. 1997: 7

⁸³ Vgl. Arbeitskreis der BZgA 2004: 1

2. Fähigkeit zu Entscheidungen (Möglichkeit der Hilfsannahme und –ablehnung, Spielräume wahrnehmen, individuelle Zustandswahrnehmung, u.ä.),
3. Verhalten (Verhaltenskontrolle, individuelle Möglichkeit zu Einfluss auf Ressourcen/Krankheit und Wege der Durchsetzung),
4. ADL- Ressourcen (Mobilität, Hilfsmittel, Möglichkeiten des Transportes, Förderung und Erhaltung der Fähigkeiten) und
5. affektiver-emotionaler Zustand (damit sei u.a. die positive Stimmungslage, die Bereitschaft zu Unterstützungsannahme und zu Anpassung und Selbstkonzept gemeint).

Die Kenntnisse individueller Voraussetzungen der BewohnerInnen sollten auch den entsprechenden HelferInnen bekannt sein.⁸⁴

Garms-Homolová et al. empfehlen die Erleichterung sozialer Interaktion für die LeistungsempfängerInnen, insbesondere im Falle kognitiver Einschränkung und depressiver Anzeichen. Die Antwort auf solche Einschränkungen sollten zugeschnittene Angebote sein, mit der pflegerischen Schwierigkeit, neue Personen der Einrichtung in die Kommunikation und die Aktivität einzubinden. Die zweite Empfehlung wird dahingehend abgegeben, dass die Förderung von sozialem Engagement bereits ab Heimeintritt beginnt. Dies passiert in Zusammenhang mit dem psychosozialen Wohlbefinden, der Einschätzung des Depressionsrisikos (DRS) und der Bewertung des kognitiven Abbaus in Verbindung mit der ADL-Reduktion der BewohnerInnen.⁸⁵

Da v.a. Kommunikation durch Garms-Homolová et al. (2009) als Basis für Teilhabe und Selbstbestimmung identifiziert wird, ist der Einsatz von angemessener Sprachverwendung durch die Pflegeanbieter zu empfehlen (z.B. eindeutige Mimik und Gestik, Sprachtempo, etc.).⁸⁶

Die Förderung von Teilhabe und ein höheres Maß an Partizipation kann durch organisatorisch-institutionelle Maßnahmen realisiert werden. Garms-Homolová (2009) stellen eine Reihe von Empfehlungen aufgrund von Erfahrungsberichten und Evaluationsstudien vor, wobei gut geführte Heime mit einem hohen Maß an Selbstständigkeit und Partizipation einhergehen. „Gut geführt“ sind Organisationen der Altenbetreuung nach Garms-Homolová (2009) dann, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind⁸⁷:

a.) Richtiges Maß an Regeln und sensibel abgestimmte Umsetzung externer Richtlinien. Diese Empfehlung wurde vor dem aktuellen Hintergrund mancher hierarchisch strukturierter Einrichtungen getätigt, in denen es meist zu einer „Überregelung“ (d.h. Regelung aller bzw. sehr vieler Bereiche des

⁸⁴ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 217f.

⁸⁵ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 222

⁸⁶ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 230

⁸⁷ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 234-244

Lebens der BewohnerInnen) kommt. Externe Bestimmungen sollen daher nicht unhinterfragt übernommen werden, sondern in Bezug auf BewohnerInnen, Einrichtung und Mitarbeiter abgestimmt sein.

b.) Partizipation in Führungsfragen und eine Dezentralisierung der Macht in Entscheidungsfragen führt zu Entscheidungskompetenzübertragung auf MitarbeiterInnen. Durch diese Übertragung der Entscheidungskompetenz werden BewohnerInnen durch die MitarbeiterInnen, dann auch mehr in Handlungsmöglichkeiten integriert. Wird Verantwortung dezentralisiert, wirkt dies einer „Überregelung“ entgegen. Im Prozess der Lösungsfindung geht es nicht nur um den Einbezug der PflegeanbieterInnen, sondern auch der BewohnerInnen und deren Angehörigen, deren Mitwirkung kann individuelle Kompensation von Schuldgefühlen bewirken. Die Führung i.S.v. Partizipation und Dialog benötigt nicht nur eine „top-down“- Kommunikation, sondern auch Austausch in Richtung „bottom-up“ und auf horizontaler Ebene.

c.) Kultur und Strategie des Unternehmens sollten die Konzepte „Teilhabe“ und „Selbstbestimmung“ mit einbeziehen, mit dem Ziel, MitarbeiterInnen- und BewohnerInnengesundheit zu fördern und Fähigkeiten zu erhalten. Des Weiteren kennzeichnen sich Einrichtungen mit genannten Grundwerten durch folgende Prinzipien aus: Interdisziplinarität, Pflege nach dem Prinzip der Selbstpflege, koproduktive Pflege, Mitbestimmung im Bereich Zimmernachbar und Nahrungseinnahme- und Schlafzeiten. Pflege-, Behandlungs-, Medikamenten- und Ernährungsverfügung sind bekannt und respektiert. Es kommt zu Kooperation mit Angehörigen und anderen Bezugspersonen, diese werden als PartnerInnen der Pflegenden angesehen. Privatheitsrecht der BewohnerInnen, Einblick in Qualitätsberichte für PflegeempfängerInnen und Angehörige als Teil der Öffentlichkeitsarbeit, Probewohnen/Informationen für VerbraucherInnen, Fördern interaktiver Fähigkeiten der MitarbeiterInnen (und Beschwerdemanagement) und der detailgetreue Auftritt der Einrichtung im Internet sind weitere Merkmale dieser Einrichtungen. Eine Vielzahl dieser Empfehlungen hat sich empirisch bewährt, weitere Evaluationen werden in Zukunft nötig sein, damit neue Empfehlungen auf ihre Wirksamkeit betrachten werden können.

d.) Die/Den MitarbeiterIn befähigen und Fürsorge für diese Personengruppe garantieren, um so ein Arbeitsumfeld zu schaffen, dass MitarbeiterInnen Kompetenzen ausüben können und somit die Chance zur Teilhabe und Autonomie der PflegeempfängerInnen verbessern. Erfahrung der Selbstbestimmung im eigenen Handlungsfeld generiert die Möglichkeit und unterstützt die Toleranz im Mitbestimmungsprozess für das Gegenüber. Der Stil der Führung hat einen wesentlichen Einfluss auf den Einbezug der MitarbeiterInnen in den jeweiligen Entscheidungsprozess. Um Kompetenzen der MitarbeiterInnen zu stärken, setzen Unternehmen auf Fort- und Weiterbildungen, z.B. Stressmanagement, Prophylaxe von Burnout, Diversity Management, etc.

e.) Kommunikationsintensivierung und -erweiterung i.S. der Interaktion der Gruppen PflegerIn-KlientIn, PflegerIn-PflegerIn und PflegerIn-Führungsebene. Das Instrument der Kunden- bzw. Kundinnenbefragung und der Erhebung der MitarbeiterInnenmeinung ist bereits vielerorts implementiert, allerdings besteht ein Problem in der Datenauswertung und -weiterverarbeitung. Beratung ist ein weiteres Mittel um mit Interessenten und Angehörigen zu interagieren, hier seien festgelegte Sprechzeiten der (Heim-, Pflege- und/oder Küchen-)Leitungsebene empfohlen, sodass Klarheit über die Zuständigkeit von BewohnerInnenwünschen besteht.⁸⁸

Schneekloth / Wahl (2009) empfehlen die Einbeziehung der Freiwilligen und Angehörigen u.a. in den Heimaltag, im Heimbeirat, durch Supervisionen und Schulungen, etc.⁸⁹

Huber et al. (2005) schlägt die Förderung der Autonomie durch Biographie-Sensibilität vor. Lebensgeschichte, Eigenheiten, Identitätsstiftung und Erfahrungen finden sich in der individuellen Identität wieder. Die Biographie macht Menschen zu individuellen Lebewesen und hebt sie von der Masse der institutionalisierten Personen ab. Dadurch entfalten sich Ressourcen und Selbstbewusstsein, also Grundpfeiler des Autonomieerlebens. Zum Verständnis von Autonomie als aktives Element, trägt die Orientierung an der Biographie bei, indem dadurch die „Lebendigkeit“ eines Menschen fassbar wird. Biographie-Sensibilität führt nicht zwingend zu Selbstbestimmung der BewohnerInnen, sie bietet aber wesentliche Grundvoraussetzung zu autonomiefördernden Rahmenbedingungen. Da die Autonomie und die Biographie jedes Einzelnen einzigartig sind, kann Biographie - Sensibilität als heimlicher Schlüssel der Autonomieförderung betrachtet werden.⁹⁰

2.7.2. Ausgewählte „Models of good practice“

Im folgenden Abschnitt werden praktische „Models of good practice“ vorgestellt, wobei der Versuch bestand, überwiegend österreichische „Good practice“- Projekte anzuführen. Folgende empirische Beispiele und Projekte zeigen interessante Aspekte von Mitgestaltungsmöglichkeiten auf.

So bildet die Senioren-Hausgemeinschaft der Baumgasse 22 im dritten Bezirk eine Form des Zusammenlebens, das einer Kleinfamilie ähnlich scheint. Gruppen von neun BewohnerInnen verrichten in dieser alternativen Wohnform gemeinsame Tätigkeiten, wie beispielsweise das Kochen. Da jede bzw. jeder BewohnerIn über ein eigenes Zimmer als Rückzugsmöglichkeit verfügt, werden hier auch hauswirtschaftliche Tätigkeiten, soweit wie möglich, selbst verrichtet. Der Pflege kommt

⁸⁸ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 234-244

⁸⁹ Vgl. Schneekloth/ Wahl 2009: 282

⁹⁰ Vgl. Huber et al. 2005: 124

dabei eine Hintergrundfunktion zu und sie bildet Vertrauenspersonen für BewohnerInnen und deren Angehörige.⁹¹

Auch im deutschen Ruhrgebiet bietet das Haus St. Johannes eine Wohnform für SeniorInnen an, die an den Grundgedanken der Großfamilie angelehnt scheint. Dabei leben zehn BewohnerInnen mit Rückzugsmöglichkeiten in ein eigens Zimmer mit persönlichem Sanitärbereich beisammen. Eine offen gestaltete Küche bietet die Möglichkeit für gemeinsame Kommunikation, Koch- und Essaktivitäten. Die Person einer Altenbegleiterin bzw. eines Altenbegleiters ist jeder Wohngemeinschaft zugeordnet, diese hat unterstützende und hilfeleistende Aufgaben. Diese Person erfüllt dann u.a. auch die individuellen Pflegeanforderungen der BewohnerInnen.⁹²

Aus der Kooperation zwischen KWP und eines Teilunternehmens Pflegeheime des Wiener Krankenanstaltenverbundes erarbeitete man ein „Wohngemeinschaftskonzept“, welches bereits in Hietzing, Ottakring und Döbling implementiert wurde. Hierbei stehen Konzepte, wie Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und „normaler Alltag“, Individualität innerhalb der Pflege und die eigenen vier Wände im Vordergrund. Auch bei Erkrankung und langandauernder Pflegebedürftigkeit verbleiben die BewohnerInnen im Apartment, Menschen mit unterschiedlichem Betreuungsbedarf wohnen so in einer Einrichtung, die sich innovatives Wohn- und Pflegehaus (IWP) nennt. Private Räumlichkeiten sind rund um den Gemeinschaftsbereich angeordnet, indem hauswirtschaftliche und handwerkliche Tätigkeiten verrichtet werden können. Die Neuartigkeit besteht darin, dass versucht wurde, Selbstbestimmung und Geborgenheit, Orientierung und Überschaubarkeit, familiäres Klima und Betreuung in den eigenen vier Wänden zu vereinen.⁹³

2.7.3. Bedeutung der Heimleitung im Rahmen der Modelle

Garms-Homolová et al. (2009) unterscheiden die Voraussetzungen zur Teilhabe und Selbstbestimmung von pflegebedürftigen Menschen in vier verschiedene Ebenen:

- Individueller Ebene,
- Mikroumweltebene,
- Ebene der Versorgung und Dienstleistung und
- Ebene der Gesellschaft.

⁹¹ Vgl. WHK 2009: 31f.

⁹² Vgl. Jänecke 2009: o. S.

⁹³ Vgl. WHK 2009: 32ff.

Auf Ebene des Individuums müssen folgende Voraussetzungen zur Teilhabe im Empowerment gegeben sein: Anerkennung der eigenen geschwächten Situation, aktive Ausrichtung anstatt Vereinsamung und Rückzug, Annahme von Unterstützung und Information, Ressourcen und Stärken nutzen, Verlernen von Hilflosigkeit und Defiziten und eigene Rechte realisieren. Die Ebene der Mikroumwelt umfasst: Mentorship mit der Schaffung eines sozialen Klimas, welches dabei unterstützen soll, individuelle Fähigkeiten und Stärken zu reaktivieren und alltägliche Tätigkeiten in den Kompetenzbereich der BewohnerInnen legen (z.B.: Anbieten von Wahlmöglichkeiten, Gestaltung der Räumlichkeiten, etc.). So umfasst „Good-Governance“ auch die Ebene der Dienstleistung und Versorgung mit spezifischer persönlicher Beratung für BewohnerInnen und ihre Angehörigen, beispielsweise in Form von Netzwerken und der Vermittlung von Problemlösungskompetenz. Darüber hinaus müssen Strukturen der Entscheidung auf partizipativer Basis etabliert werden, z.B. Recht auf Mitsprache bei Planung des Tagesablauf durch Personal und BewohnerInnen, Beschwerdemanagement, etc. Die Förderung der Selbsthilfe, ein Menschenbild in dem die Stärken und Schwächen eines Menschen integriert sind und die Bereitstellung von Spielräumen sind weitere Grundvoraussetzungen, die durch Dienstleistung und Versorgung bereitgestellt werden sollten. Die gesellschaftliche Ebene beeinflusst die übrigen Ebenen, indem Programm- und Beschlussentwicklung durch Bürger beeinflussbar werden, Hilflosigkeit bei BewohnerInnen erkannt und in Selbstvertrauen umgewandelt wird, mit Flexibilität in Zusammenarbeit mit den Betroffenen das Eingreifen definiert wird und pflegerischer Intervention mit gesellschaftlicher Anerkennung einhergehen.⁹⁴

Insgesamt lässt sich aus den Empfehlungen von Garms-Homovolá et al. (2009) nur betonen, dass die vier Ebenen einen wesentlichen Einfluss auf die Teilhabe und Selbstbestimmung älterer Personen ausüben. Die spezifischen Empfehlungen innerhalb der Ebenen sind teilweise nur schwer umsetzbar und sollten besonders auf der individuellen Ebene mehr Variation aufweisen. Meiner Meinung nach ist es besonders schwierig für Individuen, Ressourcen zu nutzen, die einem selbst vielleicht noch gar nicht bekannt sind. Andererseits stellt sich ein sehr komplexer und individuell oft schwieriger Prozess dar, indem erlernte Hilflosigkeit abgelegt werden sollten und Ressourcen genutzt werden sollen.

Im Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz sind die Pflichten des Heimträgers ebenso geregelt, wie die Rechte der BewohnerInnen. So muss der Heimträger BewohnerInnen und Vertrauenspersonen über Stellung und Rechte der BewohnerInnen mit Nachweis schriftlich informieren. Des Weiteren hat der Heimträger „.....die Bewohner und deren Vertrauenspersonen über die Möglichkeit der Vorbringens ihrer Anliegen, Beschwerden oder Wünsche bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und

⁹⁴ Vgl. Garms-Homovolá et.al. 2009: 127f.

Patienten-anwaltschaft nachweislich schriftlich zu informieren.“⁹⁵ DirektorIn der Einrichtung haben sich monatlich über die Wünsche und Anregungen der BewohnerInnen bei der BewohnerInnenservicestelle zu informieren.⁹⁶

Michel-Fabian (2002) empfiehlt in Rahmen eines Prozessleitfadens, der aus Beschwerdemanagement-Projekten deutscher Diakoniewerke hervorgegangen ist, das „7-S-Modell“. Modell. Dabei soll die Fähigkeit des adäquaten Umgangs der Führungsperson mit Kritik und Anregungen gestärkt werden. Das „7-S-Modell“ wurde von McKinsey (1980) entwickelt und findet seine Anwendung in der Organisationsberatung.⁹⁷

Heimleitungen, die nach dem „7-S-Modell“ handeln, können auch im Bereich: Beschwerdemanagement ideal reagieren. Das Modell stellt sieben Kräfte einer Organisation dar, die miteinander in Verbindung stehen: Strategie, Stil, Stammpersonal, Systeme, Struktur, Spezialkenntnisse und Selbstverständnis. Dabei steht der Gesamtheitsgedanke der Organisation im Vordergrund, in dem die einzelnen „S“ so zusammenspielen, dass auf Anliegen der BewohnerInnen bestmöglich eingegangen werden kann.⁹⁸

Schneiders (2010) empfiehlt Techniken der Steuerung, sogenanntes „Good Governance“, und erarbeitet dabei auch Maßstäbe zur Messung dieses Managements. Der Organisationscharakter hat sowohl Auswirkungen auf das Individuum, als auch auf dessen Integration in die Gesellschaft und die Gesellschaft im Allgemeinen. Dabei kommt es auf Ebene des Individuums, bei Addition der einzelnen Ressourcen zu einem Akteur: der Interessensvertretung. Die Organisation von Arbeit führt zu erhöhter Produktivität und Maximierung der Befriedigung der Ansprüche. Negative Auswirkungen der Organisationsförmigkeit sind Gefühle von Machtlosigkeit und Entfremdung.⁹⁹

Schneiders (2010) spricht von einer Abweichung des Selbstbilds älterer Menschen und jenem Bild, das Wohlfahrtsverbände über sich besitzen. Der Charakter einer Institution wird durch reproduziertes Handeln der Akteure erreicht, nimmt nun reproduzierendes Handeln ab, wird dadurch die Legitimität der Verbände geschwächt. Verhandlungen in der Pflegediskussion haben gezeigt, dass es Organisationen bzw. Akteure *„...mit einem hohen Institutionalierungsgrad gelingen kann, politische Steuerungsintentionen im Sinne ihrer Organisationen umzudeuten und neue Governance-Mechanismen zu entwickeln. Dieses Beispiel macht deutlich, dass funktionierende*

⁹⁵ Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission 2009: 57

⁹⁶ Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission 2009: 57

⁹⁷ Vgl. Michel-Fabian 2002 15

⁹⁸ Vgl. Michel-Fabian 2002: 15

⁹⁹ Schneiders 2010: 229f.

Märkte nicht nur institutionell eingebettet sein müssen, sondern auch der „politischen Pflege“ bedürfen, um Beharrungskräften und historische Pfadabhängigkeiten zu begegnen.“¹⁰⁰

Das Verhältnis zwischen Pflegenden und Pflegedienstleitung überträgt sich meist auf die Beziehung PflegerIn – BewohnerIn, aus diesem Grund sei ein kooperativer Stil der Führung zu empfehlen. Wahrung der Autonomie, Förderung der Selbstständigkeit, Lebensqualitätssicherung und Achtung auf individuelles Wohlbefinden sind nicht alleine Aufgabe der Pflege, sondern auch der Institutionsleitung. Der inhaltliche Aspekt der Autonomie ist oft wesentlicher, als die bloße Freiheit der Wahlmöglichkeit¹⁰¹, d.h. nicht nur die Wahlfreiheit obliegt der Bewohnerin/dem Bewohner, sondern auch die Ausgestaltung der Wahl.

Als oftmaliges Problem gibt Huber et al. (2005) das Verständnis der Führung und die Kommunikationskultur an. So kann Selbstständigkeit und Autonomie von den PflegerInnen nur dann wirklich wahrgenommen werden, wenn auch ihr Arbeitsablauf von solch Eigenverantwortung gekennzeichnet sein darf. Der Führungsstil beeinflusst kooperatives Arbeitsklima, die Pflege leistet durch ihre Patientennähe einen wesentlichen Beitrag zu autonomiefördernden Konzepten.¹⁰²

Nach Kirchweger (2009) stehen derzeitige Führungsstrukturen vor der Herausforderung, dass sie Gruppen gegenüberstehen, die sich um höhere Autonomie bemühen und dabei, in der Managementebene, die Angst vor Chaos und interner Zersplitterung auslösen.¹⁰³

2.7.4. Mögliche Bedeutung für Mitbestimmung und Partizipation in Bezug auf die „Modells of good practice“

Ausgangspunkt für Mitgestaltung und Partizipation der BewohnerInnen von LTC- Einrichtungen, sind Bedürfnisse, Wünsche und Erwartungen verschiedener Personengruppen innerhalb und außerhalb der Institution. In Anlehnung an das Partizipationsmodell von Beukelman/ Mirenda (1992) sollten bereits räumliche Einrichtungen in Zusammenarbeit mit NutzerInnen geplant werden. Dieses Modell könnte sich, durch spezifische Modifizierung, dann auch auf alle möglichen Angebote und Projekte im Umfeld LTC umlegen lassen. Besteht die Partizipation bereits in der Planungs- und Realisierungsphase von Alteneinrichtungen, kann eine Integration der Konzepte „Teilhabe und „Selbstbestimmung“ in die Unternehmenskultur und –strategie besser umgesetzt werden, da die Rahmenbedingungen diese Konzepte bereits beinhalten. Wichtige Begriffe in den vorgestellten

¹⁰⁰ Czada/Lütz 2000: in: Schneiders 2010: 240f.

¹⁰¹ Huber et al. 2005: 127

¹⁰² Huber et al. 2005: 127f.

¹⁰³ Kirchweger 2009: 33

Empfehlungen und Modellen sind: Information, Kommunikation, Integration, Selbstpflege und Selbstbetreuung und Evaluation. Es bleibt zu testen, inwiefern sich diese Begriffe in der Empirie wiederfinden und wo hier Partizipationsbarrieren liegen.

Neue Governance-Mechanismen, die Schneiders (2010) erwähnt, wären i.S. einer lernenden Organisation denkbar, die Wünsche, Anregungen und Beschwerden der BewohnerInnen zur Verbesserung und Optimierung bestehender Abläufe einsetzt. Idealerweise erarbeiten die Führungsebene und andere Professionen in Zusammenarbeit mit BewohnerInnen gemeinsam, laufend neue optimierte Abläufe, sodass Fehler nicht in der Organisation bestehen bleiben, sondern durch Anregungen der KlientInnen geändert werden. Demnach ist es nicht nur wichtig auf die Anliegen der BewohnerInnen einzugehen, sondern diese auch zu benutzen um langfristig Strukturen und eventuell fehlerhafte Arbeitsabläufe aufzubrechen.

2.8. Empirische Studien über Mitbestimmung/Autonomie in LTC-Einrichtungen

Im folgenden Abschnitt werden fünf Studien mit dem Fokus „Autonomie und Mitbestimmung in Alterseinrichtungen“ dargestellt. Dabei werden sowohl die Studien, als auch deren Ergebnisse dargelegt und später, im Fazit, mit empirischen Ergebnissen dieser Masterarbeit verglichen. Es wurden Studien ausgewählt, die einen ähnlichen Forschungsfokus wie vorliegende Arbeit haben oder deren Ergebnisse, im Zusammenhang mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit stehen.

Siegrist-Hug & Gut-Rimle (2003) argumentierten in ihrer Studie, dass die strukturellen Rahmenbedingungen einer Alteneinrichtung die Selbstbestimmung der BewohnerInnen wesentlich einschränken. Die Forschungsfragen ergaben vor dem Hintergrund, dass bereits manche Einrichtungen Selbstbestimmung der BewohnerInnen im Unternehmensleitbild zu integrieren versuchen. Siegrist-Hut & Gut-Rimle gingen nun den Fragen nach: Inwiefern es zu einer Realisierung der Mit- und Selbstbestimmung der BewohnerInnen in heutigen Heimen kommt? Und gingen der Umsetzung der Heimleitbilder nach und fragten nach den Ansprüchen innerhalb dieser Leitbilder?

Die Ergebnisse umfassten u.a. die Darstellung der Auswirkungen institutioneller Wohnform auf die Autonomie der BewohnerInnen. Die Untersuchung baut auf teilnehmender Beobachtungen und Experteninterviews aus zwei schweizer Alteneinrichtungen auf. Der Anspruch des Leitbildes in Bezug auf Selbstbestimmung wurde mittels Inhaltsanalyse ermittelt. Die Selbstbestimmung der BewohnerInnen innerhalb der Heimstrukturen wurde demnach als eher gewährleistet eingestuft. Der formulierte Anspruch der Leitbilder wurde, bis auf wenige Ausnahmen, umgesetzt. Mit- und Selbstbestimmungsmöglichkeiten boten sich innerhalb des Heimaltags und in Bezug auf Dienstleistungen im Wohnbereich. Siegrist-Hut & Gut-Rimle identifizierten auch institutionalisierte

Möglichkeiten der Mitsprache und betonten die Schwierigkeit, Mit- und Selbstbestimmung der BewohnerInnen innerhalb der alltäglichen Interaktionen zu wahren. Eine Gewährleistung der Autonomie in alltäglichen Situationen sei dann gegeben, wenn die Einrichtung über ausreichende und qualifizierte MitarbeiterInnen verfügt. Um die alltäglichen Situationen zu meistern und Selbst- und Mitbestimmung zu wahren, sind Kommunikationskompetenzen und Konfliktlösungsstrategien notwendig. Die Stärkung des BewohnerInnenbewusstseins bezogen auf ihre Mit- und Selbstbestimmungsrechte wird ebenfalls betont.¹⁰⁴

Im Jahr 2009 beschäftigte sich Widhalm mit gesundheitsförderlichem Handeln im Setting „Altenheim“ und untersuchte das Setting mittels ExpertInneninterviews. Als Auswertungsmethode der Interviews wurde die Systemanalyse gewählt, das sekundäre Datenmaterial wurde mittels Themenanalyse ausgewertet. Die empirischen Ergebnisse umfassten v.a. die Konzepte von Einbeziehung, Mitwirkung und Autonomie. Im Rahmen der Arbeit wurden die Perspektiven der BewohnerInnenvertreterInnen gegenübergestellt mit jener der Leitungsebene. Diese VertreterInnen sehen sich als „Vermittler“ und erwarten, dass andere BewohnerInnen, nach deren Einzugsphase, auf sie zugehen. Kritisch wird hier angemerkt, dass weniger mobilen BewohnerInnen die Mitsprache über VertreterInnen verwehrt bleibt. In der Arbeit von Widhalm identifizierte sich die Leitungsebene als Expetin/Experte für die Anliegen der BewohnerInnen, wobei die InterviewpartnerInnen geteilter Meinung waren, inwiefern die BewohnerInnen mitbestimmen wollen. Ergebnisse der Zusammenarbeit zwischen VertreterInnen und Leitung wurden von der Leitungsebene als positiv erlebt, während BewohnerInnenvertreterInnen diese Ergebnisse etwas reservierter waren. Beide Gruppen erlebten manche BewohnerInnen als nicht mitbestimmungswillig, einerseits gegeben durch Mobilitätseinschränkungen und andererseits durch mangelnde Kommunikation.¹⁰⁵

In Bezug auf die Autonomie der BewohnerInnen spalteten sich die Meinungen der InterviewpartnerInnen Widhalms (2009). Mögliche Einschränkungen der Autonomie wurden in Bezug auf BewohnerInnen des stationären Bereichs erlebt, da diese nicht mehr die Voraussetzung einer selbstständigen Lebensführung erfüllten. Autonomie wurde von BewohnerInnenvertreterInnen zum Zeitpunkt der „Heimwahl“ und des „Heimeinzugs“ als mangelhaft erlebt.¹⁰⁶

Andresen & Puggaard (2008) untersuchten im Rahmen einer dänischen Studie die Autonomie von physisch beeinträchtigten älteren Personen in Pflegeheimenrichtungen. Ausgehend von der Annahme, dass Autonomie einen Einfluss auf den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden von

¹⁰⁴ Vgl. Siegrist-Hug & Gut-Rimle 2003

¹⁰⁵ Vgl. Widhalm 2009: 79-87

¹⁰⁶ Vgl. Widhalm 2009: 112-117

Menschen aller Altersgruppen hat, wurden neun Pflegeheime und 55 TeilnehmerInnen, mit 65 Jahren und älter, in die Studie inkludiert. Dabei wurden die TeilnehmerInnen jeder Pflegeeinrichtung in eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe geteilt. Die Intervention gestaltete sich durch die individuellen Wünsche der BewohnerInnen in Bezug auf tägliche Aktivitäten, organisiert durch ErgotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen. Über einen Zeitraum von vierundzwanzig Wochen wurden nun selbstbestimmte Programme der BewohnerInnen in Zusammenarbeit mit dem genannten Personal geplant und umgesetzt. Nach zwölf und nach vierundzwanzig Wochen wurden empirische Daten statistisch analysiert und der Einfluss der Interventionen auf die Autonomie der BewohnerInnen wurde erhoben. Allerdings finden sich derzeit noch keine Ergebnisse dieser Studie, auch nach längerer Literaturrecherche nicht, ich gehe aber davon aus, dass die Studie einen positiven Einfluss der Interventionen auf die Autonomie belegen könnte. Interessant ist jedenfalls anzumerken, dass Interventionen nicht von PflegerInnen ausgeführt wurden, und dass die Autorinnen Autonomie als eine Erfahrung von Kontrolle und der Existenz von Wahlmöglichkeiten darstellen. Des Weiteren ist die Planung des individuellen Tagesablaufes der BewohnerInnen mit den BetreuerInnen eine Idee die konträr zum fix organisierten Tagesablauf derzeitiger Einrichtungen steht.

Huber et al. (2005) untersuchten anhand von Interviews der BewohnerInnen eines Pflegeheimes den erlebten Grad von Entscheidungsspielräumen, Grad der Informationen und die erlebten Empfindungen und Gefühle. Dadurch entsteht ein Bild der Lebens- und Erfahrungswelt der interviewten Personen. Die InterviewpartnerInnen gaben an, weitgehend bis vollständig informiert zu sein, allerdings wird der Informationsgrad der Themenbereiche Körperpflege und Ernährung als eher gering eingeschätzt werden.¹⁰⁷

Da bereits in Kapitel 2.7. Information als ein wichtiger Begriff in Partizipations- und Autonomiemodellen dargestellt wurde, ist die Erhebung des Informationsgrades der NutzerInnen in Hinblick auf deren Autonomie sehr interessant. Bei der Auswertung ihrer Untersuchung nach Entscheidungsspielräumen kommen Huber et al. (2005) zu dem Schluss, dass etwas weniger als die Hälfte der Befragten den Entscheidungsspielraum als nur „teilweise vorhanden“ klassifizieren. Dabei wurden v.a. die Entscheidungsspielräume in den Bereichen Wohnen und Essen der Kategorie „Teilweise vorhanden“ zugeordnet. Aus der Studie geht weiter hervor, dass teilweise geringe Entscheidungsspielräume den Befragten nichts ausmache. Wohnen besitzt für die meisten Befragten einen hohen Stellenwert. Interessant ist, dass Aktivitäten mit enger Anbindung an organisatorische Abläufe durch die subjektive Einschätzung geringerer Entscheidungsspielräume gekennzeichnet waren. Befragte der Studie von Huber et al. (2005) äußerten besonders in den Themenbereichen

¹⁰⁷ Vgl. Huber et al. 2005: 50-70

Freizeit und Körperpflege ein breites Spektrum von Gefühlen. Informationsgrad und der Grad an Entscheidungsspielräumen lösten bei Befragte unterschiedliche Gefühle aus, sodass keine spezifischen Gefühle mit dem Grad an Information oder Entscheidungsspielraum in Verbindung gebracht werden konnten.¹⁰⁸

Garms-Homolová et al. (2009) identifizieren ein grundsätzliches Problem der BewohnerInnen, indem sie auf die fehlende Selbstbestimmung in der Phase der „Heimwahl“ aufmerksam machen. Diese Entscheidung wird oft von Angehörigen oder dem Krankenhauspersonal getroffen. Als möglicher Auslöser wird das oft verbreitete „schlechte Bild“ der Alterseinrichtungen genannt, sodass ein Einzug in eine Alterneinrichtung nicht in die Zukunftsplanung alter und betagter Menschen miteinbezogen wird und bereits im Vorfeld eine Wahlentscheidung fällt.¹⁰⁹

Anstelle der Betrachtung, der „Zu-Pflegenden“ solle das Konzept der „Zu-Versorgenden“ treten, als Problemfeld werden hier allerdings rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen genannt, die eine Änderung in der Betrachtungsweise unmöglich machen. Eine Möglichkeit der Teilhabe für BewohnerInnen biete sich im Rahmen der Pflegevisite. Teilhabe und Selbstbestimmung im Alter müssen aber auch in das Verständnis der Angehörigen der BewohnerInnen verankert werden. Mit unvermeidlich wahrgenommen Situationen arrangieren sich BewohnerInnen der dargestellten Studie sehr oft. Garms-Homolová et al. beschreiben die empfundene Expertenkompetenz der Angestellten in Pflegeeinrichtungen als oft in Disharmonie stehend mit einer möglichen Selbstbestimmung der BewohnerInnen.¹¹⁰

¹⁰⁸ Vgl. Huber et.al. 2005: 70

¹⁰⁹ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 244

¹¹⁰ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 265-269

3. Empirische Fallstudie in einer Wiener PensionistInnen-Wohneinrichtung

In den folgenden drei Kapiteln werden die Rahmenbedingungen von Autonomie in Wiener Pensionistinnen- und Wohneinrichtungen dargestellt. Das erste Kapitel geht auf die rechtlichen Rahmenbedingungen der Autonomie ein, während 4.1.2. die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beleuchtet. Der zweite Teil der Arbeit stellt das Forschungsdesign, die Erhebungs- und Auswertungsphase dar. Folgende Kapitel beschreiben Feldzugang, Fallstudie und Gewichtung der Interviewpersonen.

3.1. Rahmenbedingungen

3.1.1. *Altenversorgung Österreich*

Dieser Abschnitt: „Altenbetreuung in Österreich“ bietet eine Darstellung der Altenbetreuung in Österreich mit speziellen Fokus auf Wiener Betreuungsangebote und Träger. Während Krankheits- und Gesundheitsversorgung zum Großteil von der Gemeinschaft unterschiedlichster Versicherungen getragen wird, ist die Altenversorgung meist durch private und häusliche Pflege organisiert. Staatliche Einrichtungen bieten ein ergänzendes Angebot zur familiären Pflegeversorgung, die meist von erwerbstätigen Personen unter dem 60. Lebensjahr geleistet werden. Folgende Graphik zeigt den demographischen Wandel der Altersgruppen ab dem 65. Lebensjahr im Vergleich der Jahre 1981 und 2010:

Jahr	Jahresdurchschnittsbevölkerung gesamt	65 Jahre und älter	<i>darunter:</i> 75 Jahre und älter
1981	7.568.710	1.143.812	459.788
2010	8.387.742	1.480.136	672.668

Die Zahlen der Statistik Austria mit dem Stichtag 1.1.2010 lassen eine deutliche Zunahme der Personen über dem 60. Lebensjahr erkennen. Von rund 8.300.000 Österreichern, sind im Jahr 2010 also knapp 1.480.000 65 Jahre und älter und davon sind über eine halbe Million Menschen sogar 75 Jahre und älter. Im Vergleich der Jahre 1981 und 2010 sind 2010 über 200.000 Personen mehr über 75 Jahre. Der Anstieg der über 65-Jährigen liegt bei 100.000 Personen im Vergleich zu 1981. Deutmeyer & Thiekötter (2009) antworten auf den demographischen Wandel mit der Empfehlung der Professionalisierung nicht-ärztlicher Berufsgruppen, dem Ausbau des Gesundheits- und Pflegemanagements und gesellschaftspolitischer Diskussion.¹¹²

Durch den künftigen Anstieg der Personengruppe „60+“ ergeben sich v.a. Probleme der Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Pflege der Angehörigen im Bereich der informellen Pflege.¹¹³

Die Entwicklung von Mitbestimmungsmodellen wird u.a. durch die Vergabe des österreichischen Innovationspreises durch die Partner Lebenswelt Heim und den Dachverband für Alten- und Pflegeheime Österreichs gefördert. Dieser Preis wird in einem Intervall von zwei Jahren auf abgeschlossene und praktisch bereits implementierte Projekte vergeben. Lienbacher (2006) beschäftigte sich mit Innovationen in Alten- und Pflegeheimen in Österreich und betont, dass eine Einbindung der BewohnerInnen in den pflegerischen und organisatorischen Prozess der Leistungserstellung durchaus innovationsfördernd wirken.¹¹⁴

Konkret ist die Mitbestimmung der BewohnerInnen in Österreichs Pflege- und Betreuungseinrichtungen durch die rechtlichen Rahmenbedingungen und die jeweiligen Anforderungen des Trägers in Modelle gefasst. Konkrete individuelle und abweichende Modelle einzelner Häuser in Österreich ließen sich gar nicht finden, weshalb im Folgenden rechtliche, gesellschaftspolitische und trägerbezogene Rahmenbedingungen dargestellt werden.

3.1.2. Altenbetreuung in Österreich mit speziellem Fokus auf die Wiener Betreuungssituation

¹¹¹ Vgl. Statistik Austria 2011: Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen

¹¹² Vgl. Deutmeyer & Thiekötter 2009: 10 - 27

¹¹³ Vgl. Jung et al. 2007: 6-12

¹¹⁴ Vgl. Lienbacher 2006

Die Inanspruchnahme des Angebots von Altenbetreuungseinrichtungen in Österreich ist stark an die demographische Entwicklung der österreichischen Gesellschaft gekoppelt. Der Zuwachs der Personen über 80 Jahren ist von 2008 auf 2010 um vier Prozent gestiegen, so waren es vor zwei Jahren noch 386 000 Personen und sind heute ca. 403 000 ältere Menschen. 2020 werden 481 000 Personen erwarten, dies bedeutet einen Anstieg von fünfundzwanzig Prozent im Vergleich zu 2008. Die demographische Alterung der österreichischen Gesellschaft zeigt sich zum einen im steigenden Durchschnittsalter und zum anderen im Abhängigkeitsquotienten von Kindern zu älteren Personen. Dieser Quotient zeigt im Jahr 2009, dass auf 100 Personen im Alter zwischen 15 -59 Jahren nur 24,1 Personen unter 15 Jahren, aber 36,8 Personen ab 60 Jahren entfallen.¹¹⁵

Ältere Menschen werden zu etwa 80-90% im extramuralen Bereich meist von Angehörigen oder anderen Bezugspersonen betreut. Entlastung für private Betreuungspersonen leisten hier die professionellen Dienste, d.h. meist die Hauskrankenpflege, aber auch Besuchs-, Transport- und Reinigungsdienste. Auch teilstationäre Angebote, wie Tageszentren und Tageskliniken fördern nach Gatterer (2007) das Leben von alten Menschen in ihrem zu Hause. Die Versorgungsstrukturen in Österreich erstrecken sich über den extramuralen, stationären, medizinischen und den psychosozialen Bereich.¹¹⁶

Ältere Menschen können nun durch unterschiedliche Betreuungsformen versorgt werden, so kann dies durch: Alten- und Pflegeheime, mobile soziale Dienste, alternative formelle Betreuung oder durch private informelle Betreuung erfolgen. Laut dem Pflegevorsorgebericht 2009 des BMASK (Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz) stellt sich die Betreuungssituation in Österreich wie folgt dar: 58% der Pflegebedürftigen wird zu Hause durch seine Angehörigen betreut, 24% werden von Angehörigen daheim betreut mit dem Zusatz von mobiler Pflegedienstleitungen, 16% wird stationär versorgt und rund 2% benötigen eine 24-Stunden-Pflege und –Betreuung.¹¹⁷

Über die Internetquelle „seniorenheim.at“ kommt man zu 890 angebotenen Heimen in Österreich, wobei 85 davon in Wien beherbergt sind.¹¹⁸ Die Wiener Heimkommission spricht von 88 Wohn- und Pflegeheimen, in denen regelmäßig 2009 Sprechtag abgehalten wurden.¹¹⁹

Die Rahmenbedingungen der Wiener Pflegeeinrichtungen sind seit 2005 durch das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz und die Verordnung über Mindeststandards der Wiener Landesregierung

¹¹⁵ www.statistikaustria.at: Demographisches Jahrbuch 2008

¹¹⁶ Vgl. Gatterer 2007: 33

¹¹⁷ Vgl. Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009: 7

¹¹⁸ www.seniorenheim.at

¹¹⁹ Vgl. Stadt Wien Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission 2009: 45

geregelt, u.a. sind hier auch die Rechte der BewohnerInnen verankert. Ambulante Pflege und Betreuung unterliegt in Wien der Qualitätssicherung und so finden sich im Qualitätshandbuch Leitlinien und Kriterien, z.B. zum Thema soziale Integration oder Schmerzmanagement.¹²⁰

Eine sehr vielfältige Anbieterlandschaft stellt sich für die Betreuung alter Menschen in Wien dar: Wohnhäuser werden in Wien v.a. durch das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser angeboten, die in Wien 31 Häuser zum Leben anbieten. Daneben gibt es sechs Wohngemeinschaften in Wien, angeboten v.a. durch die Organisationen Caritas, Hilfswerk und Diakoniewerk. Ebenso reicht das Angebot von achtzehn Wiener Tageszentren bis hin zum Wohnen im Pflege- und Sozialzentrum der Caritas.¹²¹

3.1.3. Rechtliche Rahmenbedingungen für Mitbestimmung im Umfeld LTC

Die vertraglich-schriftliche Übereinkunft zwischen BewohnerInnen und Leitung des Heimes ist seit 1. Juli 2004 auch gesetzlich verankert. Dabei wird explizit angeführt, dass die Heimleitung sich für die Wahrung und Achtung der Persönlichkeitsrechte akzeptiert und fördert. Im Allgemeinen zielen die wichtigsten Punkte des Heimvertrags auf die BewohnerInnenrechte von Information, Selbstbestimmung, dem Heimvertrag, Würde und Integrität und Beratung und Beschwerde ab.¹²² Die rechtlichen Bestimmungen enthalten nun genaue Punkte, inwiefern Persönlichkeitsrechte zu verstehen seien:

- „Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit, auf anständige Begegnung, auf Selbstbestimmung sowie Achtung der Privat- und Intimsphäre“
- „Recht auf Wahrung des Brief-, Post, und Fernmeldegeheimnisses“
- „Recht auf politische und religiöse Selbstbestimmung, auf freie Meinungsäußerung, auf Versammlung und auf die Bildung von Vereinigungen, insbesondere zur Durchsetzung der Interessen der Heimbewohner“
- „Recht auf Verkehr mit der Außenwelt, auf Besuch durch Angehörige und Bekannte und auf Benützung von Fernsprechern“
- „Recht auf Gleichbehandlung ungeachtet des Geschlechts, der Abstammung und der Herkunft, der Rasse, der Sprache, der politischen Überzeugung und des religiösen Bekenntnisses“

¹²⁰ Vgl. Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2009

¹²¹ Fonds Soziales Wien 2011: Soziales Wien: <http://sozialinfo.wien.gv.at>

¹²² Vgl. Huber et al. 2005:14

- „Recht auf zeitgemäße medizinische Versorgung, auf freie Arzt- und Therapiewahl und auf eine adäquate Schmerzbehandlung sowie“
- „Recht auf persönliche Kleidung und auf eigene Einrichtungsgegenstände“¹²³

Des Weiteren besteht das Recht auf eine Vertrauensperson, die im Falle von Störungen des Heimbetriebes und Entgeltrückständen eine Ermahnung den BewohnerIn auf diese Unannehmlichkeiten aufmerksam macht. Die Heimleitung kann nun über diese Vertrauensperson mit der/dem BewohnerIn kommunizieren oder direkt mit der/dem BewohnerIn Kontakt aufnehmen. Besteht eine problematische Situation aus Sicht der BewohnerIn, so kann mit der jeweiligen Beschwerdestelle Kontakt aufgenommen werden. In Wien ist für kulinarische, unterhaltungstechnische u.ä. Belange die „Wiener Pflegeombudsstelle“ zuständig. Diese Stelle erfüllt weniger Kontroll- als Interventionsfunktion. Im Falle von Pflege und Betreuungswünschen, sowohl im insitutionären, wie auch privat-familiären Bereich vermitteln MitarbeiterInnen der Stelle mit den Beteiligten. Für Wünsche im Bereich Pflege und Betreuung auf Länderebene ist, in Oberösterreich beispielsweise, die Heimaufsicht der Sozialabteilung zuständig. In den übrigen Bundesländern liegt die Zuständigkeit meist im Rahmen der PatientInnenanwaltschaft.¹²⁴

Der zweiten Abschnitt des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes sind Rechte und Stellung der BewohnerInnen verankert. In Hinblick auf Autonomierechte, möchte ich folgende Punkte herausheben:

- „17. Recht auf jederzeitige Kontaktaufnahme mit der Bewohnerservicestelle (Beim heim für mehr als 50 Bewohner) und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft;*
- 18. Recht auf Einbringung von Anregungen und Beschwerden bei der Bewohnerservicestelle (bei Heimen für mehr als 50 Bewohner);*
- 19. Recht auf Abhaltung von Bewohnerversammlungen und Wahlen von Bewohnervertretern (bei Heimen ab 50 Personen)“*¹²⁵

Die Sicherstellung der BewohnerInnenrechte erfolgt nun über die BewohnerInnenservicestelle, sobald die Einrichtung über mehr als 50 KlientInnen verfügt. Diese Stelle muss vom Träger eingerichtet werden und wird von einer Person, die mit den Abläufen des Heimes vertraut ist, verwaltet. Die/Der DirektorIn bzw. StellvertreterIn der Direktion darf nicht Teil dieser Stelle sein. Über die Existenz dieser Stelle muss die/der BewohnerIn und die Vertrauensperson schriftlich informiert werden. Aufgabe der BewohnerInnenservicestelle ist es: Beschwerden

¹²³ Müller et al. 2003: 112, nach dem Österreichischen Heimvertragsgesetz §27d

¹²⁴ Vgl. Müller 2003: S.

¹²⁵ WWPG, LGBl für Wien Nr. 15/2005 idgF., 2. Abschnitt; in: WHK 2009: 56f.

entgegenzunehmen, weiterzuleiten und beratend tätig zu werden. Bei Verstößen gegen BewohnerInnenrechte meldet die Servicestelle unverzüglich an die Direktion und bei Nichtbehebung der Missstände, ist die nächste Instanz die Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatschaft. Zur Gewährleistung der Mitwirkung der KlientInnen finden geheime Wahlen statt, in der BewohnerInnenvertreterInnen auf die Dauer von zwei Jahren gewählt werden. Dabei ist es jeder/jedem BewohnerIn gestattet, sich zur Wahl als VertreterIn zu stellen. VertreterInnen müssen vom Heimträger über die Rechte der BewohnerInnen informiert werden, ebenso ist die Anhörung der VertreterInnen bezüglich BewohnerInnenrechte für die Heimträger gesetzlich verankert. Ebenso finden regelmäßig Sprechtag eines Vertreters der WHK in den Häusern statt, wo Anliegen vorgebracht werden können.¹²⁶

Eben genannte Rahmenbedingungen machen die Regelung der Beschwerdekommunikation deutlich. Im Normalfall findet Kommunikation nicht aufgrund eines geregelten Kommunikationsmodells statt bzw. ist in Österreich über den Betreuungsvertrag geregelt. Es besteht die Möglichkeit der BewohnerInnen sich an jede beliebige Person oder Stelle innerhalb und außerhalb der Einrichtung zu wenden, innerhalb des Hauses haben BewohnerInnen beispielsweise das „*Recht auf höflichen Umgang und Anerkennung der Würde und Persönlichkeit*“¹²⁷. Inwiefern Wünsche und Beschwerden dann von den entsprechenden Personen weitergeleitet werden, ist im empirischen Teil dieser Arbeit zu finden.

3.1.4. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und gesellschaftlicher Wandel der Pflegepolitik

Der Wandel in gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der gesellschaftliche Wandel in der Pflegepolitik sind besonders an der Einführung, im Jahr 2001, der gesetzlichen Regelung von Teilhabe und Selbstbestimmung zu erkennen. Nach Garms-Homolová et al. (2009) wurde damit Selbstbestimmung in Deutschland zur ausdrücklichen Vorgabe. 2001 wurde die gesetzliche Regelung von Selbstbestimmung und Teilhabe im gesellschaftlichen Leben und verpflichtend auch im Rahmen der Pflege in Deutschland also gesetzlich verankert. Dies ist im neunten deutschen Sozialgesetzbuch geregelt. Partizipation, Selbstbestimmung und Teilhabe ist von allen Beteiligten innerhalb des Versorgungsprozesses abhängig und darf nicht alleine in Bezug auf „Stakeholder“ aus Politik und Wissenschaft bearbeitet werden. Hier spielen die menschliche Stimme in Zusammenhang mit der Anerkennung des Expertentums eigener Lebenslage und das individuelle Wahlrecht eine

¹²⁶ Vgl. WHK 2009: 57

¹²⁷ Betreuungsvertrag KWP 2010: 10

entscheidende Rolle. Zu Beschränkungen kann es sowohl auf individueller Ebene, als auch aus gesellschaftlicher Sicht kommen. Kardorff & Meschnig (2009) empfehlen sowohl die umfassende Teilhabe der KlientInnen an Entscheidungen unter Berücksichtigung ihrer Wünsche und Bedürfnisse. Die gesellschaftspolitische Herausforderung ist nun Eigenverantwortung, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit im Rahmen technischer und professioneller Unterstützung zu gewährleisten.¹²⁸

Ich beziehe mich in folgendem Absatz auf das Positionspapier des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Österreichischen Städtebundes, da der Städtebund einen wesentlichen Fokus auf Soziales und Qualitätsstandards im Pflegebereich legt. Soziale Aufgaben werden vom Bund oft auch auf Städte, Länder und Gemeinden verlagert. Daher ist es wichtig Informationsmaterial auch aus der Sicht von Städten und Gemeinden vorzustellen.¹²⁹ 2006 gab der Österreichischen Städtebund Empfehlungen und Lösungsvorschläge in Bezug auf die demographische Veränderung ab. Ein wesentlicher Punkt dieser Vorschläge war die Unterstützung pflegender Angehöriger durch: Erhöhung des Informationsgrades um alternative Angebote familiären Angehörigen zugänglich zu machen (z.B.: Netzwerke, Plattformen); Spezialisierung der Angebote im Bereich (mobiler) Beratung; Förderung von Vereinen und Gruppen zur Selbsthilfe; steuerliche Begünstigungen für Pflegebedürftige und Angehörige; Begünstigungen im Bereich Arbeits- und Sozialrecht für pflegende Angehörige. Daneben gilt die Unterstützung auch in finanzieller Hinsicht, im Bereich stationärer Pflege und Personal und im Ausbau stufenweiser Angebote mobiler und teilstationärer Betreuung. Hier möchte ich noch den Punkt des Aufbaus stufenweiser Angebote herausheben, der u.a. folgendes beinhaltet:

- Förderung der Potenziale der älteren Generation, insbesondere Verbesserung der Lebensbedingungen alter Menschen durch wertbezogenen und wirtschaftlichen Ausgangspunkt
- Aktivierende Pflege, sodass Potenziale so lange wie möglich aufrecht erhalten werden
- Organisationen und Klubs für Senioren erweitern, die bei Aufrechterhaltung psychischer, physischer und sozialer Kompetenz stützen
- Austausch von Information bei Seniorenangelegenheiten
- Vernetzung der Seniorenbeiräte mit Politik
- „Mobil vor Stationär“¹³⁰

¹²⁸ Vgl. Garms-Homolová et al. 2009: 35 - 38

¹²⁹ Vgl. Österreichischer Städtebund 2011

¹³⁰ Österreichischer Städtebund (2008): S.2 - 5

3.1.5. Interessensvertretung: Praxis in Wien

Ein einheitlich österreichisches Interessensvertretungsmodell ist in der Literatur nicht zu finden, daher beziehe ich mich in folgender Darstellung auf Informationen der Wiener Heimkommission (WHK) und der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft:

Der österreichische Bericht der WHK (2009) gibt folgende Personen an, die sich an die Kommission wenden: BewohnerInnen, BewohnerInnenvertreterInnen, Personen des Vertrauens und Angehörige, LeiterInnen der Stelle BewohnerInnenservice, ehrenamtliche MitarbeiterInnen, Personen der Leitung von Heim und Pflegedienst und MitarbeiterInnen der Wiener Wohn- und Pflegeheime. Diese Personen wendeten sich im Rahmen der jährlich rund 170 Sprechtag an die WHK. Diese Kommission beurteilt aufgrund der Sprechtag und in Zusammenarbeit mit der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft dann, „*inwiefern die Pflege- und Betreuungskonzepte im Interesse der Bewohnerinnen und Bewohner gelebt werden.*“¹³¹ Im Rahmen der ca. 170 Sprechtag werden Anliegen angesprochen und es kann zur direkten und indirekten Bearbeitung des Problems kommen. Direkte Behebung erfolgt an Ort und Stelle durch eine/n VertreterIn der Wiener Heimkommission. Anderenfalls kommt es zu telefonischer (unbürokratischer) Behebung bzw. zur Anlage einer Akte. Im direkten und nicht direkten Fall kommt es zur Erfassung in der Statistik und Themen des Pflege- und Betreuungsstandards werden im Rahmen von Sitzungen der WHK angesprochen und weiterführende Maßnahmen werden entwickelt. Zur Kontaktaufnahme zur WHK kann es im Rahmen der Sprechtag, bei der Geschäftsstelle direkt bzw. über den Wiener PatientInnen- und Pflegeanwalt kommen.¹³²

3.1.6. Interessensvertretung im KWP

Seit 2006 entwickelte sich eine Plattform für LeiterInnen und stellvertretende LeiterInnen der Bewohnerservicestellen mit dem Ziel, Meinungen, Informationen und Erfahrungen im institutionalisierten Rahmen anzubringen.¹³³

Für den Einbezug und die Mitwirkung der BewohnerInnen sind im KWP demnach die BewohnerInnenvertreterInnen und –beirätInnen zuständig. Sie werden aus allen BewohnerInnen gewählt und durch eine Geheimwahl auf zwei Jahre lang gewählt. Die Relation von VertreterIn zu BewohnerIn beträgt eins zu fünfzig, wobei ihr Handlungsrahmen im WWPG (Wiener Wohn- und

¹³¹ Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission 2009: 9

¹³² Vgl. Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission 2009: 12f.

¹³³ Vgl. Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission 2009: 12f.

Pflegeheimgesetz) geregelt ist. Die Beziehung der Beiräte zu den BewohnerInnen und der Leitung des KWP wurde durch Widhalm (2009) bereits untersucht, allerdings im Hinblick auf gesundheitsförderliches Handeln.¹³⁴

Der Nutzen der BewohnerInnenvertretung wird durch den Bericht der WHK (2009) aufgezeigt. Dieser zeigt Mobilitätsschwierigkeiten und allgemeine körperliche und kognitive Einschränkungen im Alltag vieler HeimbewohnerInnen auf und betont daher auch die Notwendigkeit der Hilfe Dritter in diesem Zusammenhang. Als besonders schwierig gestalten sich die Autonomiebestrebungen in Bezug auf DemenzpatientInnen. Die BewohnerInnenvertretung steht auch jenen Personen zur Seite, die durch kognitive Beeinträchtigung bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen sich nicht mehr auf das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) berufen können. Dabei sollen VertreterInnen der BewohnerInnen der Negativspirale ihrer MitbewohnerInnen, in einem möglichst frühen Stadium, entgegenwirken. Der Bericht bezieht sich auf acht wesentliche Faktoren, welche den Nutzen der Tätigkeit der BewohnerInnenvertreterInnen aufzeigen: die Achtung des Rechtsschutzes der BewohnerInnen, insbesondere im Hinblick auf Bewegungsfreiheit und ähnliche Grundrechte; Verbesserung der Rahmenbedingungen und der Einsatz von Mitteln zur Hilfeleistung können aufgrund von Interventionen der BewohnerInnenvertreterInnen stattfinden; gezielte Gespräche in Bezug auf die Vermeidung freiheitsbeschränkender Maßnahmen führen beim Betreuungspersonal zu einem erhöhten Bewusstsein; reduziert einschränkender Umgang in zwischenmenschlicher Interaktion durch gezielte Bemühungen; BewohnerInnenvertretung als Sprachrohr; Weiterleitung von Anliegen an zuständige Stellen erfolgt durch die VertreterInnen der BewohnerInnen; BewohnerInnenvertretung kooperiert mit der Wiener PatientInnen- und Pflegeanwaltschaft, dem Fachbereich Sachwalterschaft und der Heimaufsicht; Gerichtliche Überprüfung der beschränkenden Situationen können durch zutun der VertreterInnen veranlasst werden und auf Verhältnismäßigkeit geprüft werden.¹³⁵

3.2. Forschungsdesign

Der Entscheidungsgrund für die Durchführung einer qualitativen Studie war, dass autonome Handlungen und Einflussmöglichkeiten von BewohnerInnen erfasst werden sollten. Dies erfolgt meist auf nicht standardisierte Weise und verfolgt oftmals nicht vorgeschriebene Wege. Das Individuum als Gestalter seiner eigenen Realität, seiner „inneren Lebenswelt“ gilt

¹³⁴ Vgl. Widhalm 2009

¹³⁵ Vgl. Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission 2009: 29f.

es zu beforschen, um Strukturen, Muster der Deutung und Abläufe fassbarer zu machen. Flick (2004) empfiehlt die qualitative Vorgehensweise insbesondere dann, wenn es sich um komplexe, unbekannte oder unübersichtliche Gegenstandsbereiche handelt.¹³⁶

3.2.1. Forschungsfragen

Die zentrale Forschungsfrage lautet: Wie erleben NutzerInnen ihre (Mit-) Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf Strukturen, Regeln und Abläufen in LTC-Einrichtungen und über welche Personen werden diese Anliegen kommuniziert? Inwiefern werden diese NutzerInnenanliegen von relevanten Anderen wahrgenommen und an andere Personen oder Professionen kommuniziert?

Folgende weiterführende Fragen bilden den weiteren inhaltlichen Rahmen dieser Arbeit:

- Welche Einflussmöglichkeiten werden NutzerInnen zugesprochen (von Heimleitung, PflegehelferInnen, SozialarbeiterInnen, Angehörigen)?
- Inwiefern haben Angehörige einen Einfluss auf Mitbestimmung bzw. Mitwirkung der NutzerInnen? D.h. Inwiefern findet eine Weiterleitung bzw. Durchsetzung der NutzerInneninteressen mithilfe der Angehörigen statt?
- Gibt es unterstützende Maßnahmen zur Förderung der NutzerInnenautonomie durch NutzerInnen, Management, PflegehelferInnen, SozialarbeiterInnen oder Angehörigen?

3.2.2. Eckdaten der methodischen Vorgehensweise

Es wurde versucht die Gesprächsführung z.T. strukturiert durch einen Leitfaden vorzugeben, damit selbe Inhalte bei jeder Interviewperson angesprochen werden. Es kam jedoch nicht zu streng strukturierten Interviews, da die Gesprächsführung den InterviewpartnerInnen selbst

¹³⁶ Vgl. Flick et al. 2004: 14 - 25

überlassen wurde und Themenblöcke, wenn nicht angesprochen, durch Nachfragetechniken bearbeitet wurden. Dabei lehnt sich die Instrumentenwahl und die Gestaltung des Interviews an das problemzentrierte Interview von Witzel an. Als Analysetool wurde u.a. aufgrund der großen erhobenen Datenmenge die Themenanalyse gewählt.

3.2.3. Erhebungsverfahren- Qualitatives Interview: Problemzentriertes Interview

Die drei Positionen: Problemorientierung, Gegenstandsbezug und Prozessfokus bilden die Basis des problemzentrierten Interviews. In der Grundposition der Problemzentrierung orientiert sich die Thematik an gesellschaftlichen Problemen, wobei objektive Bedingungen des Umfelds durch die Vorinterpretation des Interviewers bzw. der Interviewerin in den Frageprozess einfließen können. Dabei wird die subjektive Sicht der interviewten Personen in Bezug auf die Forschungsproblematik erhoben und interpretiert. Die Orientierung am Gegenstand bringt hohe Flexibilität in Bezug auf die Interviewperson, so kann das Interview eher ähnlich eines Dialoges oder einer Narration auf das Gegenüber abgestimmt verändert werden. Die Phase der Prozessorientierung erstreckt sich auf den umfassenden Forschungsablauf mit vorhergehender Vorinterpretation.¹³⁷

Das Verfahren des problemzentrierten Interviews von Witzel stützt und orientiert sich an einen Leitfaden, um Forschungsthemen bei jeder/jedem InterviewpartnerIn anzusprechen und die Erhebungen somit vergleichbar zu machen. Falls Schwierigkeiten beim Einleiten neuer Themen auftauchen, kann der Leitfaden mit bereits formulierten Fragen, den Einstieg erleichtern. Der Gesprächsleitfaden ist ein Sicherungsinstrument für die/den InterviewerIn, damit alle relevanten Forschungsbereiche angesprochen werden. Die Aufzeichnung und anschließende Transkription der Interviews, können durch Postskripte ergänzt werden um spätere „theoretische Stichproben“ zu begründen. Dies dient der Analyse des Einzelfalls, um gegensätzliche Fälle gegenüberzustellen bzw. ähnliche Daten zusammengeführt werden. Das problemzentrierte Interview wird durch die Kontaktaufnahme mit der/dem

¹³⁷ Vgl. Witzel (2000): o. S.

InterviewpartnerIn eingeleitet. Das Interview ist nun ein Mix aus erzähl- und verständnisgenerierenden Fragen. Die/ Der Befragte wird als Experte behandelt und innerhalb des „dialogisch-diskursiven Verfahrens“ des problemzentrierten Interviews sind ihr/ihm alle Möglichkeiten der Vergewisserung und Selbstkorrektur gegeben. Die/Der InterviewleiterIn hat nun die Möglichkeit, durch erzählgenerierende Kommunikationsstrategien eine allgemeine Sondierung vorzunehmen, um so individuelle Sichtweisen offenzulegen. Die spezifische Fokussierung kann nun durch Zurückspiegelung, Konfrontation oder Verständnisfragen erreicht werden. Zusammenfassend verläuft das problemzentrierte Interview, nach der Einstiegsfrage, ähnlich wie ein narratives Interview. Diese Interviewform wird durch verständnisgenerierende Fragen unterbrochen, sodass eventuelle Missverständnisse so beseitigt werden können.¹³⁸

3.2.4. Auswertungsmethode: Themenanalyse

Die Themenanalyse ist eine Auswertungsmethode, um einen Überblick im Forschungsfeld zu bekommen, die Kernaussage herauszufiltern und den Kontext zu erheben. Diese Analysemethode eignet sich nach Froschauer/ Lueger (2003) sowohl für die Systematisierung von ExpertInnenmeinungen, als auch zur Erhebung der Differenzen von Einstellungen von Personen und Gruppen. Im analytischen Verfahren ist das Ausarbeiten von Differenzen zentral, indem „*charakteristische Elemente*“¹³⁹ erarbeitet werden. In der Analysephase werden wichtige Themen, Zusammenhänge, Abfolgen und Differenzen in den Gesprächen erarbeitet. In dieser Form der Textinterpretation ist die Aufbereitung der Themen mit ihren Kernaussagen und dem jeweiligen Umfeld in dem sie auftreten zentral. Besonders wichtig war es hier, die unterschiedlichen Blickwinkel der Personen(-gruppen) in ihren Feinheiten herauszuarbeiten und den Fokus auf den manifesten Textgehalt zu richten.¹⁴⁰

Die Themenanalyse kommt besonders dann zur Anwendung, wenn eine der folgenden Voraussetzungen gegeben ist: hohe Textmenge und der Wunsch nach Übersicht; Themeninhalte, die ihren Nuancen aufbereitet und zusammenfassend dargestellt werden;

¹³⁸ Vgl. Witzel 2000: o. S.

¹³⁹ Vgl. Froschauer/ Lueger 2003: 158

¹⁴⁰ Vgl. Froschauer/ Lueger 2003: 158ff.

das Streben nach der Darstellung der Struktur von Gesprächsargumentation; später geplante Analyse der Feinstruktur oder der Systeme, hier kann die Themenanalyse zur Auswahl von Textpassagen dienen; zur Erklärung statistischer Kausalitäten dient die Themenanalyse mit typischen Textstellen; Darstellung des manifesten Inhalts bei individuellen oder kollektiven Einstellungen oder Meinungen. Die Themenanalyse beachtet weniger die Feinheiten der Weise des sprachlichen Ausdrucks, sondern eher den manifesten Gehalt der Aussagen.¹⁴¹

Diese Auswertungsmethode gliedert sich in zwei wesentliche Bereiche auf:

- Das Textreduktionsverfahren: In diesem Analyseschritt werden die Interviews in ihrer Themenvielfalt, Darstellungsart und Zusammenhängen eher zusammengefasst, als einer minutiösen Analyse unterzogen. Dabei reicht die bloße Codierung von Themengebieten jedoch nicht aus, sondern diese muss durch die repräsentativen Elemente untermauert werden. Dadurch werden Differenzen in der Themendarstellung greifbarer, ebenso hilft auch das Verständnis über den Zusammenhang der Argumentation in einem Themengebiet. Themen werden im Wesentlichen von der Forschungsfrage determiniert und geprägt. Durch Einbezug der Vielfalt an Betrachtungsweisen verdichtet sich die Zusammenfassung, dabei werden einzelne Themenstrukturen breiter aufbereitet und die Vielzahl an erhobenen Daten reduktiv zusammengeführt. Wichtig ist es hier den Bezug der einzelnen Textstellen durch den argumentativen Zusammenhang zu wahren.

Die fünf folgenden Fragen können in der Phase der Textreduktion hilfreich sein:

1. Welche Themen sind relevant und welche Textstellen repräsentieren diese Gebiete am genauesten? Diese Frage dient der Erarbeitung zentraler Gebiete und bringt inhaltliche Abgrenzung, dabei sollte dennoch der Bezug zum spezifischen Gespräch und der Situation nicht verloren gehen.
2. Wer hat wo und in welchem Zusammenhang, inwiefern etwas erwähnt bzw. was sind die Charakteristika und Zusammenhänge eines Themas?
3. In welcher Themenabfolge werden Elemente angesprochen? Dies dient zur Verknüpfung der Themen und zur Aufdeckung sozialer Beziehungen.
4. Inwiefern bestehen Differenzen im Gesprächs- und Themenvergleich? Sind diese Unterschiede zu erklären und in welchen Zusammenhang tauchen sie auf?

¹⁴¹ Vgl. Froschauer/ Lueger 2003

5. Und wie erscheinen die Themenspezifika in Verbindung mit der Forschungsfrage?
- Das Codierverfahren: In dieser Phase der Textinterpretation werden Strukturen und Zusammenhänge der Themen erarbeitet. Aus den Transkripten werden nun wesentliche Kategorien herausgearbeitet, somit wird das Thema nicht nur zusammenfassend dargestellt, sondern auch sachlich erweitert. In der Phase des empirischen Codierens ist die explizite Hypothesenformulierung nicht notwendig, da sie auch der Hypothesenexploration für spätere quantitative Überprüfung dienen kann. Das Codierverfahren gliedert sich in sechs Schritten auf:
 1. Die Erstellung von Themenkategorien, indem Textstellen durch Überbegriffe etikettiert werden.
 2. Zentrale Eigenschaften und Begriffe der Themenkategorien, sogenannte Subkategorien, werden eruiert.
 3. Themenkategorien nach Relevanz zur Forschungsfrage bzw. zum Text strukturieren und ihren internen Zusammenhang sollen offengelegt werden.
 4. Subkategorien werden nun den jeweiligen Themenkategorien zugeordnet und verknüpft, wobei das hierarchische Geflecht der Kategorien beachtet werden sollte.
 5. Das hierarchische Netzwerk der Kategorien und die Interpretation des Textes können nun zur Ableitung von Thesen, im Hinblick auf die Forschungsfrage führen.
 6. Bildung einer Theorie aufgrund von Vergleichen (auf Unterschiede und Gemeinsamkeiten) verschiedener Texte. In diesem letzten Schritt kann es zur Identifikation einer Schlüsselkategorie kommen, die in der Vielzahl der Texte auftaucht und durch die verschiedenen Subkategorien verdichtet wird.¹⁴²

3.3. Forschungsfeld

Der empirische Teil der Arbeit baut auf neunzehn problemzentrierten Interviews auf, in denen die Kommunikation der Bedürfnisse, Wünsche, Beschwerden der NutzerInnen an das Management/die Heimleitung im Mittelpunkt steht. Weiters zentral ist: Welche Personen(-

¹⁴² Froschauer&Lueger 2003: 158 - 165

gruppen) in diesen Kommunikationsprozess involviert sind und inwieweit auf diese Interessen eingegangen wird bzw. inwiefern diese bei Entscheidungen eine Rolle spielen? Ein besonderes Augenmerk wurde auf die kollektive Interessensvertretung, die BewohnerInnenbeirätInnen, gelegt. Folgende Graphik stellt die Personenkategorien der InterviewpartnerInnen dar:

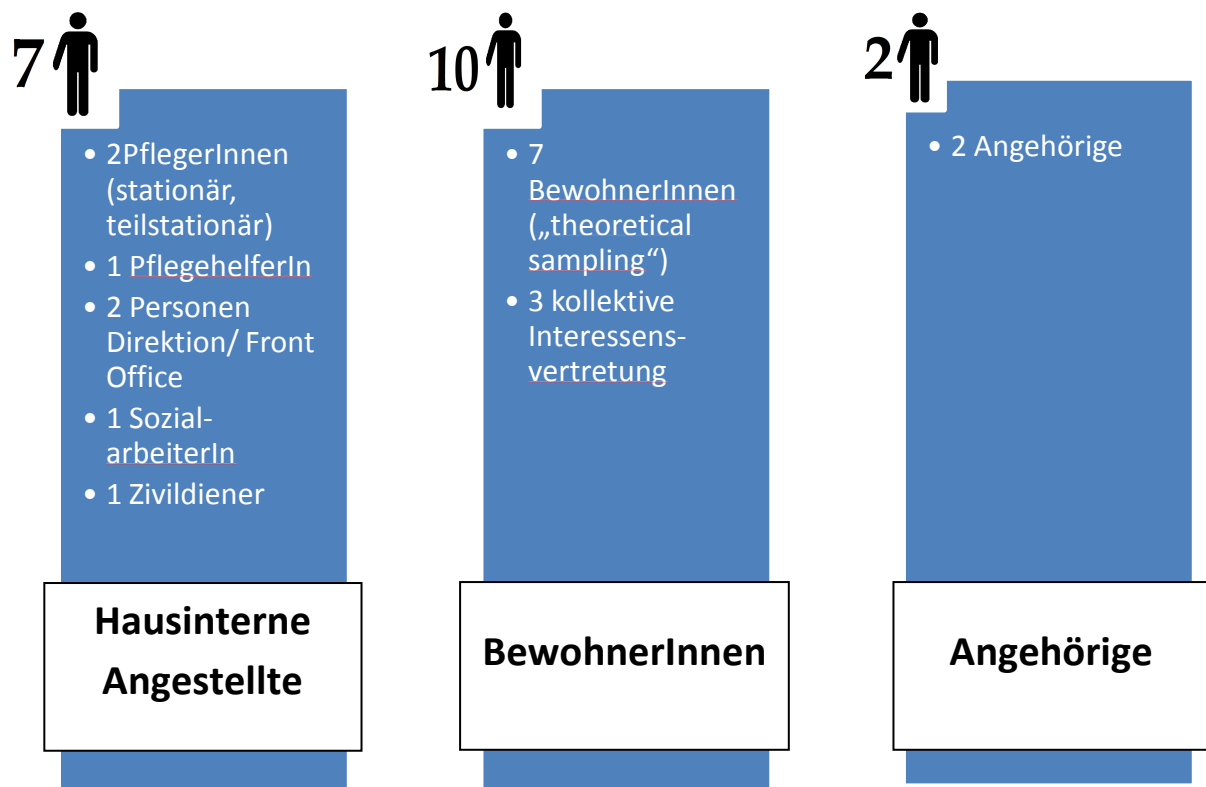


Abbildung 5: Darstellung der InterviewpartnerInnen

Es wurden sieben BewohnerInnen befragt, die nach dem „theoretical sampling“ ausgewählt werden. Die Grundidee war dabei die Annahme, dass NutzerInnen in unterschiedlichsten Verhältnissen zur Heimleitung, zu Angehörigen, Vertrauenspersonen, zur Pflege und zu Personen die Teil der Einrichtung, jedoch nicht Teil des Managements sind, verschieden wahrgenommen und in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Deshalb werden sowohl BewohnerInnen einbezogen, die nach Angaben der Heimleitung eine gute Beziehung zum Management pflegen und jene die gar nicht oder nur sehr selten im Interviewprozess erwähnt wurden.

Das „theoretical sampling“ erfolgte nach folgenden Gesichtspunkten bzw. folgender Differenzierung: Aufenthaltsdauer (d.h. Kenntnis von Personal und Strukturen), Mobilität, Beziehung zur Heimleitung (gute vs. problematische Beziehung), Angehörigenpräsenz, Beziehung zu SozialarbeiterInnen bzw. PflegehelferInnen (gute vs. problematische Beziehung zu diesen Personen, die nicht im Management sind), Integration in die Heimgemeinschaft (Netzwerke, wie z.B. Teilnahme an Ausflügen, Bastelgruppe, etc.), selbsteingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand und nach Selbstvertretungsfähigkeit. Zu beachten ist, dass sowohl männliche als auch weibliche Personen befragt wurden, wobei der Anteil der weiblichen InterviewpartnerInnen um ein vielfaches höher war. Diese Tatsache geht aus der vorliegenden Datenlage der geschlechtlichen und altersspezifischen Struktur der institutionellen BewohnerInnen hervor.

Das Inklusionskriterium für BewohnerInnen war, dass sie keine zu großen Defizite im kognitiven Bereich aufweisen. In LTC-Einrichtungen ist ein hoher Anteil der BewohnerInnen dementiell erkrankt oder leidet an Alzheimer, blendet man diese Gruppe nun in der Erhebung aus, so entsteht ein verzerrtes Bild der Gesamtheit der NutzerInnen. Interviews mit diesen BewohnerInnen sind zwar möglich, gestalten sich jedoch schwieriger, je weiter die Erkrankung fortgeschritten ist. Der Aufbau der Interviews bei NutzerInnen, bei denen die Sprache durch bloße Lautverständigung bzw. Gestik/Mimik erfolgt oder Personen, die unter Halluzination und fortgeschrittener Verwirrung leiden, müsste hier verändert werden. Diese Personen werden nicht befragt, da die Personen eine andere Interviewsituation benötigen würden und die Informationen durch andere Auswertungsmethodik bearbeitet werden müsste. Ebenfalls stellt sich die Frage nach der Nachvollziehbarkeit des Gesagten bzw. der Reaktion und dessen Vergleichbarkeit mit den anderen empirischen Ergebnissen, sodass Interviewpersonen mit fortgeschrittener Demenz, in dieser Diplomarbeit nicht als InformationspartnerInnen dienen.

Drei Interviews wurden mit VertreterInnen der kollektiven Interessensvertretung geführt, inwiefern diese ihre eigenen Bedürfnisse kommunizieren und wie sich das Verhältnis und der Informationsfluss mit NutzerInnen und deren Anliegen gestalten. Ebenso wurde hier der Kommunikationsweg zum Management beleuchtet. Im Anhang findet sich hierzu der NutzerInneninterviewleitfaden mit Zusatzfragen.

Folgend wurden zwei Interviews mit PflegerInnen und ein Gespräch mit einer Pflegehelferin durchgeführt. Eine Pflegeperson ist sowohl im stationären Bereich und in den Stockwerken der Apartments tätig. Die andere Pflegeperson ist Teil der teilstationären und stationären Betreuung. Die PflegehelferIn ist ebenso im teilstationären und stationären Bereich tätig. Ein Interview wurde mit der Sozialarbeiterin geführt, die zugleich auch ehrenamtliche Koordinatorin des Hauses Jedlersdorf ist. Darüber hinaus wurde noch ein Zivildienstler relativ kurz zur Mitbestimmung der BewohnerInnen befragt.

Zwei Interviews fanden mit Angehörigen statt, darunter ein männlicher und eine weibliche InterviewpartnerIn. Der Interviewleitfaden der Pflegepersonen und der Angehörigen findet sich ebenso im Anhang unter „Interviewleitfaden relevante Andere“ wieder.

Der Direktor und eine Vertreterin des Front Office traten ebenfalls in den Fokus der qualitativen Befragung. Der Interviewleitfaden für den Direktor findet sich im Anhang unter „Interviewleitfaden ExpertIn“ und der Leitfaden des Front Desks ist unter der Anlage „Interviewleitfaden relevante Andere“ zu finden.

3.4. Umfeld und Kontaktaufnahme

3.4.1. Pensionistenwohnhaus- KWP Häuser zum Leben

Im Jahr 1960 wurde das Kuratorium Wiener PensionistInnenheime gegründet, wobei das erste Wohnhaus, drei Jahre nach Eröffnung, im zweiundzwanzigsten Bezirk eröffnete. 1984 eröffnete dann zeitgleich mit dem Haus Mariahilf das Haus Jedlersdorf im einundzwanzigsten Bezirk. 2011 existieren also einunddreißig Häuser des KWP, in denen rund 9.400 PensionistInnen untergebracht sind.¹⁴³

Die Anfrage im Vorfeld erfolgte per Mail an die zuständige Stelle des Kuratoriums Wiener PensionistInnen. Die erste Kontaktaufnahme mit den InterviewpartnerInnen erfolgte durch den Heimleiter eines KWP-Hauses. Der Zweck der Forschung und die Einführung in die Untersuchungsthematik wurden dann vor dem Interview, bei dem tatsächlichen Kontakt mit

¹⁴³ Vgl. www.kwp.at/geschichte (Stand 20.01.2011); o. S.

der interviewten Person, geklärt. Durch die kooperative Zusammenarbeit der Heimleitung war eine reibungslose Abfolge der Interviews kein Problem.

3.4.2. Empirische Datenerhebung in einem Pensionistenwohnhaus des KWP

Das Haus erstreckt sich über mehrere Stockwerke, in denen rund 300 SeniorInnen untergebracht sind. Das Haus verfügt sowohl über einen Apartmentbereich, eine teilstationäre und eine stationäre Einrichtung. Sobald man das Haus betritt befindet sich rechterhand die Rezeption (Front Desk), es bieten sich darüber hinaus Aufenthalts- und Sitzmöglichkeiten im Eingangsbereich, die Speiseräumlichkeiten sind ebenso ebenerdig angesiedelt. Der letzte Stock bietet stationäre Betreuung für BewohnerInnen, die in ihren psychischen und physischen Fähigkeiten stark eingeschränkt sind. Weiter unten befindet sich der teilstationäre Bereich, wobei hier meist zwei BewohnerInnen ein Zimmer teilen. In den restlichen Stöcken findet sich der Apartmentbereich wieder. Die Erhebungen fanden überwiegend in einem PensionistInnenwohnhaus statt und so gilt dieses Haus bloß als Beispiel, also als „case study“, aus dem reichhaltigen Angebot der Häuser des KWP.

3.5. Auswertung

Durch die Auswertung kam die Untersuchung auf acht große Themen, die sich in mehrere Unterkapitel aufteilen. Die Hauptthemen mit ihren Unterkapiteln sind absichtlich nicht nummeriert, da man dadurch eine Reihung oder Relevanzgewichtung vermeiden wollte.

3.5.1. Altersstruktur

Die BewohnerInnen der PensionistenInnenwohnhäuser sind meist hochaltrige Personen, beachtet man die Aussagen folgenden Interviews:

„....dass wir uns in einer Altersstruktur bewegen, wo ein Drittel über 90 ist und der Rest auch schon mindestens über 70 ist, also mindestens, was eh relativ niedrig gegriffen ist, d.h. wir bewegen uns in einer Altersstruktur, die jetzt das Rad net neu erfinden will: die genau weiß, dass sie A-wo sie sich jetzt befindet, der letzte Lebensabschnitt ist, in dem sie sich befinden.“¹⁴⁴

Ein Bewohner bringt die Altersverteilung der BewohnerInnen durch ein Gespräch auf den Punkt:

„....wenn i do mit de Leut red und sog: „Ja sag amal Herrschaften, derf i frogn wia olt sans, net?“ „Fünfunfachtzig bin i.“ Na? „Na, i kamma no alles selber machen, i bleib zhaus.“ Sog i:

¹⁴⁴ Vgl. Interview Admin1: 3

„DANN BRAUCH MA IHNEN NIMMA DA IM HAUS.“ Sog i: „Mia sind ja selbstständig, sog i,....“¹⁴⁵

Mit eben genannten Interviewauszug wird vielleicht klarer, dass potenzielle BewohnerInnen erst in die Institution gehen, wenn das Leben in den eigenen vier Wänden nicht mehr möglich scheint. Dieser Bewohner hat nicht nur mit den Betroffenen direkt gesprochen, sondern seine Anregungen auch bei den BewohnerInnenbeirätInnen deponiert. Eine andere BewohnerIn bedauert das frühe Versterben der Neuankömmlinge, sodass ein innigerer Kontakt mit diesen Personen meist erfolglos bleibt.

Eine Pflegeperson des stationären Bereiches teilte die BewohnerInnen eines PensionistInnenwohnhauses in drei Gruppen: BewohnerInnen, die klar sind; leicht demente Personen und sehr stark desorientierte alte Menschen. Diese Einteilung erfolgte aufgrund der Komponenten Orientierung, Selbstorganisationspotenzial und Selbstpflegemöglichkeiten, Unterstützungsnotwendigkeit und Kommunikationsfähigkeit.

- Gemeinsame Werte/Regeln/Normen

Die Wichtigkeit bestimmter Aktivitäten bzw. die Wertschätzung für spezielle Angebote erfolgt meist über gemeinsame Werte bzw. körperliche Bedürfnisse, so beschwert sich ein Bewohner:

„Mia tuan morgen feiern, de solln die Hörgeräte daham lassen, sog erner und die Ohropax mit nehma, dass amal, und sitzn bleibn wenn das Essen kommt, des is ja a Beleidigung“ Des Haus gibt so viel Geld aus und macht etwas, net? Die Küche ist unhamlich guat bei uns, net? Der Koch ist super und rühmt sich auf des. Die sand, de schätzen des gor net. Des is erner gor net bewusst, wos hobn.“¹⁴⁶

Dieser Bewohner bemängelt die Tischmanieren seiner MitbewohnerInnen und ist der Meinung, dass die institutionellen Angebote zu gering geschätzt werden. Somit geht er direkt zu den UrsacherInnen seiner Verärgerung und verleiht seinem Ärgernis Ausdruck.

¹⁴⁵ Vgl. Interview Bew3: 2

¹⁴⁶ Vgl. Interview Bew3: 3

Auch beim Auszugswunsch aus der Institution mancher BewohnerInnen, reagieren andere gereizt:

„....raunzt: „Das Haus gehört schon niedergerissen“, sagt sie. sage ich: „Gib eine Ruhe, sei froh, dass du da bist.“¹⁴⁷

Nicht alle gemeinsamen Werte und Normen werden durch die BewohnerInnen direkt angesprochen und so bleibt es oft bei einer indirekten, öffentlichen Kritik, die für jedermann zu hören ist:

„Na da werde ich narrisch. Da fange ich schon im Speisesaal zum narrisch werden an, da fange ich zum schimpfen an, dass es schon alle hören.“¹⁴⁸

Die Hilfe der BewohnerInnen untereinander, verstehen sie als Freundschafts- oder Gemeinschaftsdienst.

- Demenz

„Also Autonomie ist oft vom Grad des geistigen Zustands abhängig. Je mehr der geistige Zustand abbaut, je höher die Demenz, würde ich sagen, desto weniger Autonomie haben sie. Und die Autonomie, was die Leute machen wollen, wird auch nicht erkannt, weil sich die Leute nicht ausdrücken können.“¹⁴⁹

Dieser Interviewauszug aus dem Gespräch mit einer stationären Pflegekraft zeigt deutlich, dass die Durchsetzung der Autonomie, nach Verständnis der Interviewpartnerin, gewisse geistige Aktivitäten voraussetzt und die Autonomie auch zum Ausdruck gebracht werden muss. Demenz beeinflusst die Komponenten „geistiger Zustand“ und „Kommunikation“ erheblich. Ist die Kommunikation mit den BewohnerInnen nicht mehr möglich, betont das Betreuungspersonal die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit mit den Angehörigen.

Demenz hängt stark mit der (geistigen) Orientierung einer Person zusammen und ist dann gegeben, wenn das Betreuungspersonal das Gefühl hat, dass die Personen *„nicht mehr über sich entscheiden können bzw. sie selber ihren Alltag nicht mehr gestalten können und dann,*

¹⁴⁷ Vgl. Interview Bew7: 4

¹⁴⁸ Vgl. Interview IV3: 4

¹⁴⁹ Vgl. Interview Pflege1: 4

wenn sie auch sehr desorientiert sind.“ Kognitive Einschränkungen werden von allen Personengruppen im PensionistInnenhaus wahrgenommen und sehr häufig wird damit wie folgt umgegangen:

„D.h. es ist nahezu ausgeschlossen, dass jemand mit einer folgenreichen kognitiven Erkrankung, Demenz, Alzheimer oder eine Form der Demenz- Alzheimer. Was des betrifft ist es ja nahezu ausgeschlossen, dass jemand einzieht, der kognitiv soweit eingeschränkt ist, dass es in Wahrheit ja eh wurscht is ob er mitbestimmt, weil er es im Endeffekt ja gar nicht mehr mitbekommt, ob er mitbestimmt, ja? (...)Wenn sich jemand gerade im Jahr 1944 befindet und des die ganze Zeit, dann ist die Frage der Mitbestimmung eine sehr diffizile.“¹⁵⁰

Die Demenz anderer BewohnerInnen fällt auch BewohnerInnen auf und wird begleitet von dem Bewusstsein, auch einmal so zu werden:

„Wir werdn vielleicht alle so amal, kommt a Frau rein und sagt, auch hier im zweiten Stock-betreutes Wohnen, „Es is (.) neunzehn Uhr“, i tu ja nix dergleichen, weil i hob ja des hörn wollen, net was die. Die kommt dann her zu mir und sagt: „Herr M es is neunzehn Uhr.“ Sag i: „ Frau N, was wollns damit sogn?“, „Sie müssn da weg, Sie müssn da Platz machen, die Schwester kommt mim Frühstück.“ Sag i: „Frau N, es is neunzehn Uhr, abends.“ „So?“ Naja, hat die das verwechselt mit früh und abends. Meine Tischpartnerin vis-a-vis, (klopft auf Holz) i tus net, vielleicht wird ichs morgn genauso auch schon wie sie, sagts: „Wir ham dort gwohnt und da hab i jeden Tag den Kaiser vorbeifahrn gesehen.“ (..) Sag i: „P, der Kaiser is meines Achters gestorben.“¹⁵¹

Die vorhergehende Erzählung zeigt, dass z.T. orientierungsgehemmte Personen mit geistig klaren Personen zusammenstoßen, wobei die zweite Personengruppe dann versucht zur Orientierung zu verhelfen. Dabei empfinden orientierte Personen den tagtäglichen Kontakt mit dementen Mitmenschen teilweise als „zermürend“ und sagen: *„i waß net obst das immer so durchhaltst, immer dasselbe.“*

Demente Personen erregen oft Ärger bei anderen BewohnerInnen, diese nehmen die dementen KlientInnen als „nicht normal“ wahr, nehmen diese „Abnormalität“ aber in Kauf um in dieser Einrichtung/ in diesem Haus zu leben. Allerdings spricht auch diese

¹⁵⁰ Vgl. Interview Admin1: 4

¹⁵¹ Vgl. Interview Bew1: 2

InterviewpartnerIn von den Wiederholungen der dementen Patienten, denen man nur schwer ausweichen kann:

„Also wie die schon gekommen is, hab ich mir manches mal gedenkt `die is ja net normal`, na wirklich, jo? Bittschön, die Menschen san verschieden, ja? Des muss ma im Kauf nehmen, wenn ma in einer Gemeinschaft is. Das is ja so wie in einem Haus, wie in einem Wohnhaus, bittschön, da macht ma die Tür zu und denkt sich `hob mi gern`, net? Das kann i da net machen, net? Das wiederholt sich ja immer, ununterbrochen, net? Ich mein auch wenn sie spazieren geht, trifft man sie ja auch, das is halt so, kann man nix machen.“¹⁵²

- teilstationärer Bereich

Der teilstationäre Bereich ist dadurch geprägt, dass sich zwei Personen ein Zimmer teilen, dies bringt oftmals Konflikte mit sich. In diesem Fall wird versucht durch die Interessen bzw. den Entwicklungsstand der Personen eine Übereinstimmung im Vorfeld zu schaffen, sodass möglichst „gut miteinander harmonisierende“ Persönlichkeiten zusammengelegt werden. Eine Pflegerin des teilstationären Bereiches beschreibt diesen Prozess:

„wir kennen unsere Leute und ich weiß was sie für ein Problem gehabt hat, zu welcher würde passen, dass sie sich gut fühlt und wir wissen auch die andere wo wir verlegen, würde sich mit verlegte Person zusammenpassen?“¹⁵³

Im Falle, dass die Einschätzung der PflegerInnen falsch war, folgt das Team der Frage: „Was probier ma jetzt?“

Ein Angehöriger beschreibt die Wohnsituation seiner Mutter:

„....meine Mama ist jetzt in dem vorletzten Stock und hat eine Zimmerkollegin, die ist 97, die san zu zweit. Meine Mama ist 90 und die andere ist 97 und die san ja a Koarl, weil die streiten sich die ganze Zeit (lacht). Die eine wirft der anderen vor, dass sie sich nix merkt, meine Mama hat Alzheimer,....“¹⁵⁴

¹⁵² Vgl. Interview Bew6: 3

¹⁵³ Vgl. Pflege2: 2

¹⁵⁴ Vgl. Interview Ang2: 1

Der Angehörige sieht die Unstimmigkeiten der BewohnerIn mit ihrer Zimmerkollegin als belustigend an und regiert darauf nicht mit weiterführenden Maßnahmen.

BewohnerInnen des teilstationären Bereiches bemängeln teilweise die baulichen Gegebenheiten der gemeinsamen Sanitäranlage und so meinen mehrere Bewohnerinnen:

„Zu beanstanden hab i das Klo und die Waschgelegenheit, dass man die Dusch- gemeinsam hat mit der Nachbarin, des is a bissl (.) wie soll i sagen. Aber bitte, mit ihr komm i guat aus, wirklich, wirklich. Man kann halt nie ungeniert einfach hineingehen,ob es behebbar is oder, aber i waß es is nicht behebbar, aber wirklich es stört einem wirklich. Das sollen sie sich halt merken, wenn sie wieder was bauen, dass ma ein eigenes hat. Aber bitte es is nicht zum ändern, auf jeden Fall.“¹⁵⁵

„mir selber passt auch nix, z.B., dass grade auf der großen Toilette, die neben dem Speisesaal ist, ist kein Lüfter, net, dass passt mir nicht, das wird wahrscheinlich anderen auch nicht passen, aber es hat mir noch niemand gesagt.“¹⁵⁶

Anscheinend hat die Bewohnerin noch nie versucht diesen Wunsch zu äußern bzw. ist sie auf unklare Antworten gestoßen, da sie nicht weiß ob dieses Problem behebbar ist bzw. scheint sie resigniert bevor überhaupt eine Handlung ihrerseits gesetzt wurde. Eine Pflegeperson äußert sich zu baulichen Wünschen der BewohnerInne, wie folgt:

„Wos denn? I kann net umbauen, das können wir nicht....“¹⁵⁷

Eine „Komplettbetreuung“, ähnlich wie im stationären Bereich, der BewohnerInnen des teilstationären Bereiches ist durch Anruf bzw. persönliche Aufforderung der Alten Menschen oder ihrer Angehörigen möglich, soweit ein gewisses Maß an Autonomie gegeben ist.

- stationärer Bereich

Die meisten Personen mit fortgeschrittener Demenz sind in den PensionistInnenwohnhäusern im teilstationären bzw. stationären Bereich untergebracht,

¹⁵⁵ Vgl. Interview Bew7: 1

¹⁵⁶ Vgl. Interview IV2: 1

¹⁵⁷ Vgl. Interview Pflege3: 10

hier findet durch nahezu alle Befragte eine klare Abgrenzung zum „Rest“ des Hauses statt. So muss man den

„.....stationären Bereich ein bissl unabhängig vom Haus betrachten, weil das ist eine ganz andere Art....weil es einfach darum geht die normalen Tätigkeiten des täglichen Lebens....selbst zu machen oder das wird vom Pflegepersonal auch teilweise durchgeführt und im Apartment ist das ja was anderes, da ist ein gewisses Maß an doch mehr Autonomie da, ja?“ D.h. man kann nur versuchen solche Rahmenbedingungen zu schaffen, dass sie sich auch wohlfühlen würden, wenn sie unter Umständen, gewisse Dinge beeinflussen könnten, ja?¹⁵⁸

D.h. Personen die im Kontakt mit BewohnerInnen stehen, versuchen nach besten Wissen und Gewissen zu handeln um Rahmenbedingungen zu schaffen, die nach ihrer Einschätzung im Sinne der KlientInnen sind. Diese im stationären Bereich wohnenden Personen stehen meist mit Angehörigen, PflegerInnen, PflegehelferInnen, administrativen VertreterInnen des Hauses und SachwalterIn in Kontakt, wobei dieser Kontakt meist den genannten Personen (-gruppen) ausgeht. Da der Kontakt mit der/dem SachwalterIn meist kein intensiver ist, ist die Verbindung dieser meist einseitigen Kontaktverhältnisse, schmaler dargestellt.

¹⁵⁸ Vgl. interview Admin2: 10

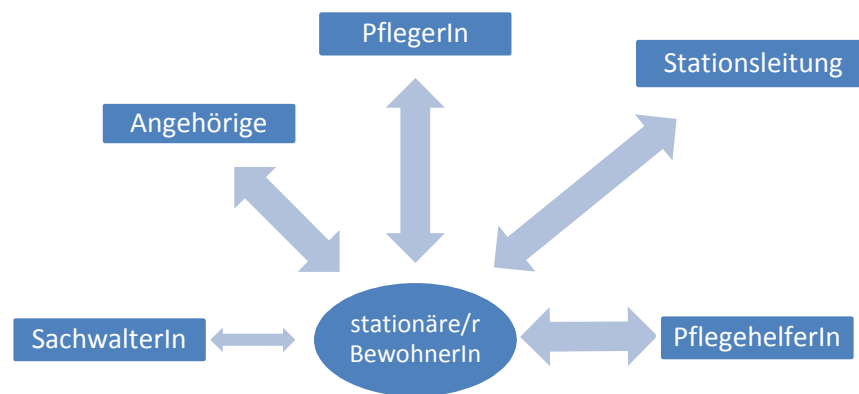


Abbildung 6: Kontakt stationärer BewohnerInnen

„Willensäußerungen Kund zu tun: Da ist erste Anlaufstelle die Stationsleitung bzw. die zuständige Pflegeperson, aber wenn da das Gefühl vorhanden ist, dass da nix wahrgenommen wird, gibt’s da auch uns z.B. die Sozialarbeiterin oder die Psychologin im Haus, die da auch Ansprechpartnerin ist.“¹⁵⁹

Hier beschreibt die Sozialarbeiterin auch die Pflegepersonen als erste Anlaufstelle bei Beschwerden oder Anregungen seitens der stationären BewohnerInnen. SozialarbeiterIn und PsychologIn fühlen sich besonders bei Nichtbearbeitung der Wünsche als AnsprechpartnerIn.

3.5.2. Persönliche Komponente

Aus den Interviews mit den verschiedensten Personen geht hervor, dass die Persönlichkeit der BewohnerInnen einen Einfluss auf die aktive Teilnahme bzw. Mitbestimmung innerhalb der Institution PensionistInnenwohnhaus haben kann. So sieht eine Person der Administration dies etwa so:

„Ich glaube, dass sehr viele einfach wohnen, ohne an Entscheidungen teilhaben zu wollen, anderen ist es wiederum sehr wichtig, dass sie Teil einer Institution sind, wo sie die Möglichkeit haben, mitzubestimmen und jede Sekunde sich dazu bereit erklären:

¹⁵⁹ Vgl. Interview SZA: 2

Bewohnerbeiräte zu werden, z.B.. Weil das ist ja auch eine gewisse Aufgabe, man muss zu dem hin gehen, man muss den fragen: Was hat er für Wünsche, Beschwerden und Anregungen, fühlt er sich wohl, ob das alles funktioniert? Das sind diejenigen, die daran teilnehmen wollen, die auch Entscheidungen mit beeinflussen zu wollen.“¹⁶⁰

Die Persönlichkeit spielt sowohl bei zwischenmenschlichen Komponenten im Zusammenleben eine Rolle, wie auch nach Ansicht einer administrativen Leitung bei den Einfluss auf Speisen:

„also zuerst einmal das Essen, wobei des halt sehr subjektiv ist, das Essen, dem einen schmeckts, dem anderen schmeckt’s net, dem einen ist zu wenig gesalzen, dem anderen zu viel.“¹⁶¹

Pflegepersonen beschwerten sich über den Egoismus mancher BewohnerInnen, beim Durchsetzen verschiedenster Wünsche. So verhindern manche durch egozentrische Denkweise das harmonische Leben in der Gemeinschaft, egoistische Personen werden durch individuelle Gespräche bei Pflegenden wie folgt beruhigt:

„versuchen zu schlichten bei denen die sich aufregen, versuchen schon zu schlichten....“¹⁶²

3.5.3. Entscheidungsspielraum

- Vorfeld

Das Vorfeld kennzeichnet sich durch die Zeitspanne, die vor dem tatsächlichen Leben im PensionistInnenwohnhaus passiert, dabei wird hier zwischen der Zeit vor dem Einzug und der Probezeit, in den ersten vier Wochen nach Einzug, unterschieden.

- Vor Einzug

¹⁶⁰ Vgl. Interview Admin2: 2

¹⁶¹ Vgl. Interview Admin2: 7

¹⁶² Vgl. Interview Pflege3: 9

Um die Möglichkeit zur freien Wahl wahrnehmen zu können, muss das Bewusstsein darüber gegeben sein. Nötige Informationen, die eine freie Entscheidung ermöglichen sind im Vorfeld einzuholen. Dies bedeutet für einen Vertreter der Administration:

„Nehme ich die Möglichkeit zur Partizipation, das ..(Heimwahl)..beeinflussen zu können wahr, indem ich mich rechtzeitig anmelde, dann habe ich die freie Wahlmöglichkeit. Wenn ich mich erst mit 86 anmelde und innerhalb der nächsten 6 Monate einziehen möchte, dann habe ich diese Möglichkeit nicht, das stimmt. Dann muss ich entweder das nehmen was frei ist oder ich muss warten bis ich 98 bin, z.B. Das ist nur ein wuchtiges Beispiel, ja? Aber grundsätzlich habe ich die Möglichkeit zu entscheiden wohin ich möchte, wenn ich mich rechtzeitig drum kümmere.“¹⁶³

Durch den frühen Erwerb von Informationen über Alterseinrichtungen und die zeitgerechte Anmeldung, folgt eine freie Entscheidung zu frühem Zeitpunkt.

Doch meist fällt die Wahl für ein PensionistInnenwohnhaus aus einer Akutsituation heraus, dies beschreibt ein Angehöriger so:

„Eigentlich war es so eine Akutsituation, du musst die binnen 14 Tagen wo unterbringen, wird das andere nebensächlicher und da kommst dann erst so drauf- da hängen neben dem Aufzug die Monatspläne: Aha, da ist jeden Tag immer irgendwas, da gibt's immer was. Dann bist immer drauf, das ist dann ein Plus, aber nicht ausschlaggebend, weil wir irgendwie nur am schauen waren, dass es vom Ambiente und vom Gefühl her, nicht ganz grauslich ist. Wenn die da keine Freiheiten, wie bei einem neuen Job, jetzt habe ich mal das und suche mir dann mal was anderes.“¹⁶⁴

D.h. die Autonomie innerhalb der institutionellen Strukturen spielen erst nach der nach Bewältigung der Akutsituation eine Rolle.

- **Einzug-Probezeit**

Das spätere Vorfeld, vor dem tatsächlichen Leben in der Institution, ist durch die vierwöchige Einzugsphase gegeben. Hier wird die/der BewohnerIn durch ein Patensystem,

¹⁶³ Vgl. Interview Admin1: 1

¹⁶⁴ Vgl. Interview Ang1: 6

vertreten durch das interdisziplinäre Team, begleitet und unterstützt. In dieser Phase wählen die BewohnerInnen meist höhere Stellen als AnsprechpartnerIn, der durch einen administrativen Mitarbeiter so beschrieben wird:

„Also grundsätzlich kommen’s, wenn sie neu einziehen, kommen sie zu den höher verantwortlichen Personen, dann kommen sie auch zu mir und sagen: „Können Sie das oder das machen: Markisen anbringen, was auch immer.“ Ja?...Also es ist nur Teil des normalen Ablaufs, wenn sich das ein bisschen eingespielt hat, auch diese Begleitung der neuen Bewohner, die wir ja haben.“¹⁶⁵

Eingangs wird ein Informationsgespräch mit einer/einem SozialarbeiterIn und der/dem BewohnerIn geführt, wobei dieses Gespräch durch *„kurze Zeit und relativ viele Informationen“* gekennzeichnet ist. Zusätzlich werden Hausführung und Unterlagen zur Verfügung gestellt. In dieser Phase:

„da krieg ich die Information: wo gehe hin, wenn irgendetwas nicht funktioniert, ja? Dadurch, dass es ein bissl noch verstärkt ist mit dem, dass hier jemanden zur Seite gestellt ist, habe ich schon mal da die Möglichkeit: Habe ich mir nicht alles gemerkt, was von mir erwartet wird, was ich tue, wenn irgendetwas auftritt, habe ich eine Ansprechperson- zu der gehe ich und die verteilt das.“¹⁶⁶

Somit gibt es bereits vorgegebene Ansprechpersonen, welche die Eingliederung ins Haus erleichtern, wobei hier die Erwartung an die/den BewohnerIn erfüllt werden muss, sich all diese Informationen in kurzer Zeit zu merken. Die Unterstützung durch EinzugsbegleiterInnen wird folgend beschrieben:

„Der Neueinzugsbegleiter, der ihnen einmal in der Woche alles zeigt und ein Gespräch hat, ob sie sich zu Recht finden und dann sieht man schon: braucht der länger? Braucht der mehr? Oder was ist überhaupt los.“¹⁶⁷

Die Einzugsbegleitung dient der verbesserten Eingliederung der BewohnerInnen in die institutionellen Strukturen und zur Rückmeldung an zuständige Stellen, inwiefern und in welchem Bereich der Neuankömmling noch Unterstützung benötigt.

¹⁶⁵ Vgl. Interview Admin2: 2

¹⁶⁶ Vgl. Interview Bew5: 1

¹⁶⁷ Vgl. Interview Pflege3: 10

Auch MitbewohnerInnen von Neuankömmlingen fühlen sich oft dazu verpflichtet, diesen in der ersten Phase durch Rat und Tat, besonders im Speisesaal, zu unterstützen. Eine BewohnerIn verweist jedoch darauf, dass man „des machen kann für a poar Tag und dann muss er selbstständig werden.“ D.h. der neue BewohnerIn wird mit vor dem Hintergrund bzw. dem Ziel eingeführt, dass sie/er selbstständig Aufgaben erledigen kann.

- Wahlmöglichkeit

Die Wahlmöglichkeit in eine Einrichtung zu gehen, dort zu bestimmten Zeiten zu essen, schlafen zu gehen, sich Animationsangeboten zu widmen und das eigene Apartment individuell zu gestalten wird bei allen Gesprächspartnern wahrgenommen und angesprochen. Eine Vertretung des administrativen Bereiches des PensionistInnenwohnhauses sieht dies so:

„Grundsätzlich passiert Partizipation schon vor dem Einzug, na? Das heißt, ich habe schon mal die Wahlmöglichkeit: Wo gehe ich hin? Was mache ich? Das ist schon mal meine eigene Entscheidung, dass ich niemanden aufopfere, wohin er geht. Sondern ich habe die Möglichkeit, mir auszusuchen, wohin ich gehe.“¹⁶⁸

Um diese Wahlmöglichkeit ausüben zu können, ist die Beschäftigung mit der Thematik und das Einholen von Information im Vorfeld notwendig. Die individuellen Umgestaltungsmöglichkeiten im eigenen Apartment reichen nun von dem Streichen der Wände bis hin zur baulichen Veränderung der Sanitäranlagen. Die zeitliche Flexibilität der Essenzeiten wird auch durch folgende Aussage einer stationären Pflegekraft unterlegt:

„das wünsche ich mir und das ist direkt kurz vor dem Mittagessen und dann kommt das Shop-System und jede kriegt was sie will eigentlich....wenn nicht jetzt dann wird zur Seite gestellt und später aufgewärmt.“¹⁶⁹

Die Flexibilität besteht hier auch in Bezug auf die Wahl der Mahlzeit mittels Shop-System.

¹⁶⁸ Vgl. Interview Admin1: 2

¹⁶⁹ Vgl. Interview Pflege2: 3

Viele Betreuungspersonen geben an, dass die BewohnerInnen „immer die Möglichkeit zur Einflussnahme haben.“ Richtiger wäre es hier zu sagen, dass sie die Möglichkeit zur Wahl haben, da sie innerhalb der Wahlmöglichkeiten „frei“ wählen können.

Die zeitliche Flexibilität ist nicht nur im Bereich der Essenszeiten gegeben, sondern auch durch die Wahlmöglichkeit an Beschäftigungen teilnehmen zu können oder aber diese Teilnahme zu verweigern.

„Also die können schon mitbestimmen, bei dem was sie essen wollen, wie der Tag aussieht, ob die an der Lebensqualität teilnehmen wollen, ob zur Singgruppe gehen wollen oder Musikgruppe gehen wollen, die haben immer die Möglichkeit: „nein“ zu sagen....“¹⁷⁰

Das Angebot ist, nach der Aussage der stationären Pflegekraft, vorhanden, allerdings gibt es für die BewohnerInnen die Möglichkeit innerhalb der Angebote zu wählen oder diese zu verweigern.

- Gefühl der Mitbestimmung

„Es gibt ihnen ein Gefühl des Mitbestimmens, ja? Ich weiß, wo ich hingehen muss, wenn ich einen Wunsch oder eine Beschwerde deponieren möchte. Kann das sagen und hoff, dass es das nächste Mal anderes ist. Ist ein Teil der Mitbestimmung, ja? Ob dann wirklich was geändert wurde, das ist, das würde dann wieder in die Kontrollfunktion gehen, d.h. man muss in Wahrheit in die Kontrollbestimmung gehen, in Wahrheit bei einer Mitbestimmung, muss ich danach ja evaluieren, ob ich wirklich Teil dieser Mitbestimmung war und das wirklich Gewicht gehabt hat, ja?“¹⁷¹

Das Gefühl mitbestimmen zu können ist nach folgender Aussage dadurch gegeben, dass das Wissen über Kommunikationswege bzw. Zuständigkeitsbereiche besteht. Allerdings unterscheidet der Interviewpartner klar zwischen diesem Gefühl und der tatsächlichen Mitbestimmung, die eine Evaluationsphase nach sich ziehen müsste. D.h. inwiefern Wünsche und Beschwerden zu einer tatsächlichen Änderung geführt haben, kann nur dadurch festgestellt werden, indem danach die Veränderung für das Individuum sichtbar wird. Das

¹⁷⁰ Vgl. Interview Pflege1: 1

¹⁷¹ Vgl. Interview Admin1: 3

Gefühl von Mitbestimmung kann bereits durch die Mitsprache bzw. Ansprache bei der richtigen zuständigen Stelle gegeben sein.

Das Gefühl der Mitbestimmung ist nach Einschätzung der Administration auch besonders in den „objektiven Bereichen“ der Mülltrennung und dem einhalten der Regeln in der Waschküche gegeben. Hier wird die Zustimmung zur Mitbestimmung auch von „höherer Stelle“ gesehen, indem der Direktor direkt darauf, wie folgt, reagiert:

„Da haben sie dann das Gefühl mitbestimmen zu können und da können sie auch mitbestimmen, ja? Weil wenn ich das jetzt höre dann gehe ich einfach hin, erinnere alle nochmal daran oder ich sage es bei der Morgenansprache, dass sie drauf schauen sollen, dass sie das Geschirr nicht überall stehen lassen sollen oder vielleicht Mülltrennung beachten sollen oder Glas gehört zu Glas, Papier zu Papier, so in der Art.“

Das Gefühl der Mitbestimmung kann durch die Angst vor Kritik durch andere BewohnerInnen oder durch BetreuerInnen gehemmt werden. So beschreibt ein Bewohner seinen Wunsch ausgehängte Information zu verändern so:

„wenn dort was hängt, dann wirst ja kritisiert, wennst was hinschreiben würdest. Dann stimmt des net und des. Gott sei Dank, bin i in der Rechtschreibung recht begabt, also, dass i keine Rechtschreibfehler mach....da muss man ja so vorsichtig sein, dass man net ins Fettnäpfchen steigt.“¹⁷²

Der Bewohner entschied sich dann, nichts an dem Aushang zu verändern mit der Begründung: *„i waß ja net wie lange die da sand.“* Damit meint der Interviewte die Betreuungspersonen und es wird deutlich, dass ein bestimmtes Abhängigkeitsverhältnis zwischen dem Bewohner und der Betreuung besteht, welches dieser nicht durch eventuelles Ärgernis trüben möchte. Durch das Gefühl der Mitbestimmung bzw. die tatsächliche Mitbestimmung meint folgende Bewohnerin, dass sie durch eine Beschwerde zum nächsten Schwachpunkt kommt bzw. eine Beschäftigung durch Einflussnahme stattfindet:

¹⁷² Vgl. Interview Bew2: 1

„man kommt ja auch vom hundertsten ins tausendste, wenn ma da zum suchen anfangt und jetzt machts ma gar nix, wenn a bissl was net stimmt (lacht) dann hab i zutun, dass i das wieder beheben kann.“¹⁷³

Ein Angehöriger differenziert klar zwei mögliche Einflussbereiche, welche sich in den Punkten der Essensstruktur und der Sicherheit wiederfinden, er teilt die Bereiche in: „Alltagswehwechen“ und „ärztliche/pflegerische Betreuung“. Im Bereich der „Alltagswehwechen“ können Beschäftigungsmöglichkeiten und Essensmengen und-zeiten (von Angehörigen) beeinflusst werden. „Ärztliche und pflegerische Betreuung“ umfasst die Kontrolle des Gesundheitszustandes der BewohnerInnen durch die Angehörigen und Anordnungen bei eventuellen gesundheitlichen Auffälligkeiten der Mutter/ des Vaters an die Pflege bzw. den Arzt/ die Ärztin:

- *Struktur: Essenszeiten*

„Den Tagesablauf grundsätzlich werde ich nicht allzu sehr beeinflussen können, was die typischen Zeit: Frühstück, Mittagessen, Abendessen. Wobei ich da die Möglichkeit habe es individuell so zu gestalten, okay ich muss net um halb acht frühstücken kommen, sondern um neun.“¹⁷⁴

Die Strukturierung bzw. der Tagesablauf ist nun stark durch die drei Hauptmahlzeiten geprägt, wobei die exakte Zeit der individuellen Essenseinnahme vom Plansoll abweichen kann.

- *Sicherheit*

Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit der BewohnerInnen des teilstationären Bereichs, sind u.a. dadurch gegeben, dass ein/e MitbewohnerIn im Notfall weitere Hilfe verständigen kann. Angehörige beschreiben dieses Zusammenleben so:

¹⁷³ Vgl. Interview Bew7: 2

¹⁷⁴ Vgl. Interview Admin2: 2

„Passen aber so auf sich auf und wenn die eine aufs Klo geht, schaut die andere: Warum ist sie noch nicht zruck?“¹⁷⁵

„....es ist gescheiter, die Leute sind zusammen, zu zweit: A. hast doch a bissl eine Ansprache und sie versuchen schon die passenden zusammen, sie tun jetzt net, zu meiner Mama, die 90 ist und Alzheimer hat, eine die 75 ist reinlegen, sondern da versuchen sie schon das auszugleichen, dass die ungefähr auf gleichen Niveau sind und sich dann gegenseitig helfen oder doch aufeinander aufpassen.“¹⁷⁶

Ebenso wird es von Angehörigen als Sicherheitsmaßnahme empfunden, wenn das Pflegepersonal „nachschaun geht“, sollte ein/e BewohnerIn nicht zum Essen im Speisesaal erschienen sein. D.h. Sicherheitsmaßnahmen werden von Angehörigen nicht als Einschränkung erlebt, sondern viel eher als Schutz für ihre Angehörigen gesehen.

Ein Bewohner empfindet das Erscheinen beim Essen als einzigen Zwang und betont später, dass das Fernbleiben vom Essen zu einer Sicherheitskontrolle durch das Betreuungspersonal führen würde. D.h. das Personal, würde nachsehen, wo der Bewohner ist bzw. inwiefern ihm was fehlt, was das Fernbleiben vom Essen im Speisesaal rechtfertigen würde:

„Das anzig was Zwang is, sag ma, das i runter geh und mei Taferl aus der Tafel rausnehm und wegleg, net? Das die dann um neun Uhr mit am Blick sehn, der, der is nicht herunter gekommen. Da muss was sein am Zimmer, net?, vielleicht is im schlecht wordn. Is ja, is ja nur a guate Vorsichtsmaßnahme, net?“¹⁷⁷

Die „Schwestern“ halten BewohnerInnen u.a. zur Aufnahme von Flüssigkeit und zum Einnehmen der Pulver an und sorgen somit für die körperliche Gesundheit der BewohnerInnen. Ein Bewohner beschreibt diese Empfehlungen so:

„Dann sagns alle „Sie müssen viel mehr trinken, sie müssen viel mehr trinken.“ Mit den trinken hab i so a Problem, wenn i vü trink, jetzt is die Schwester eine kommen und jetzt weiß i wieso ma so mies war. Hat gsagt: „Herr M, was is denn mit den Pulver, sand die schon für

¹⁷⁵ Vgl. Interview Ang1: S. 1

¹⁷⁶ Vgl. Interview Ang2: S. 1

¹⁷⁷ Vgl. Interview Bew3: S. 1

morgen?“, sag i: „Na, die sand von heute, aber wenn ichs anschau glaub i (.) hefts mi so, da reckts mi so, dass i glaub mir kommt des aufe.“¹⁷⁸

BewohnerInnen fühlen sich auf Grund dieser Fürsorge sicher, eine Bewohnerin beschreibt die Teilnahme einer/eines Pflegerin/Pflegers bei Angeboten wie folgt:

„Ja, es is immer eine Hilfe, Helferin, zwei Helferinnen sind mit und eine, eine Krankenschwester, im Fall das jemanden nicht gut is, falls jemand stürzt oder so, net? (.) da is man sicher, na vor allem, des is, is wirklich sehr gut.“¹⁷⁹

Das Wissen darüber, dass im Ernstfall jemand da wäre bringt Sicherheit und wird als gut empfunden.

3.5.4. Grundvoraussetzungen für Autonomie

Eine Grundbedingung für die Autonomie der BewohnerInnen, ist das Verständnis der Angehörigen, dass bestimmte Aufgaben noch alleine bewältigt werden können, wenngleich auch nicht fehlerfrei. So erzählt eine Pflegerin:

„Solange die alleine essen können, die meisten sollen das machen, das ist egal ob die schmutzig sind oder nicht, nur Angehörige verstehen das meistens nicht, die regen sich bei der Heimleitung auf, weil die deren Angehörigen selber oft nicht kennen und in diesem Fall können sie die BewohnerInnen auch nicht unterstützen,...“¹⁸⁰

Angehörige, die die Wäsche ihrer institutionell-lebenden Angehörigen waschen, sind oft verärgert durch die enorme Quantität an Schmutzwäsche, die durch das „fahrlässige“ Verhalten der Pflege bei selbstständiger Essenseinnahme der BewohnerInnen entstehen kann. Durch Inkontinenz und fleckenreiches Essen auf der Kleidung, kann mehr Schmutzwäsche entstehen, dies muss aber den Angehörigen erst durch Aufklärungsarbeit von Seiten der Pflege erklärt werden. Der Gesundheitszustand der BewohnerInnen wird durch die Pflegekräfte durch die Überwachung der „spezifischen“ Speise gewährleistet, indem Diabetiker eher die Diabetikerkost zugewiesen bekommen. Auch diese

¹⁷⁸ Vgl. Interview Bew2: 2

¹⁷⁹ Vgl. Interview Bew4: 1

¹⁸⁰ Vgl. Interview Pflege1: 4

Speisezuteilung muss der/dem Angehörigen individuell erklärt werden um somit Bewusstsein zu schaffen:

„Wir müssen dann darauf hinweisen, wenn er Diabetiker ist, kriegt er anderes Essen, wenn er sagt er will gebackenen Fisch essen, der ist aber nicht gut für Diabetiker, die haben eine Diabetikerkost. Das hat gesundheitliche Gründe, dass der Blutzucker nicht so steigt, wenn jemand Blutzucker hat 300 od. 400, das kann auch für die Gesundheit nicht gut sein.“¹⁸¹

3.5.5. Hotelfaktor

Bei vielen Gesprächspartnern taucht immer wieder der Vergleich PensionistInnenwohnhaus mit der Einrichtung „Hotel“ auf. Der folgende Gesprächspartner sieht jedoch in der SeniorInneneinrichtung mehr Einflussmöglichkeiten für die/den NutzerIn:

„....wenn ich in ein Hotel gehe, habe ich auch gewisse Rahmenbedingungen, da gibt’s ein Essen, da gibt’s des, was auch immer. Nur habe ich da mehr Möglichkeiten das zu beeinflussen, d.h. ich kann bei den gewählten BewohnerInnenvertretern, die da sind, habe ich die Möglichkeit den Speiseplan zu beeinflussen, zu sagen, was hätte ich gerne, wie ist die Ausgewogenheit, was auch immer. Ich habe die Möglichkeit auf die Freizeitbeschäftigung einzuwirken, das hätten wir gerne, vielleicht hätten wir gerne eine neue Walkinggruppe, was auch immer, ja?“¹⁸²

So spricht ein anderer Interviewpartner von „funktionierenden Rahmenbedingungen“ in einem Hotelbetrieb und einem PensionistInnenwohnhaus, bei denen *„...ich mich um relativ wenig kümmern muss.“¹⁸³*

Auch im Bereich der Einflussnahme wird die Hotelkomponente, hier durch einen Angehörigen, wahrgenommen:

„Also des ist relativ einfach, des ist wie im Hotel, dass du dann zur Heimleitung gehst und es ist auch sehr häufig so, ich mein es sind alle bemüht,...“¹⁸⁴

¹⁸¹ Vgl. Pflege1: 5

¹⁸² Vgl. Interview Admin1: 1

¹⁸³ Vgl. InterviewBew5: 2

„Anlaufpunkt ist, eigentlich wennst im Hotel auf Urlaub fährst und es passt was nicht, dann gehst einmal zur Rezeption....“¹⁸⁵

Auch den Kontakt zu Betreuungspersonen vergleicht ein Angehöriger mit dem Kontakt zum Animationsteam eines Hotels:

„es ist vergleichsweise so, wie in einem Hotel das Animationsteam, wennst im Ferienclub bist, kennst in 3 Tagen das Animationsteam und der macht des und der macht des.“¹⁸⁶

Der Hotelfaktor kommt auch durch das umfassende Angebot in den PensionistInnenwohnhäusern zum Tragen, ein Bewohner meint: *„da lebst ja wie in am vier Sterne Hotell, wir ham alles.“*

Der Hotelfaktor weist aber auch negative Seiten auf, wie eine Bewohnerin bestätigt, indem *„....hier alles abgenommen wird, sie brauchen sich um nix kümmern, um kein Essen, kein trinken, ka Telefon, ka Wärme, ka Heizung, ka nix.“¹⁸⁷*

Damit muss der Wille sich aktiv zu beteiligen bzw. mitzuwirken aus der Person selbst entstehen oder von außen gefördert werden. Die Notwendigkeit sich aktiv am Tagesablauf oder anderen institutionellen Rahmenbedingungen zu beteiligen, wird nicht wahrgenommen, da sowieso sehr viele Dinge bereits durch die Einrichtung gegeben sind.

3.5.6. Der „normale Kommunikationsweg“

Voraussetzung für die Nutzung des „normalen Kommunikationsweges“ ist die Anwendung von Kommunikation durch die/den BewohnerIn, eine Bewohnerin beschreibt andere PensionistInnen der Wohneinrichtung als unglücklich. Den Grund dafür sieht sie in der fehlenden Kommunikation und den fehlenden sozialen Kontakten:

„....,weil sie alleine sind und sind unglücklich und unglücklich und unglücklich (.) muss i sogn „Des gschiacht ihner Recht“, ich kann mir mein Leben einrichten, wenn ich unglücklich bin,

¹⁸⁴ Vgl. Interview Ang1: 2

¹⁸⁵ Vgl. Interview Ang2: 3

¹⁸⁶ Vgl. Interview Ang2: 4

¹⁸⁷ Vgl. Interview Bewohner7: 1

*dass i da her geh, da bleib i in meiner Wohnung (..) na? Des is a Blödsinn. Gehen net raus und redn mit kane Leut, des is.*¹⁸⁸

Der Weg der normalen Kommunikation ist durch das Wissen: Zu welcher Stelle gehe ich mit welchen Anliegen, geprägt. Diese Information ist meist dann vorhanden, wenn BewohnerInnen bereits länger im PensionistInnenwohnhaus leben. Dies wird von der Administration so gesehen:

*„ Sind sie schon länger im Haus, dann gehen sie den Weg, der unter Anführungszeichen der normale Weg ist: sie sagen es entweder an der Rezeption, ja?- „Ich hätte gerne eine WC-Erhöhung.“ Dann wird das von der Rezeption zum Hausarbeiter und der Hausarbeiter geht aufe und fragt genau was sie gerne hätte und fertig, dann wird das erledigt, ja?“*¹⁸⁹

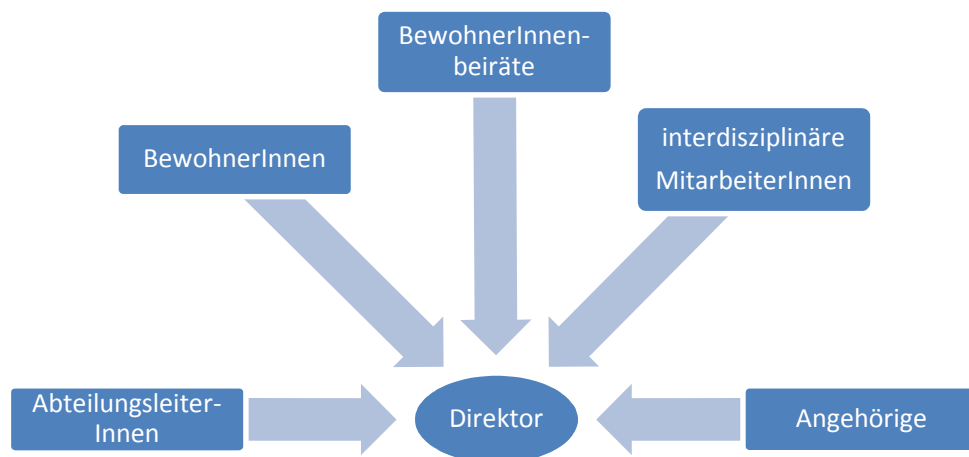


Abbildung 7: Kontakt DirektorIn

Nach Aussage des Direktors wird dieser v.a. durch folgende Personen über Wünsche und Beschwerden informiert:

Die AbteilungsleiterInnen informieren dabei innerhalb der Abteilungsleitersitzungen über Probleme, manche BewohnerInnen gehen direkt auf den Direktor zu, dies beschreibt er so:

¹⁸⁸ Vgl. Interview Bew4: 2

¹⁸⁹ Vgl. Interview Admin2: 2

„Kommen auch direkt zu mir, vor allem am Montag in der Früh, also die Zeit von der Tür bis da hinein, brauche ich an guten Tagen 20 Minuten. Weil da war das Wochenende dazwischen, da haben sie viele Wünsche, Anregungen, Beschwerden, d.h. die wollen das dann alles loswerden.“

Die oftmalige Kontaktsuche zu seiner Person sieht er so, dass BewohnerInnen den direkten Direktionskontakt als gewichtiger ansehen.

Im Falle der Angehörigen passiert intensive Kommunikation mit der Direktion in der Phase der Aufnahme und des Einzugs bzw. in den ersten Wochen. Den Kontakt zur Direktion beschreibt ein Angehöriger so:

„....mit der macht man die ganze Aufnahmeprozedur, gehst dir mal das Heim anschauen, die zeigt dir das Ganze und dann sagst: „Des und des Zimmer hätte ich gerne.“ Also da bist eigentlich mit der Heimleitung schon und dann ist das ganz klar, dass das der erste Anlaufpunkt ist,....“¹⁹⁰

Die Erstinformation über das PensionistInnenwohnhaus, die Tagessätze und die Betreuung bekommen Angehörige meist via Internet. Die spätere Einführung in die Heimumgebung von Angehörigen übernimmt die Direktion, diese ist für Angehörige in der ersten Phase erster Ansprechpartner, später ist der Kontakt eher mit der Rezeption und den speziell-zuständigen Personen für spezifische Probleme gegeben. Die Kontaktintensität lässt mit zunehmenden Erfahrungen und Informationen in der Institution nach. Bei Bedürfnissen „maschiert man dann einfach hinein“ zur zuständigen Stelle. Aus der Sicht der Angehörigen bildet die Direktion einen „ersten Zwischenposten“ um ihre Probleme zu lösen und Anliegen durchzusetzen, später wählen sie den direkten Weg.

Das Verhältnis von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (eA-MitarbeiterInnen) zur Pflege beurteilt der Heimleiter wie folgt :

„Na gut bei einer Ehrenamtlichen haben sie dann immer das Gefühl, dass sich die Ehrenamtlichen dann einmischen in die Komponenten der Pflege und so, schwieriges Thema.... oft funktioniert das so, wenn eine Ehrenamtliche zu einer Pflegeperson dann geht

¹⁹⁰ Vgl. Interview Ang1: 3

und sagt: „Na, die hat ein Problem.“ Dass das oftmals als Einmischen in die eigentliche Profession der Pflege jetzt gesehen wird.“¹⁹¹

D.h. Pflegepersonen können Empfehlungen ehrenamtlicher Mitarbeiter als Kritik empfinden und fühlen sich so in ihrer pflegerischen Kompetenz angezweifelt.

Die Pflege beschreibt den Kontakt zu ehrenamtlichen Mitarbeiter meist nur aufgrund von Pflegewünschen der BewohnerInnen oder aufgrund von anderen Wunschweiterleitungen der BewohnerInnen, d.h. die/der eA-MitarbeiterIn ist Übermittler von BewohnerInnenwünschen. SozialarbeiterInnen und eA-KoordinatorInnen sehen eA-Personen als Informationsstelle, bei denen ein anderer Zugang zu den BewohnerInnen besteht und eventuelle Auffälligkeiten in Bezug auf die SeniorInnen angesprochen werden können. Die eA-MitarbeiterInnen sind so nie Endstelle einer Kommunikation, sondern bilden meist ein Zwischenglied und persönlichen Informationsträger in Bezug auf die jeweiligen BewohnerInnen.

Manchmal verlaufen Beschwerden und Wünsche auch über die BewohnerInnenbeiräte, dabei wird die Kritik an weiter zuständige Stellen oft humorvoll übermittelt:

„Ja, wenn die Suppe versalzen ist, dann regen sich die Leute auf, habe ich letztens zum Koch gesagt, er soll seinen Jungköchen Liebesverbot geben, dass nicht immer die Suppe versalzen und er hat gelacht.“¹⁹²

Doch während der Direktor Informationen aus unterschiedlichen Quellen bekommt und danach eine Entscheidungsphase beginnt, leiten BewohnerInnenbeiräte Anliegen eher weiter und können dann in den Entscheidungsprozess Einfluss nehmen. Sie entscheiden dann gemeinsam im Gremium, gemeinsam mit SozialarbeiterInnen, PflegerInnen und DirektorIn. Das Gremium kommt aufgrund von Speiseplanbesprechungen oder ähnlichem zusammen und bespricht in dieser Runde auch andere akute Anliegen. Beirätinnen und Beiräte sind demnach nicht direkt Problemlöser, wie Direktor oder Pflegeperson.

- Medium: PflegerIn, AltenbetreuerIn

¹⁹¹ Vgl. Interview Admin2: 8

¹⁹² Vgl. Interview IV2: 2

- *Informationsquelle*

PflegerInnen, AltenbetreuerInnen und VertreterInnen der Animation stellen oftmals Informationsquellen für Angehörige dar, hier können Verhaltensweisen der BewohnerInnen ausgetauscht werden, wie in folgender Aussage:

„ich weiß nur aus Schilderungen auch von den Schwestern und so, dass die z.B. am Abend immer nur Grießbrei ist“¹⁹³

„ich frage sie dann auch: „Ah, heute war net viel los.“ Und ich weiß aber von der Betreuerin, das ist immer von 10-12 und meine Mama kommt oft um 9:30 und fragt: „Wann geht es los?“ „Das dauert noch ein bissi.“ „Na, ich will aber jetzt und wieso und warum.“ Und mir erzählt sie es war nicht viel los (lacht)“¹⁹⁴

So können Angehörige durch den Austausch mit den Betreuungspersonen der BewohnerInnen, mehr über das Essverhalten oder das Verhalten in Beschäftigungsangeboten erfahren. Da PflegerInnen und AltenbetreuerInnen längere Zeit mit den BewohnerInnen verbringen, können diese Verhaltensweisen der alten Menschen in der Einrichtung besser und länger beobachten. Sie sind auch AuftragspartnerIn von Angehörigen:

“ Aha, schaut schon fürchterlich aus und war schon lange nimma beim Frisör, dass man da der Schwester sagt: „gehen Sie bitte, ich sage es zwar meiner Mutter aber die vergisst es immer, gehen Sie mit ihr hin, schnappen Sas und gehen Sie mit ihr, weil sie vergisst es und sagt `ja, ja, werde ich gehen´“.¹⁹⁵

D.h. einerseits bekommen Angehörige Informationen durch das Betreuungspersonal und auf der anderen Seiten geben sie auch Informationen bzw. Anweisungen an das Personal ab.

- *Kommunikationszwischen oder -endstelle*

¹⁹³ Vgl. Interview Ang2: 3

¹⁹⁴ Vgl. Interview Ang1: 5

¹⁹⁵ Vgl. Interview Ang1: 4

Die Pflege ist meist Kommunikationszwischenstelle oder Endstelle der Kommunikation, da sie Anregungen gleich in die Tat umsetzt. Das Vertrauen zur jeweiligen Pflegeperson ist dabei Voraussetzung und bildet die Basis für die Wahl der pflegerischen Ansprechperson.

PflegerInnen sehen bei fortgeschrittener Demenz oftmals das Problem, dass die BewohnerInnen „*sich selbst nicht mehr ausdrücken können, sie können nicht sagen was sie brauchen, was sie wollen. Also was sie wirklich ändern wollen, sehen oft die Pflegepersonen und die Angehörigen selber auch nicht.*“¹⁹⁶

Die Wünsche dementer BewohnerInnen sehen zu können und diese wahrzunehmen, gestaltet sich nach Aussagen der Pflegekräfte und der Angehörigen als sehr schwierig.

Prinzipiell verläuft die Kommunikation über bzw. mit den PflegerInnen so:

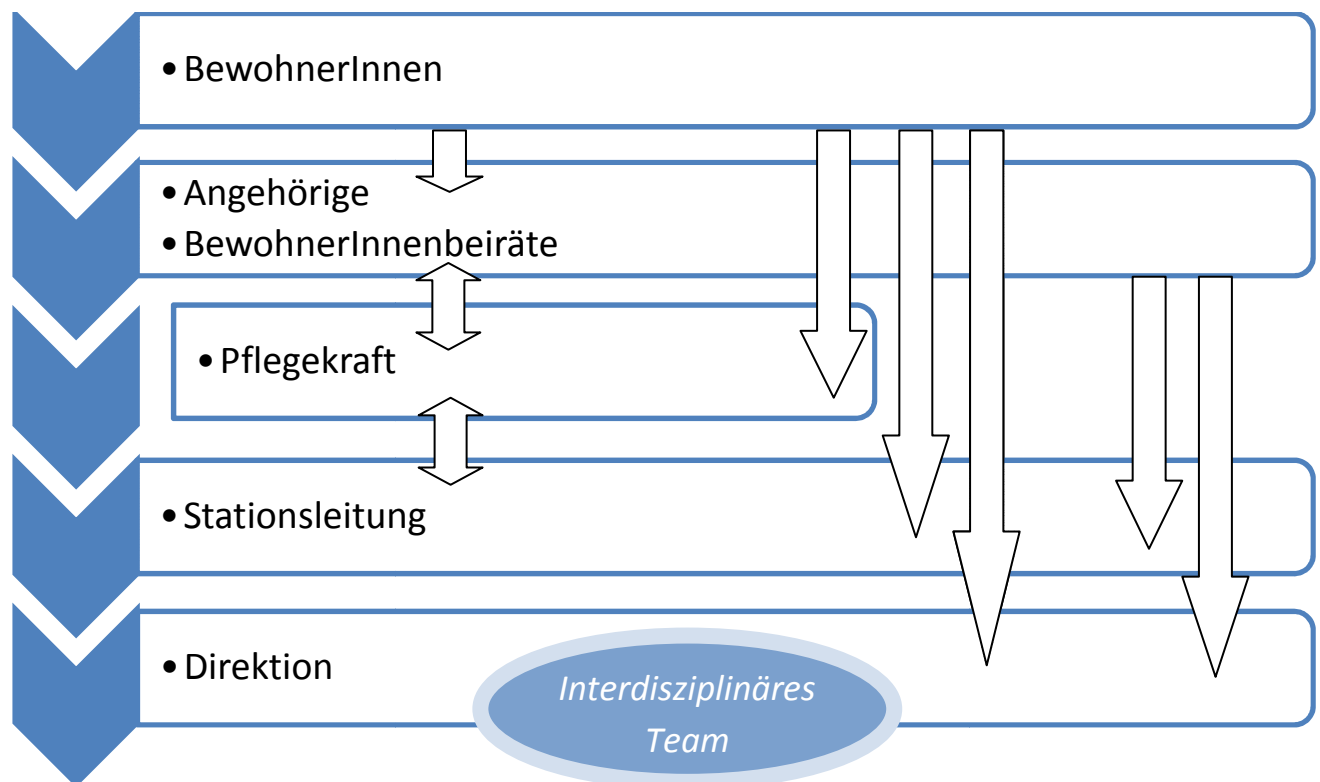


Abbildung 8: Kommunikation aus pflegerischer Sicht

Bei Beschwerden wenden sich BewohnerInnen meist an Angehörige oder BewohnerInnenvertreterInnen. Im Falle (teil)stationärer BewohnerInnen wenden diese sich

¹⁹⁶ Vgl. Interview Pfl1: 1

meist an Angehörige, da BewohnerInnenbeiräte meist nur Ansprechpartner für ApartmentbewohnerInnen sind. Angehörige wenden sich meist mit persönlichen Anliegen oder Wünsche der BewohnerInnen direkt an die Stationsleitung oder die Direktion. Ein Austausch zwischen Pflegeperson und Angehörige finden aufgrund von Aufklärungsgesprächen durch die Pflege statt, meist geht es dabei darum das Verständnis der Angehörigen (für die Gesundheit/die Autonomie der BewohnerInnen) erweitern. Der Austausch zwischen Pflegeperson und Angehörigen kann also zum besseren Verständnis und Kennenlernen zwischen BewohnerIn und Angehörige führen. Das Haus organisiert einmal jährlich ein Angehörigentreffen, bei dem sich Angehörige auch untereinander austauschen können. Beim Einzug der alten Menschen in PensionistInnenwohnhäuser ist meist die/der DirektorIn erste/erster AnsprechpartnerIn für die Angehörigen. Später bemühen sich Pflegepersonen und die jeweilige Stationsleitung erste Anlaufstelle zu sein, dies zeigt das Interview einer Pflegekraft:

„Na, die Angehörigen kommen schon zu uns, da schauen wir schon, dass wir die ersten Ansprechpartner sind, weil dann kann man das gleich im Vorfeld alles abwürgen.“¹⁹⁷

Somit kann das Problem gleich behandelt werden und muss nicht an andere oder höhere Stellen gerichtet werden. Damit entsteht eine gewisse Spannung, denn Angehörige geben an bei Problemen und Anliegen möglichst „dahinter zu sein“, während die AnsprechpartnerInnen versuchen diese Anliegen „abzuwürgen.“

Die Direktion sucht oft mit VertreterInnen der verschiedenen Berufsgruppen bei Problemen eine entsprechende Lösung. Die Pflegekräfte versuchen Anregungen, die an sie gerichtet werden, meist selbst zu bewältigen oder wenden sich an die Stationsleitung. Diese reicht die Probleme dann weiter oder versucht gemeinsam mit der Pflegekraft nach einer Lösung zu suchen. Dabei kommt es wesentlich auf den Kompetenzbereich der jeweiligen Profession an, wie mit spezifischen Problemstellungen umgegangen wird. Sympathie spielt bei der Wahl der Pflegeperson, der man sich anvertraut, eine wichtige Rolle bzw. wird oft als Einflussfaktor genannt. Zwei Pflegepersonen beschreiben die Kommunikationswege wie folgt:

¹⁹⁷ Vgl. Interview Pflege3: 3

„Wenn jemand zu mir kommt mit Beschwerden, dann gehe ich zur Stationsleitung und sage welche Probleme es gibt und wenn etwas zum ändern ist, dann bespricht das die Stationsleitung mit der Heimleitung und es gibt auch ein treffen 1xwöchentlich von den Ärzten, Stationsleitung, eA, Pflegedirektion, Physiotherapeutin, Heimleitung, alle Gruppen besprechen die Probleme....“¹⁹⁸

„....wenn es geht um normale Ablauf, den Tagesablauf, dann normal: der Pflegeperson gleich sagen.“¹⁹⁹

D.h. im Falle alltäglicher Probleme sind Pflegepersonen die richtigen AnsprechpartnerInnen, es fällt demnach in ihren Kompetenzbereich und kann von ihnen ohne weitere Rücksprachen angepasst werden. Die Pflege gibt als Grund für regelmäßige Rücksprachen mit den BewohnerInnen, ihre Arbeit direkt am Patienten an. Dabei sind sich alle Ansprechpersonen einig, dass ein Wissen über jeweilige Ansprechpersonen besteht:

„Wie geht es Ihnen?“ Brauchen Sie etwas? und die wissen ja auch, dass sie sich an uns wenden können und wir haben ja auch den Hausstützpunkt, da bleibt die Türe den ganzen Tag nicht still,....“²⁰⁰

So verläuft jeder Tag, wie im vorherigen und folgenden Interviewauszug, mit der direkten Evaluierung:

„Ja, wenn ich meine Arbeit fertig habe, bedanken sie sich, dann frage ich: „Möchten Sie noch etwas haben oder passt das so?“ dann sagen sie auch: „Na, aber das will ich schon anders und dann brauch ma nicht warten, dass das irgendwann.“²⁰¹

Durch direkte Evaluierung und Umsetzungsmöglichkeit der Pflegekraft, muss die/der BewohnerIn nicht auf Entscheidungen der Teamsitzung warten. Eine Teambesprechung kann nun im pflegerischen Team stattfinden oder aber im Rahmen einer interdisziplinären Besprechung. Dabei kommt es auf die Dringlichkeit der Problemstellung, die Zuständigkeitsbereiche und das Datum der nächsten interdisziplinären Teamsitzung an. Bei Problemlösungen findet ein reger Austausch zwischen den Personen im jeweiligen Team

¹⁹⁸ Vgl. Interview Pflege1: 5

¹⁹⁹ Vgl. Interview Pflege2: 1

²⁰⁰ Vgl. Interview Pflege3.: 4

²⁰¹ Vgl. Interview Pflege2: 3

statt, wobei die Lösung dann schon während der Dienstzeit oder erst nach der wöchentlich festgelegten Sitzung erarbeitet werden kann. Folgende Aussage unterlegt die Ausführungen:

„Naja, das wird immer bei der Teambesprechung besprochen, genau wie Verlegung, solche Sachen, das wird auch, jede kennt ein bissi ein Problem „Was denken Sie? Was mach ma jetzt?“ und dann bei Sitzung, dann wird diese Lösung vorgeschlagen und bei der Teambesprechung gibt es zwei verschiedene, z.B. bei einem Problem, das jetzt so dringend ist, dass man jetzt erledigen muss, dann machen wir tägliches Team, während Dienst ist, ham ma kurz diese Besprechung, aber wenn ein Problem, sag ich jetzt, auch in nächsten Wochen zu erledigen wäre und es ist nicht so dringend, kann man bei der Teambesprechung mit den ganzen....“²⁰²

Teamentscheidungen entsprechen dabei weniger einer Mehrheitsentscheidung, als viel eher einem Sammeln von Ideen, sodass keine guten Ideen verloren gehen können. Danach werden genannte Vorschläge ausprobiert und nach der bestmöglichen Anwendung gesucht. Auch die Entscheidung im interdisziplinären Team gewährleistet Sicherheit, da eine Maßnahme in mehreren Ebenen besprochen wird und dadurch übereiliges intervenieren minimiert wird. Jede Instanz der vorhergehenden Grafik erledigt, je nach Zuständigkeitsbereich, die an sie herangetragenen Probleme, so weit wie möglich selbst.

- *Themenbereiche BewohnerIn-PflegerIn*

In folgender Abbildung habe ich versucht, die häufigsten Themengebiete, bei denen BewohnerInnen des PensionistInnenwohnhaus in Kontakt mit der Pflege treten, graphisch darzustellen. Dabei ist in der folgenden Graphik deutlich zu erkennen, dass überwiegend Probleme in Verbindung mit Angehörigen, anderen BewohnerInnen, dem Essen bzw. dem Küchenpersonal, und bei technischen Anforderungen und medizinischen Anliegen auftreten. Hier wird Rat und Hilfe meist bei den Pflegepersonen gesucht.

²⁰² Vgl. Interview Pflege2: 2

zwischenmenschlichen Problemen innerhalb der BewohnerInnen „andere Möglichkeiten zu finden“, diese kann bei unappetitlichen Essverhalten von BewohnerInnen folgendes sein:

„....muss man schauen, dass man sie vielleicht im Wintergarten essen lässt oder woanders, schwierig, manche sind wirklich unappetitlich für die Gesellschaft. Es gibt alles, man muss halt dann schauen, wie man das alles regelt.“²⁰⁴

Die BewohnerInnen kommen mit den Wünschen zur Pflege beim Medikamentenmanagement unterstützt zu werden, sowie beim ausfüllen der Rezepte. Dabei geht es vor allem darum Dinge zu klären, zu unterstützen, weiterzuleiten oder Aufgaben für die/den BewohnerIn zu übernehmen. So werden auch Arzttermine und andere Termine meist über die Pflege für die BewohnerInnen abgewickelt, wenn diese um die Unterstützung der Pflegepersonen bitten.

„....wenn eine Glühbirne kaputt ist, dass muss man dann weiterleiten oder wenn das Wasser rinnt.“²⁰⁵

Auch Küchenbeschwerden werden weitergeleitet und werden manchmal, bei der Beschwerde versalzener Mahlzeit, mit den Worten der Interessensvertretung oder der Pflege: „Der Koch ist verliebt gewesen“, begleitet. Auch die Hilfe beim Verrichten hygienischer Notwendigkeiten kann von den teilstationären BewohnerInnen beim Pflegepersonal angefordert werden. So erzählt die PflegerIn auch bei zwischenmenschlichen Problemen der BewohnerInnen mit ihren Angehörigen konsultiert zu werden, diese Anliegen werden aufgrund hoher **Sympathiewerte** an die jeweilige Pflegekraft herangetragen. Diese Person leitet dann die Anliegen an die/den Psychologin/Psychologen weiter oder bespricht sie selbst mit den BewohnerInnen. Viele Pflegepersonen geben an, dass die Sympathie für bestimmte Pflegepersonen ausschlaggebend ist, welche Probleme an diese Pflegekraft herangetragen werden.

Die Pflegepersonen übernehmen oft das persönliche Management für die BewohnerInnen und managen bei Krankheitsfall den Arztbesuch und das Zubringen der Mahlzeiten.

²⁰⁴ Vgl. Pflege3: 7

²⁰⁵ Vgl. Interview Pflege3: 1

- *Themenbereiche Angehörige-PflegerIn*

In Verbindung mit den Einflussmöglichkeiten der Angehörigen möchte ich nun die Themenbereiche aufzeigen, die Angehörige im Kontakt mit der Pflege ansprechen und schätzen. Angehörige bekommen durch das Pflegepersonal Informationen über den Zustand ihrer Angehörigen oder Informationen über Zuständigkeitsbereiche bei unterschiedlichsten Problemen. Die Beziehung zwischen Angehörigen und ihren Personen im PensionistInnenwohnhaus ist oft Gesprächsthema beim Gespräch mit dem Pflegepersonal. Sowohl Pflege als auch die Angehörigen bemühen sich um die Gesundheit der BewohnerInnen, dies kann aber zu Konflikten führen, wie folgendes Exempel zeigen soll:

„Ich habe dir gesagt du sollst das und das machen, die Mutti hat heute wieder die ganze Schokolade aufgegessen.“ „Ohje, also mit 95 kann sie sehr wohl die ganze.“ Die verstecken ihr die Schokolade und sie hat es mit dem Stock runtergeholt, gscheit. Naschsachen wurden eingeteilt und sie hats halt verputzt gleich. Tut man halt so eingreifen, net?“²⁰⁶

Im vorherigen Interviewauszug zeigt sich, dass Angehörige auf den Blutzucker der Mutter achten und dies durch das Verstecken der Schokolade durchsetzen. Die Pflege unterscheidet sich hier durch ihren Zugang, indem sie in die Angehörigen-BewohnerInnenbeziehung eingreift und die Schokoladenzufuhr als Maßnahme zur Lebensqualitätssteigerung ansieht. So unterscheidet sich das Verständnis von Gesundheit zwischen Pflege und Angehörigen, wobei Pflegepersonen durch Aufklärungsarbeit bestrebt sind, ihre Sichtweise in das Angehörigenverständnis zu integrieren:

„die Angehörigen sind ein großer Knackpunkt und was sie sich vorstellen, die haben eigene Vorstellungen, manche nicht, man muss wirklich auch immer einen guten Kontakt zu ihnen haben, weil man braucht sie ja auch, nicht?“²⁰⁷

Angehörige müssen demnach in ihren Vorstellungen und ihrem Verständnis abgeholt und aufgeklärt werden.

²⁰⁶ Vgl. Pflege3: 8

²⁰⁷ Vgl. Interview Pflege2: 5

- Unterstützung: Angehörige

Die Angehörigen sind eine Gruppe, die ein unterstützender Faktor für BewohnerInnen sein können, aber auch eine Personengruppe, die sehr viel Unterstützung benötigt. Viele Betreuungspersonen sehen die Angehörigen also als unterstützende Komponente bei der Einflussnahme der BewohnerInnen (hier im Falle des Heimwechsels):

„in eine andere Einrichtung gehen, aber dabei sind diese Personen meist von den Angehörigen unterstützt, wenn die sagen: „In diesem Pflegeheim gefällt es mir nicht.“ Dann sie die Möglichkeit haben in anderes Pflegeheim zu gehen, aber in solchen Fällen, die müssen meistens unbedingt von den Angehörigen unterstützt werden, weil ansonsten haben sie wenig Einflussnahme.“²⁰⁸

Auch BewohnerInnen sehen ihre Angehörige als AnsprechpartnerInnen und wichtige Personen an, wenn es um die Durchsetzung ihrer Wünsche geht:

„Bew6: Dem Sohn werde ich es sagen, dass das nicht so geht.

I: Das hilft dann, wenn man es den Angehörigen sagt?

Bew6: Ja, ja, ja, ja das hilft, haben Sie noch einen Wunsch?“²⁰⁹

Aber auch die Angehörigen brauchen Unterstützung und Hilfe bzw. Informationen. So ist das Medium zwischen Angehörigen und BewohnerInnen die Pflegeperson, diese ist nicht nur durch die Anliegen der BewohnerInnen gefordert, sondern auch durch Wünsche und Beschwerden der Angehörigen. So meint eine Pflegerin:

„....wir müssen sehr viele Angehörigengespräche führen, es ist auch sehr wichtig die Angehörigen zu betreuen, das ist fast noch wichtiger wie die Bewohner, sind auch schwerer zu betreuen, weil sie mit diesen Zustand ihrer Eltern nicht zurechtkommen.“²¹⁰

Damit Angehörige mit ihren Erwartungen an die BewohnerInnen, diese nicht überfordern, hilft die Pflege dabei, dass der Zustand der alten Menschen durch Angehörige gelernt wird

²⁰⁸ Vgl. Interview Pfl1: 1

²⁰⁹ Vgl. Interview Bew6: 2

²¹⁰ Vgl. Interview Pfl3: 1

zu verstehen. Dabei ist Aufklärungsarbeit nötig und es wird versucht gemeinsam eine Besprechung der Maßnahmen durchzuführen.

Angehörige suchen den Rat der Pflegepersonen auch auf, wenn Probleme mit ihren institutionalisierten Angehörigen auftauchen:

„Es kommen nicht nur BewohnerInnen, wenn sie Probleme mit ihren Angehörigen haben, sondern auch Angehörige, wenn sie Probleme mit ihren Eltern, über ihre Eltern sprechen,“²¹¹

Pflegepersonen sehen dieses Gespräch meist als Lernprozess an, indem sie mehr über die Angehörigen und die BewohnerInnen herausfinden können und den Zugang der Angehörigen dargestellt bekommen. Die Problembereiche, die Angehörige mit den alten Menschen haben, sind mit dem Pflegepersonal meist nicht gegeben. So sieht eine Pflegeperson den Unterschied im wertfreien Zugang der Pflege und die Beziehung BewohnerIn - PflegerIn als einen zwischenmenschlichen Neuanfang:

„Wir wissen nichts, wir gehen wertfrei damit um, wir wissen nicht was früher war, wir kennen nicht die Geschichte und das Ding, das ist für und die Frau sowieso und sie hat das und so wie sie ist, ist sie....“²¹²

- Regelmäßiger Kontakt

Durch den regelmäßigen Kontakt mit dem Pflege- und Betreuungspersonal, kommt es zum Informationsaustausch und Kontaktaufnahme auch von Seiten des Personals mit dem Angehörigen (wenn dieser zu einer/einem BewohnerIn eindeutig zugeordnet werden kann). D.h. es muss als Angehöriger ein regelmäßiger Kontakt sowohl mit der/dem BewohnerIn gepflegt werden, damit das Betreuungspersonal weiß „wo man hingehört“, aber auch regelmäßige Kommunikation mit dem Pflege- und Animationsteam stattfinden, dadurch können Angehörige mehr über die/den BewohnerIn erfahren.

„Die reden dann auch von sich aus mit dir, wenn sie merken aha kommt immer regelmäßig, kennt man so und da hat man ein sehr gutes Verhältnis oder einen sehr guten Draht dazu.“²¹³

²¹¹ Vgl. Zivil1: 1

²¹² Vgl. Interview Pflege3: 8

²¹³ Vgl. Interview Ang1: 4

Eine Pflegeperson des stationären Bereiches bemerkt auch eine Beschwerdedichte bzw. geringeres Verständnis bei all jenen Angehörigen, die ihre BewohnerInnen nur sehr selten besuchen:

„Und es ist auch manchmal so, dass die Angehörigen beschweren sich oft bei der Heimleitung und ich finde das sind oft diese Angehörigen, die ihre Mutter oder Vater sehr selten besuchen. Diese Leute, die regelmäßig auf der Station sind, die wissen auch, dass die BewohnerInnen gut betreut sind und die haben auch Verständnis.“²¹⁴

Im Weiteren Verlauf des Gespräches wird das schlechte Gewissen der Angehörigen, aufgrund der geringen Besuchsfrequenz, als möglicher Grund für die einmal monatliche Beschwerde gesehen. Der regelmäßige Kontakt führt dazu, dass Angehörige nicht nur die BewohnerInnen nach dem allgemeinen Zustand fragen, sondern diesen auch beim zuständigen Pflegepersonal erfragen:

„Naja, die kommen schon, die kommen schonteilweise, nicht jede, aber ich glaube ich kenne jede Angehörige von jedem, die leben jahrelang bei uns, nicht alle, aber da kennt man die Angehörigen, die kommen zu uns: „Wie geht es der Mama?“²¹⁵

Andererseits versuchen Pflegepersonen einen guten Kontakt zu den Angehörigen zu halten und bewerkstelligen dies durch Angehörigengespräche:

„Ein guter Kontakt zu den Angehörigen ist einer der wichtigsten Punkte in unserer Arbeit, das würde uns sehr behindern, wenn die Zirkus machen, was glaubens?“²¹⁶

- „Dahinter sein“

Manche BewohnerInnen beschweren sich bei Problemen direkt bei der verantwortlichen Stelle, wobei dies von den Stellen wie folgt aufgenommen wird:

„Nein, nein, ganz im Gegenteil, weil das ist wenigstens einer, der kümmert isch noch was, der beschäftigt sich noch was und der ist nicht nur dort und lässt alles über sich ergehen, wie es halt die meisten tun, na, na das geht uns nicht auf die Nerven,...“²¹⁷

²¹⁴ Vgl. Pflege1: 4

²¹⁵ Vgl. Interview Pflege2: 4

²¹⁶ Vgl. Interview Pflege3: 8

In dem Gespräch mit den Angehörigen, indem es sich um die Speisewünsche und Betreuungsbeschwerden dreht, regeln sie dies so:

„dass ma da mit der Heimleitung redet und sagt. „hörn Sie bitte und außerdem.“²¹⁸

„in der Betreuung, weil es sind ja diplomierte Krankenschwestern, da musst, schadet es nix, wennst auch dahinter bist und da auch sozusagen, der Stockschwester, der Oberschwester sagt: „Und jetzt machen Sie des, schauns und kontrollieren Sie des.“ Sie tun es eh, aber dass man da auch dahinter ist und sagt, weil es kommt 3x die Woche der Arzt bzw. wenn irgendeiner was hat führn sie ihm ins Spital oder kommt der Arzt und wenn man da dahinter ist, kann man schon sehr viel bewirken, mitunter musst Druck machen und sagen: „Da bestehe ich jetzt drauf, dass das passiert“, weil man zahlt ja auch Länge mal Breite“²¹⁹

Im zweiten Interviewauszug wird klar, dass der Angehörige hier mit Druck arbeitet, sodass er die bestmögliche Versorgung seiner Mutter gewährleistet und bezahlte bzw. versprochene Leistungen an- und einfordert. Des Weiteren kontrollieren und kümmern sich Angehörige um die richtige Medikation und bitten im Falle falscher Medikation um ärztliche Blutbefunde und folgende Untersuchungen. Der Kontakt mit der Pflege erfolgt meist mit dem „Pflegestützpunkt“, indem dieser von den Angehörigen persönlich aufgesucht wird oder per Telefon kontaktiert wird. Die interviewten Angehörigen gaben Kontakte zu folgenden Personen an: HeimleiterIn, Stationsleitung bzw. „Oberschwester“, „Schwester“ und AltenbetreuerIn bzw. ErgotherapeutIn. Die kollektive Interessensvertretung der BewohnerInnen wurde nicht als Ansprechpartner von Angehörigen genannt, dies kann aber auch daran liegen, dass die interviewten Angehörigen zu BewohnerInnen des teilstationären bzw. stationären Bereichs gehörten.

- **„Besser kennen“**

Auf die Frage „Inwiefern sich das Zusammenleben in den Apartments des teilstationären Bereichs gestaltet?“, verweisen VertreterInnen der Administration hier darauf, dass *„....wenn es Beschwerden der BewohnerInnen selbst gibt, der Angehörigen oder es selbst erkannt wird*

²¹⁷ Vgl. Interview Ang2: 4

²¹⁸ Vgl. Interview Ang2: 2

²¹⁹ Vgl. Ang1: 2

vom Pflegepersonal, was ja durchaus viel öfter vorkommt, als die Beschwerden kommen, dass man versucht durch Verschiebungen innerhalb der Station für ein ausgewogenes Klima zu sorgen, ja?“²²⁰

Hier hat die Administration das Bestreben ein ausgewogenes Klima zu wahren und Konflikte gar nicht erst aufkommen zu lassen. Allerdings geht hier klar ein erstes Erkennen von Spannungen durch das Pflegepersonal hervor, die meist längere Zeiten mit der/dem BewohnerIn verbringen und somit Problembereiche oft noch vor den Angehörigen wahrnehmen.

Die Wünsche der Angehörigen können oft durch Professionelle der Pflege nicht wahrgenommen werden, da sich die individuelle Wünsche nicht mit den kollektiven Interessen decken lassen. So berichtet eine stationäre Pflegekraft:

„Angehörigen, die haben gesagt: „Okay, ich will das meine Mutter in die Messe geht.“ Aber die Mutter zerstört allen anderen bei der Messe, weil sie schreit und die anderen Leute angreift, dann wird der Angehörigen erzählt, dass es unmöglich ist, eine Person kann die anderen nicht stören,...“²²¹

Auch von der Pflegenden wird hier versucht ein ausgewogenes Klima zu wahren, indem alle im Problem involvierten Parteien nach Klärung zufrieden sind. Sie beschreibt dies so:

„.....irgendwie muss immer eine Lösung gefunden werden, die gut für den Bewohner ist, dass auch die Angehörigen zufrieden sind und die anderen....“²²²

3.5.7. Interessensvertretung (IV)

Auf der Seite der BewohnerInnen gibt es drei wesentliche Stellen, die Anliegen dieser Personen weiterleiten bzw. bearbeiten: die BewohnerInnenvertretung, die BewohnerInnenbeiräte und die PatientInnenanwaltschaft. Im folgenden Abschnitt ist oftmals von Interessensvertretung die Rede, gemeint sind damit der BewohnerInnenbeiratIn und seine VertreterInnen. Die Wahl der BewohnerInnenbeiratInnen erfolgt durch die

²²⁰ Vgl. Admin2: 8

²²¹ Vgl. Interview Pflege1: 6

²²² Vgl. Interview Pflege: 6

BewohnerInnen des jeweiligen PensionistInnenwohnhaus, allerdings ist diese Entscheidung nicht immer als Kollektivwahl zu verstehen, sondern viel eher als offene Stelle, die bei persönlichem Interesse der BewohnerInnen besetzt werden kann. Die Stelle als BewohnerInnenbeirätin bzw. –beirat ist:

„....eine freiwillig gestellte Stelle, das wird gewählt und im Prinzip, also des was sie zur Verfügung stellen ist okay und solange es keinen anderen gibt, der unbedingt das will machen,“²²³

D.h. auch eventuelle Defizite im Schaffensbereich der InteressenvertreterInnen, werden geduldet und erst bei Ablegung des Amtes bzw. bei sehr schlechter Erfüllung der Aufgaben werden andere freiwillige VertreterInnen zugeschalten oder neugewählt.

BewohnerInnenbeirätInnen sind demnach auch BewohnerInnen des PensionistInnenwohnhauses und haben meist einen „guten Draht“ zu anderen BewohnerInnen. Eine Bewohnerin beschreibt das Verhältnis zu einer kollektiven VertreterIn der IV so:

„mit der versteh i mi a guat, tu ma reden am Tisch, das is a Engel (lacht) wirklich. Na das is einmalig. Die is so eine Bewohnerbetreuerin, da kann man sich ja freiwillig dazu melden und sie hat sich gemeldet. Na, (.) aber die macht des so liab, die is so liab, sie is zu alle Leut so liab und so freundlich, dann müssens alle gern haben, ja? (..) Das kann aber nicht jeder, das liegt einem nicht, leider (.)“²²⁴

Anhand vorgegangener Aussage, lässt sich auch sehen, dass der Posten einer/eines BewohnerInnenbeirätin/-beirates sich mit den Qualifikation bzw. der Berufung einer Person decken muss. Eine Bewohnerin der IV beschreibt ihre Laufbahn nicht aufgrund persönlicher Berufung, sondern viel eher aufgrund zufälliger Ereignisse:

„Wie die Jungfrau zum Kind- „Geh bitte, könntest du das nicht machen? Weil der Herr, der das vorher war, der ist schon über 90, der wollte nicht mehr.“ Da habe ich das halt gemacht.“²²⁵

Eine andere Interessensvertretung meint:

²²³ Vgl. Interview SZA: 3

²²⁴ Vgl. Interview Bew4: 2

²²⁵ Vgl. Interview IV2: 1

„Also ich war noch gar net da und wor schon Bewohnerbeirätin.“²²⁶

BewohnerInnenbeiräte unterstützen die NeubewohnerInnen bei der Orientierung in der Institution und stehen für Wünsche der BewohnerInnen zur Verfügung:

„....wenn jemand neu einzieht, stelle ich mich vor oder wenn sie einen Wunsch haben oder sich im Haus nicht auskennen, dann können sie zu mir kommen, dann gehe ich mit den Leuten und zeige Ihnen alles....“²²⁷

BewohnerInnen der Interessensvertretung sind nicht nur AnsprechpartnerInnen der BewohnerInnen, sondern sind auch Teil der Besprechungen mit der Direktion und Teil der wöchentlichen Diskussionen rund um die Thematik des Speiseplans. Die Besprechung des Essensplans dauert, nach Angaben der InteressensvertreterInnen, zwischen zehn und zwanzig Minuten und achtet auf Wünsche und Abwechslung im angebotenen Speisesortiment. Diese Besprechung findet mit Pflegepersonen, dem Küchenchef, der/dem SozialarbeiterIn, der/dem DirektorIn und den BewohnerInnenbeirätInnen statt. BewohnerInnenbeirätInnen kommt nicht nur eine Orientierungsfunktion zu, sondern auch die Funktion einer/eines Detektivin/Detektives, sprich eine Kontrollfunktion, so meint eine Interessensvertretung:

„Also ich bin so im Haus eigentlich der Detektiv, die Leute kommen alle zu mir, ich sehe alles, ich höre alles und ich tue alles beanstanden- ALLES WAS ICH SEHE....“²²⁸

Die persönlich empfundene Kontrollfunktion der InteressensvertreterIn stößt bei anderen BewohnerInnen nicht immer auf Wertschätzung, so erzählt eine Vertreterin von Beleidigungen wegen ihrer Wachsamkeit und den eigenmächtig folgenden Intervention. Pflegepersonen versuchen eine gute Beziehung zu den InteressenvertreterInnen und den EinzugsbegleiterInnen zu wahren, da durch sie Problembereiche angesprochen werden. Weiterverarbeitung findet dieses Problem dann in der jeweiligen Teamsitzung:

²²⁶ Vgl. Interview IV2: 5

²²⁷ Vgl. Interview IV3: 1

²²⁸ Vgl. Interview IV3: 1

„.... jetzt haben wir das fix und nach 4 Wochen schauen wir: braucht der fix wem? Oder was braucht der? Das besprechen wir dann in der Runde, bei den Teamsitzungen, was geht oder nicht, das fällt ja auf, wir haben die Frühstücksdamen, die kommen ja immer, das wird immer an uns weitergegeben, die Frau Sowieso schaut heute schlecht aus, da ist ein Rad das ineinander greift, so soll das sein. Oder (flüstert: in der Waschküche hat wer was gemacht und die Wäsche), nicht?, die sagen uns das immer und dann reagieren wir.“²²⁹

Die InteressensvertreterInnen geben Beschwerden, nach eigenen Angaben, meist direkt an den Direktor weiter:

„ja die Teller stehen am Gang und sind nicht weggeräumt und die haben die Waschküche nicht ordentlich geputzt....ich geb's halt dann weiter und der Herr Direktor sagt, wenn es irgendwas arges ist, dann sagt er es halt am Montag bei der Besprechung,“²³⁰

3.5.8. Entscheidungsebenen

„Grundsätzlich in Managemententscheidungen, die höheres beinhalten, ja? Strategische Gesamtpläne oder so, ...also diese Komponenten werden sicher nicht beeinflusst, was globaler gesehen wird, was vielleicht nicht nur über ein Haus, sondern über mehrere Häuser geht können von Einzelpersonen kaum beeinflusst werden, geht ja erstens um das Wohl der Gesamten, um viele strategische Entscheidungen: Wie schaut die Gesamtentwicklung im pflegerischen Bereich aus? Da steht der gesamte Apparat dahinter, wie der Geriatrieplan und lauter solche Sachen. Was das Haus betrifft, wenn die Interessensvertretung sagt: „Uns fehlt jetzt eine Räumlichkeit, wo wir uns am Nachmittag zurückziehen können und Kaffee trinken oder wie auch immer, dass man das angenehm gestalten könnte.“ Durchaus gibt es da die Möglichkeit, dass sie da als IdeenvorreiterInnen tätig sind und dadurch etwas gelingen kann, was in unseren Köpfen noch nicht drinnen war oder in meinem Kopf noch nicht drinnen war, ja?“²³¹

Vorhergehende Aussage wurde von einem Vertreter der Administration getätigt und sieht den Entscheidungsbereich der kollektiven Interessensvertretung v.a. auf Hausebene und

²²⁹ Vgl. Interview Pflege3: 10

²³⁰ Vgl. Interview IV2: 1

²³¹ Vgl. Interview Admin2: 8

weniger im Bereich der Managemententscheidungen. Bei der Frage nach der NutzerInnenbeteiligung wurde ich auf unterschiedliche Beteiligungsformen aufmerksam, wie das BewohnerInnenparlament. Im PensionistInnenwohnhaus Jedlersdorf gestaltet sich die Beteiligung der NutzerInnen u.a. so:

„Admin2: Bei uns ist das relativ unkompliziert, weil wenn ich das mache, dann mache ich das am Montag in der Früh, bei unseren Morgenkundgebungen, wo ich quasi das Programm der Woche vorstelle, das ist immer Montag in der Früh. Und wenn das solche Entscheidungen sind, dann werden die BewohnerInnen einfach gefragt und die Mehrheit entscheidet mit.

I: Wie? Durch ein Handzeichen? Aufzeigen?

*Admin2: Ja.*²³²

Darüber hinaus bietet das Haus einen schriftlichen Feedbackbogen (siehe Anhang) an, der zu Beginn verteilt wurde und sich nun zur freien Entnahme, nahe dem Eingang befindet. Allerdings ist der Rücklauf dieses Papierses „null bis eins“.²³³

Am Beispiel eines BewohnerInnenwunsches lassen sich die Entscheidungsebenen klarer aufzeigen. So wollte diese Person das Belvedere in Begleitung seiner ehrenamtlichen Mitarbeiterin besuchen und teilte dies der Pflegeperson mit, diese setzte sich in Verbindung mit der Stationsschwester:

„Anderes besprechen wir mit Stationsschwester und die ist ja ganze Woche da. Sie trifft die Entscheidungen, mach ma jetzt, mach ma später, sie fragt schon: „Okay, wie ist ihr allg. Zustand? Geht das überhaupt von medizinsicher Seite, pflegerischer Seite?“²³⁴

- Möglichkeits-/Kompetenzbereiche

Durch die zahlreichen Interviews entsteht der Eindruck, dass Pflegepersonen bei Problemen der BewohnerInnen wie folgt vorgehen:

„Also man schaut, dass man alles glättet, ich leite nicht alle [Beschwerden] weiter, was wir regeln können, dass machen wir alles selbst.“²³⁵

²³² Vgl. Interview Admin2: 9

²³³ Vgl. Interview Admin2: 9

²³⁴ Vgl. Interview Pflege2: 4

D.h. all jene Probleme die ihnen möglich sind zu lösen, werden durch die Pflegeperson versucht zu bereinigen. Die Kommunikation gilt als Regulierungsmaßnahme bei eventuell auftretenden Problemen:

„ICH versuche alles zu regeln, ICH persönlich auch, wenn jemand kommt, dass ich das sofort bereden kann mit ihm.“²³⁶

Die Gesundheit der BewohnerInnen hat nicht nur Sicherheitsaspekte sondern wird von der Pflege auch gefördert, um BewohnerInnen Lebensqualität zu ermöglichen. Somit wird der Kreislauf gefördert und durch Motivation den einzelnen alten Menschen Freude bereitet, dies zeigt sich durch zwei folgende Aussagen:

„manche würden ja den ganzen Tag im Bett liegen, ja? Da muss man auch wieder schauen, ein bissl aufstehen, ist auch wichtig, bringt den Kreislauf wieder im Schwung, alles kommt in Schwung, beim Tisch essen ist auch besser als im Bett essen, nicht?“²³⁷

„sag ich: „Na fahr ma hin, Sie werden sehen und da trink ma an Punsch.“ Man muss sie auch ein bissl überreden, eine Überzeugungskraft reinlegen. Dann sind sie sehr zufrieden: „Jö, es war heut eh wieder schö, ja, ja.“²³⁸

PflegerInnen nehmen auch die Möglichkeit wahr, Ungleichheiten im Besitz der BewohnerInnen auszugleichen:

„Manche haben gar nix, haben nur Altmöbel, manche sind arm, haben gor nix. Und sie haben nicht einmal eine gscheite Wäsche, also Kleidung meine ich. Da schauen wir oft, die Wäsche, da bekommen sie dann von uns etwas, Flohmarkt oder so, schauen wir dann was wir haben....“²³⁹

²³⁵ Vgl. Interview Pflege3: 1

²³⁶ Vgl. Interview Pflege2: 4

²³⁷ Vgl. Interview Pflege3: 5

²³⁸ Vgl. Interview Zivil1: 1

²³⁹ Vgl. Interview Pflege3: 5

3.6. Zusammenfassung der Ergebnisse

Die zentrale Forschungsfrage dieser Case-Study ist, inwiefern NutzerInnen ihre (Mit-) Gestaltungsmöglichkeiten in Bezug auf Strukturen, Regeln und Abläufen in LTC-Einrichtungen erleben und über welche Personen BewohnerInnenanliegen kommuniziert werden? Ebenfalls standen die Weiterleitung der NutzerInnenanliegen und die Wahrnehmung der Anliegen durch Personen und Professionen, im Umfeld der PensionistInnen, im Vordergrund dieser Untersuchung.

Prinzipiell besteht für BewohnerInnen die ständige Möglichkeit ihre Wünsche, Anregungen und Beschwerden anzubringen. Weiterleitung der NutzerInnenanliegen findet dann statt, wenn die Kontaktperson das Problem selbst nicht zu lösen weiß bzw. die Problemlösung andere Personen beinhaltet.

Auf all jene Thematiken, die gemeinhin als relevant für institutionalisierte BewohnerInnen des Apartment- und teilstationären Bereichs gelten, sowie: Essen, Weckzeiten und medizinische Versorgung, haben sowohl BewohnerInnen als auch deren Angehörigen das Gefühl, Einfluss zu haben. Dieser Einfluss wird auch durch Pflege und Direktion wahrgenommen und BewohnerInnen- bzw. Angehörigen- Anliegen in diesem Bereich führen meist zu gewünschter Änderung. Besonders in der Speiseplanung und in Bezug auf die Weckzeiten reagieren Pflege, Küche und Direktion sehr flexibel. Entscheidungsfindungen entstehen hier meist durch interdisziplinäre Teambesprechungen. Im teilstationären Bereich, hier teilen sich zwei Personen ein Zimmer, kommt es manchmal zu Schwierigkeiten im Zusammenleben, sodass eine Verlegung erfolgt. Auch dieser Wechsel der Zimmer passiert in Zusammenarbeit von Pflege, Angehörigen, BewohnerIn und Direktion.

Bei Themen, die sehr viele BewohnerInnen betreffen und emotional aufwirbeln, hier sei das Rauchen in den institutionellen Räumlichkeiten, Platzproblematiken (meist in Bezug auf sanitäre Einrichtungen) und demente Mitmenschen mit ihren besonderen Verhaltensweisen genannt, spiegelt sich eine besondere Kommunikationslandschaft wieder:

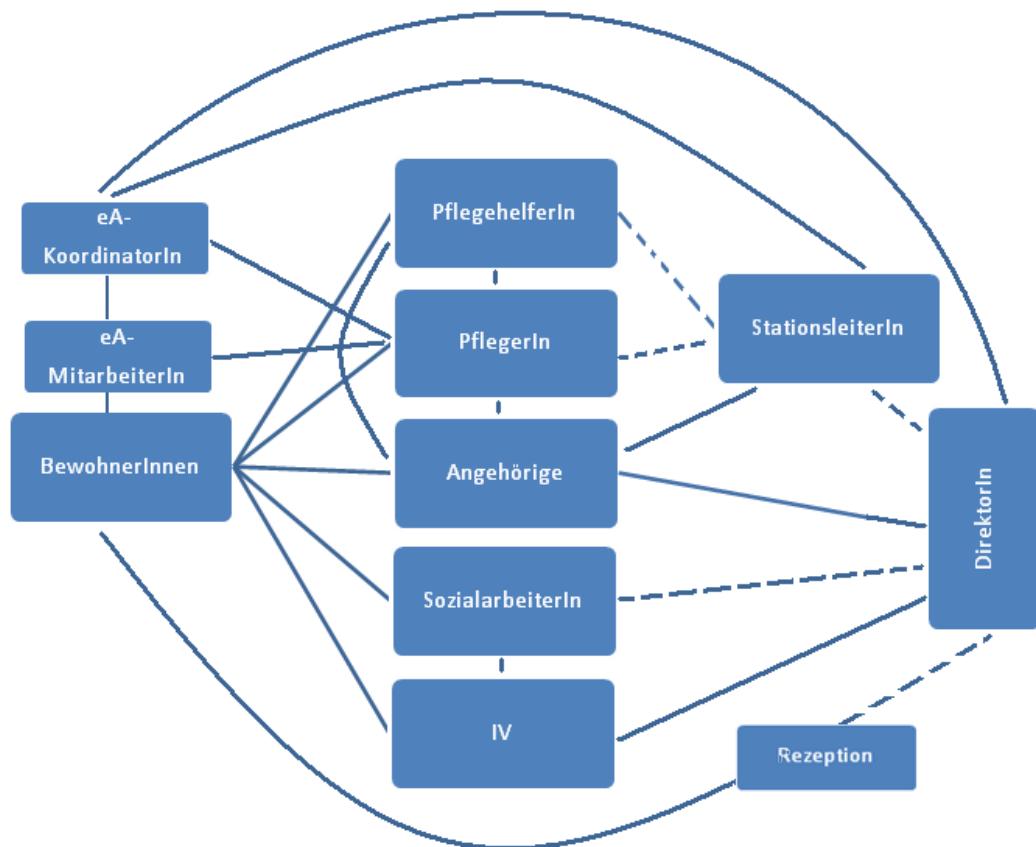


Abbildung 10: Kommunikation gemeinschaftlicher Problematiken

Die Kommunikation gemeinschaftlicher Problematiken richten BewohnerInnen an Personen, mit denen sie im direkten Kontakt stehen, dies sind meist InteressensvertreterInnen, SozialarbeiterInnen, Angehörige oder Altenbetreuungs- bzw. Pflegepersonal. Hier besteht auch die Möglichkeit des direkten Weges der BewohnerInnen zur/zum DirektorIn, wobei auch die Rezeption von acht bis achtzehn Uhr Anlaufstelle darstellt. Die Personen der Rezeption geben Informationen und versuchen Dinge zu klären oder leiten diese an entsprechende Stellen dann weiter. So kommt der Rezeption eine gewisse Sammel- und Filterfunktion zu, die nur relevantes an die/den DirektorIn weitergibt und gesammelte Anregungen zu den „richtigen“ Personen weiterleitet und die/den BewohnerIn informativ

berät. Hier stellt sich die Frage, inwiefern dieser Filterprozess positive oder negative Auswirkungen auf den Informationsfluss hat?

Nicht durchgehende Linien zeigen Personen (-gruppen) oder Stellen an, die gemeinschaftliche Probleme meist insofern regeln, dass Situationen und Zusammenhänge den BewohnerInnen erklärt werden und das Problem innerhalb dieser Beziehung geklärt wird. Dies passiert in der Beziehung BewohnerIn – AltenbetreuerIn, BewohnerIn – PflegerIn und BewohnerIn – SozialarbeiterIn. BewohnerInnenbeirätInnen und Angehörige leiten Problembereiche weiter, wobei die IV dies direkt an die/den DirektorIn tut und Angehörige sich meist auch an die Pflege richten. Nur in der Phase des Einzuges und bei gravierenden Problemen wenden sich Angehörige an die Direktion. Jene Personen(gruppen), von denen keine durchgehenden Linien weiterführen, leiten Informationen auch an die „richtige“ Stelle weiter bzw. empfehlen eine /einen andere/anderen AnsprechpartnerIn.

Eine Gewichtung der Wege ist insofern möglich, dass nur BewohnerInnen, die von ehrenamtlichen MitarbeiterInnen betreut werden, Wünsche und Anliegen an diese weitergeben. Nur mobile BewohnerInnen können sich direkt an die Rezeption wenden. Die InteressensvertreterInnen sind nur im Apartmentbereich vertreten und können daher üblicherweise auch nicht von SeniorInnen des teilstationären bzw. stationären Bereiches kontaktiert werden. Somit steht den BewohnerInnen des stationären und teilstationären Bereiches, v.a. aufgrund der individuellen Einschränkungen in Mobilität, folgende Wege:

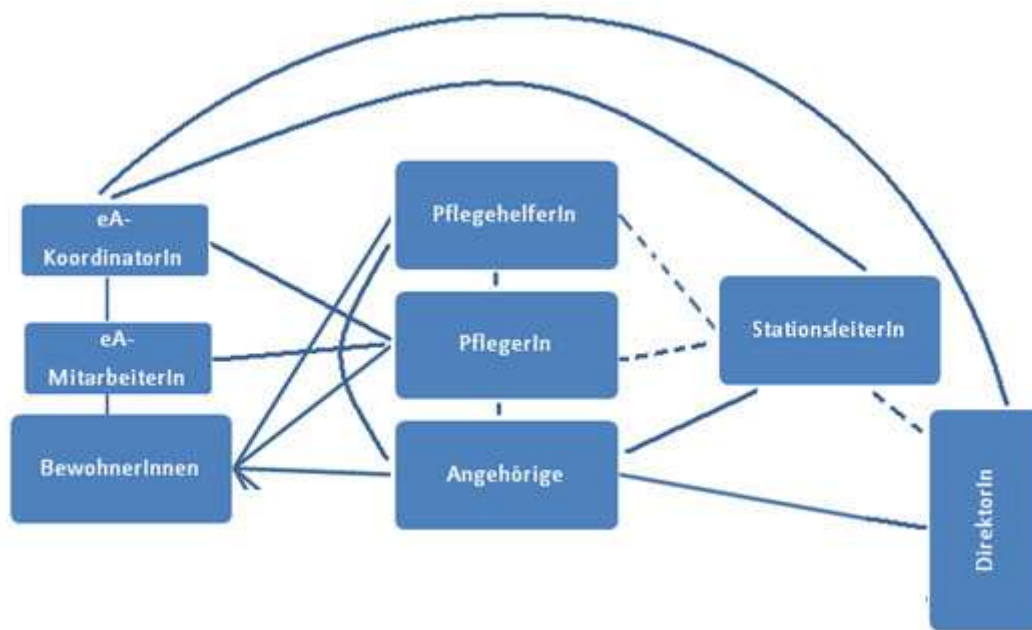


Abbildung 11: Mögliche Kommunikationswege der BewohnerInnen des stationären und teilstationären Bereiches

Sofern BewohnerInnen des stationären und teilstationären Bereiches also durch eA-MitarbeiterInnen betreut werden, können sie über diese ihre Anliegen kommunizieren. Ansonsten werden Anliegen an Angehörige, sofern vorhanden, oder an PflegehelferInnen und PflegerInnen weitergegeben.

Eine Einflussgröße, welchen Personen des Ansprechpools Dinge erzählt werden, ist die Sympathie diesen Menschen gegenüber, dies gaben sowohl BewohnerInnen als auch PflegerInnen und VertreterInnen anderer Berufsgruppen an.

Die SozialarbeiterInnen sind, neben ihrer Rolle als Ansprechperson für BewohnerInnen, auch Teil der Sitzung der BewohnerInnenbeirätInnen. Innerhalb dieser Sitzungen bearbeiten BewohnerInnenbeirätInnen die Themen Speiseplan und Informationen/Beschwerden/Anregungen bezüglich einzelner BewohnerInnen. Die Position der SozialarbeiterInnen ist bei zwischenmenschlichen Problemen auch oft Anlaufstelle der BewohnerInnenbeirätInnen, sodass hier Informationen, über andere BewohnerInnen kommuniziert werden. In diesem Gespräch werden jedoch Informationen die dem Datenschutz unterliegen, die andere BewohnerInnen betreffen, von der/dem SozialarbeiterIn gewahrt (z.B. Informationen mit Datenschutz: Finanzlage der BewohnerInnen).

SozialarbeiterInnen sind für BewohnerInnen v.a. AnsprechpartnerIn bei finanziellen Problemen, Wünschen in Bezug auf die Speiseplanänderung und zwischenmenschlichen Problemen.

Die Möglichkeit der Anbringung von Beschwerden und Anregungen ist für BewohnerInnen und ihre Angehörigen durchaus gegeben, der Typenunterschied der PensionistInnen macht nach allgemeinen Angaben allerdings den Unterschied, inwieweit Personen ihre Wünsche anbringen. Meist ist die Situation des Beschwerdemanagements wie folgt:

„wenn sie was brauchen kummens, aber es wird nicht hinten nachgegangen und nachgekitzelt, das geht ganz einfach aufgrund der großen Anzahl der Menschen nicht, die beschränkte Stundenanzahl der hauptamtlichen Berufsgruppen geht das nicht.“²⁴⁰

Die Möglichkeit der Beschwerde durch schriftliche Mitteilung ist im untersuchten Haus des KWP ebenfalls gegeben, dies wird von den BewohnerInnen aber nur sehr selten wahrgenommen. Die sprachliche Kommunikation der Wünsche, Beschwerden und Bedürfnisse ist bei BewohnerInnen besonders zentral und oft ist eine Klärung mit der entsprechenden Berufsgruppe bereits befriedigend. Viele Berufsgruppen sehen den Lösungsvorgang dabei so:

„also das ist in Absprache ganz einfach mit der oder dem Bewohner und dann halt irgendwie schauen, wie kann man feinfühlig vorgehen mit den gelindesten Mitteln, wir haben bei uns halt eine recht mögliche Lösung für alle Betroffenen gefunden werden kann.“²⁴¹

Ein effektives Lernen der Organisation über problematische Strukturen, im Sinne eines modernen Fehlermanagements, wird durch das vorhergehend beschriebene Vorgehen verhindert. Das Problem liegt dabei darin, dass Probleme nicht weiter kommuniziert werden, sondern bereits im Vorfeld behandelt werden. So kann keine Änderung der Organisationsstruktur erfolgen, die diese Problembereiche vielleicht hervorgerufen hat.

D.h. all jene Personen (- gruppen), die eine durchsetzte Linie in der Verbindung zur Pflege oder zur Direktorion ziehen, können Endempfänger von Beschwerden und Anliegen der BewohnerInnen sein. Diese Personen versuchen dann, wie in eben angeführter Interviewpassage auf die Anliegen einzugehen. Dabei ist nicht so sehr die tatsächliche

²⁴⁰ Interview18; S. 4

²⁴¹ Interview16; S. 2

Umsetzung der Problematik zentral, sondern viel eher die Bearbeitung der Anliegen, nach genanntem Schema.

BewohnerInnenbeirätInnen sind oftmals Ansprechpersonen für BewohnerInnen, hier besonders bei zwischenmenschlichen Problemen und Defiziten im Speiseplan. Allerdings gibt es auch VertreterInnen, die bereits durch fortgeschrittenes Alter und körperlicher Einschränkung nicht mehr wirklich in der Lage sind ihre Vertretungsfunktion auszuführen. Der Einflussbereich der kollektiven Interessensvertretung und somit auch der BewohnerInnen ist v.a. in Bezug auf geringfügige Änderungen in Bezug auf Leistungen des Hauses gegeben. Weniger Einfluss besteht im Bereich der Managemententscheidungen, wie z.B. Pflegeplanung, Finanzierungsstrukturen und globaleren Entscheidungen, die das Haus und dessen Serviceleistungen betreffen.

Weniger Einfluss haben BewohnerInnen in Bezug auf die räumlichen Gegebenheiten, dies wird auch von BewohnerInnen mit Verständnis wahrgenommen, da so etwas, nach allgemeinen Aussagen, schwer umsetzbar ist. BewohnerInnen können sich mit Wünschen und Beschwerden fast immer an Personen im institutionellen Umfeld wenden, allerdings wird nur von PflegerInnen, PflegehelferInnen oder Angehörigen nachgefragt, inwiefern die BewohnerInnenzufriedenheit gegeben ist. Beim Kontakt mit anderen Personen ist die Eigeninitiative der BewohnerInnen mehr gefordert.

Sowohl Angehörige als auch Stationsleitung, PflegerInnen und PflegehelferInnen versuchen einen regen Kontakt miteinander aufrecht zu erhalten. Innerhalb dieser Beziehungen erfolgt ständiger Informationsaustausch, dabei leisten PflegerInnen und PflegehelferInnen ggf. auch Aufklärungsarbeit bei den Angehörigen. Angehörige charakterisieren die Durchsetzung der Interessen dadurch, dass eine Reaktion auf die Wünsche meist nur dann erfolgt, wenn man „dahinter“ ist. Angehörige, die durch ihre (zu hohen) Erwartungen die BewohnerInnen überfordern und damit in Stresssituationen bringen, können hier durch die VertreterInnen der Pflege ein anderes Verständnis von Gesundheit und Wohlbefinden im Alter aufgezeigt bekommen.

4. Fazit

Im diesem Kapitel werden wesentliche Ergebnisse nochmals kurz dargestellt und dann mit Ergebnissen vorgestellter Studien aus Kapitel 3. verglichen. Eventuelle Empfehlungen aus vorgestellten Studien und vorliegender Arbeit werden ebenso angeführt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Begleitung der BewohnerInnen durch eine Vertretung des interdisziplinären Teams, bei Neueinzug in die Einrichtung, besonders für die Orientierung der neuen SeniorInnen sehr wichtig ist. So bekommen BewohnerInnen Informationen, in Bezug darauf, an wen sie welche Wünsche richten können. Die Einzugsbegleitung hilft auch im Anfreunden mit den institutionellen Strukturen.

Ein gutes Verhältnis zwischen Angehörigen und Betreuungspersonal ist Grundvoraussetzung für die Autonomie der BewohnerInnen. Beispielsweise wird die selbstständige Einnahme von Mahlzeiten durch die PensionistInnen von Angehörigen oft als Vernachlässigung wahrgenommen, sodass die Pflege hier Aufklärungsarbeit leistet.

Eine klare Unterscheidung wird im Untersuchungsfeld zwischen stationären und teilstationären Bereich vorgenommen. Autonomie wird hier oft in Abhängigkeit von der Mobilität und den kognitiven Fähigkeiten genannt. Es besteht weiteres der Glaube, dass Personen je nach Persönlichkeit aktiv oder passiv mit ihrer Autonomie umgehen.

Direkte Förderung der BewohnerInnenautonomie findet durch PflegehelferIn, PflegerIn, StationsleiterIn, SozialarbeiterIn und ihre Angehörigen statt. Andere Personen leiten Probleme eher weiter oder besprechen diese im interdisziplinären Team.

Als wesentliche Problembereiche werden die Nicht-Harmonisierung der Werte, Interessen und Normen der PensionistInnen dargestellt, ein Grund dafür kann u.a. der hohe Altersunterschied der BewohnerInnen sein. Dadurch entstehen oft zwischenmenschliche Konflikte.

Kritisch ist auch der Hotelvergleich mit der institutionellen Einrichtung anzusehen, da dadurch viele Gestaltungsmöglichkeiten (z.B. individuelle Raumgestaltung), die im Hotel nicht gegeben sind, sich durch den direkten Vergleich auch in der Institution ausschließen. Dieser Hotelvergleich wurde v.a. von administrativen Personal und Angehörigen genannt.

Ähnlich wie in der Studie von Siegrist-Hug & Gut-Rimle (2003) von Kapitel 3., werden strukturelle Rahmenbedingungen als einflussgebend auf die Selbstbestimmung der BewohnerInnen einer Alteneinrichtung betont. Strukturelle Rahmenbedingungen werden durch die InterviewpartnerInnen dieser Diplomarbeit, besonders bei Essenszeiten und Schlafzeiten mit der Chance zu Mitbestimmung und Einflussnahme erlebt. Andere Strukturen, beispielsweise räumliche Strukturen, werden besonders im stationären Bereich mit geringer Möglichkeit zu individueller Einflussnahme gesehen.

In der vorliegenden Arbeit wird der Standpunkt der Stärkung für das Bewusstsein der PensionistInnen in Bezug auf Selbst- und Mitbestimmung eher von Pflegekräften und PflegehelferInnen in ähnlichem Ausmaß wie bei Siegrist & Gut-Rimle (2003) betont. In dieser Diplomarbeit wird von Angehörigen der Direktion oft die Meinung vertreten, dass es verschiedene Menschentypen gibt und nicht jede bzw. jeder Mitbestimmung im selben Ausmaß anstrebt. Angehörige gaben eher an, dass die BewohnerInnen eines PensionistInnenwohnhauses ihre Unterstützung benötigen, um Anliegen durchsetzen zu können.

Widhalm (2009) betonte in ihrer Studie die Rolle der BewohnerInnenvertreterInnen als „Vermittler“ und die Rolle der Leitungsebene als „ExpertInnen“ für die Anliegen der BewohnerInnen. Ebenso kritisiert Widhalm die oftmaligen Einschränkungen der Mitsprachemöglichkeiten durch den Grad der Mobilität der BewohnerInnen. Auch in der vorliegenden Arbeit lässt sich deutlich erkennen, dass weniger mobile BewohnerInnen nur über Umwege mit der Leitungsebene oder BewohnerInnenvertreterInnen kommunizieren können. Die VertreterInnen sind nur für den Wohnbereich zuständig, die BewohnerInnen mit 24-Stunden-Betreuung hätten sowieso jederzeit die Möglichkeit, ihre Wünsche gegenüber der Pflege zu äußern. Hier möchte ich kritisch anmerken, dass besonders die BewohnerInnen des stationären Bereiches eine Vertretung aus den eigenen Reihen als positiv erleben könnten, die nicht eine Person der Rundum-Betreuung darstellt.

In Anlehnung an die Untersuchungen von Andresen & Puggaard (2008) ist auch basierend auf den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit eine individuelle Planung des Tagesablaufes durch die BewohnerInnen mit BetreuerInnen zu empfehlen.

Im Vergleich der Ergebnisse der vorliegenden Fallstudie mit den Ergebnissen der Studie von Huber et al. (2005) wurden auch in vorliegender Studie die Themenbereiche Information, Entscheidungsspielräume, die Wohnsituation und Gefühle thematisiert. Der geringe Entscheidungsspielraum im Bereich Wohnen konnte sich auch in vorliegender Studie bestätigen, wegen des Hotelcharakters, und räumliche Änderungen können nur im Privatappartment thematisiert werden. Kritisch sei hier anzumerken, dass auch BewohnerInnen der teilstationären und stationären Einrichtungen ein Anrecht auf eigens gestalteten Raum haben, allerdings wird dies aufgrund der Mehrfachbelegungen der Zimmer oft als unmöglich dargestellt.

Garms-Homolová et al. (2009) machten in ihrer Studie auf die fehlende Selbst- und Mitbestimmung der Seniorinnen und Senioren in der Phase der „Heimwahl“ aufmerksam. Dieses Argument wird in der vorliegenden Arbeit von VertreterInnen der Heimleitung durch „rechtzeitiges Anmelden“ widerlegt. Allerdings ist die richtige Zeit des Anmeldens oft mehrere Jahre vor dem Einzug, und viele Menschen wählen den Heimeinzug erst als letzte Möglichkeit. Hier sei eine Änderung des „Heimbildes“ im Bewusstsein der Menschen empfohlen.

Als Ausblick ist festzuhalten: Die Möglichkeiten der Selbst- und Mitbestimmung von HeimbewohnerInnen ist eine Thematik mit hohem Forschungsbedarf. Insbesondere gilt es Modelle zu finden, die eine Selbst- und Mitbestimmung von BewohnerInnen des teilstationären und stationären Bereiches gewährleisten. Immobilität sollte kein Hindernis darstellen, sodass individuelle Bedürfnisse dadurch nicht oder nur schlecht kommuniziert werden können. Es gilt demnach Modelle zu entwickeln und in der Praxis zu erproben und zu evaluieren, sodass das Leben in einer Alteneinrichtung von den BewohnerInnen gestaltet werden kann. Dabei sollte es BewohnerInnen jedes Alters und jedes Gesundheitszustandes möglich werden, ihr Leben innerhalb der Einrichtung, nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen, zu beeinflussen.

5. Literaturliste

A

Amann, Anton (2004): Die großen Alterslügen. Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittbremse? Wien: Böhlau Verlag.

Andresen, Mette; Puggaard, Lis (2008): Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: a study protocol for an intervention study. University of Southern Denmark, Faculty of Health Sciences, BioMed Central Geriatrics, Denmark: Pubmed.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2631025/>

Arbeitskreis der BZgA (2004): Kriterien zur Ermittlung von „Models of Good Practice“ erstellt durch den beratenden Arbeitskreis der BZgA des bundesweiten Kooperationsprojektes „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“. Stand Oktober 2004. Berlin: Gesundheit Berlin e.V. [http://www.lasa-brandenburg.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/veranstaltungen/2009/SGB_II_Zyklus_Nov_2009/Spitzner_-_Endfassung_Kriterien_10-04.pdf]

B

Beer, Stafford (1994): Brain oft he Firm. Classic Beer Series, 2nd edition. New York: Willey.

Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenadvokatschaft eingerichteten Wiener Heimkommission (2009). Wien: Stadt Wien.

Betreuungsvertrag KWP (2010): Häuser zum Leben. Wien: Stadt Wien.
[http://www.kwp.at/pics/web/PDF/Betreuungsvertrag_Juli2010.pdf] (Stand Juli 2010)

Beukelman, David; Mirenda, Pat 1992: Augmentative and Alternative Communication. Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults. Baltimore: Brookers Publishing Co, S.102

Bobbert, Monika (2002): Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts. Frankfurt am Main: Campus Verlag.

Brandenburg, Hermann (2005): Autonomieförderung durch Pflegende in der Langzeitpflege?! In: Huber, Martin; et al. (2005): Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim- Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche Verlag.

Brocklehurst, John; Dickinson, Edward, 1996: Autonomy for elderly people in Long-term Care. Age and Ageing, 25.: S. 329-332.
<http://ageing.oxfordjournals.org/cgi/reprint/25/4/329.pdf> (Stand 26.01.10)

C

Caspar, Sienna; O'Rourke, Norm, 2008: The Influence of Care Provider Access to structural Empowerment on individualized care in Long-Term-Care facilities. The Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences 63. Oxford: Oxford University Press, S.255-265.

Collopy, Bart (1988): Autonomy in long term care: some crucial distinctions. Gerontologist, 28(Supplement) June, Oxford: Oxford University Press, 10-17

Corbin, Juliet; Strauss, Anselm (1988): Unending work and care: Managing chronic illness at home. San Francisco: Jossey – Bass Publishers.

D

Deutmeyer, Melanie; Thiekötter, Andrea (Hg.), 2009: Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Wien: Facultas Verlag.

Dettbarn-Regentin, Jürgen (2000): "Mitgestalten-Mitverantworten-Selbstverwalten". Bericht von der Fachtagung 31. Mai bis 2.Juni in Tutzing. (<http://www.bagso.de/926.html>, Stand 01.03.2011)

DUDEN- deutsches Universalwörterbuch (1998): Autonom; S. 142. Mannheim: Bibliographisches Institut.

E

Eisenriegler, Doris (2010): Das Thema Alter wird immer mit Defiziten in Verbindung gebracht. Newsletter vom 01.09.2010, Die Grünen SeniorInnen Österreich. <http://seniorinnen.gruene.at/oberoesterreich/artikel/lesen/64515/> (Stand 25.08.2010)

F

Fischer, L. (1976): Die Auswirkungen der Institutionalisierung auf das Selbstbild alter Menschen. Wien: Böhlau Verlag.

Flick, Uwe; Von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.), 2004: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 3. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Friedemann, Marie-Luise (1996): Die Theorie des systemischen Gleichgewichts. <http://www2.fiu.edu/~friedemm/DieTheoriesystemischenGleichgewichts2.htm> (Stand 03.09.2010)

Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretative Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV-Verlag.

G

Garms-Homolová, Vjenka; Von Kardorff, Ernst; Theiss, Katrin; Meschnig, Alexander; Fuchs, Harry, 2009: Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.

Goffman, Erving (1961): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Deutsche Ausgabe (1971). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

H

Huber, Martin; Siegel, Siglinde Anne; Wächter, Claudia; Brandenburg, Andrea, 2005: Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim- Wie Pflegende die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.

Heinzelmann, Martin (2004): Das Altenheim- immer noch eine „Totale Institution“? Eine Untersuchung des Binnenlebens zweier Altenheime. Göttingen: Cuvillier.

Hoffmann, Michael; Pilgram, Arno, 2004: Autonomie im Alter. Stellvertretungsregelungen und Schutzrechte: Ein internationaler Vergleich. Tagungsband des internationalen Workshops der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen, Düsseldorf und des Institutes für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien. 30. bis 31. Oktober, Wien. Wien: NW – Verlag.

K

Käppel, Volker; Wie, Joachim, 1998: DUDEN: Das Wörterbuch medizinischer Fachausdrücke. Redaktion Naturwissenschaft und Medizin, 6.Auflage, Mannheim: Dudenverlag.

Käppeli, Silvia (2002): Pflegekonzepte. Phänomene im Erleben von Krankheit und Umfeld. 2.Band, Bern: Hans Huber Verlag.

Kern, Norbert (2004): Qualitätsmanagement. Organisation, Betriebsführung, in der Altenpflege. 1. Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.

Kienzl, Harald (2004): Protokoll der Arbeitsgruppe 3. Wien. In: Hoffmann & Pilgram (2004)

Kirchweiger, Klaus (2009): Change- Management in der Altenpflege. Masterarbeit. Norderstedt: Grin Verlag.

Koch-Straube, Ursula (2003): Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. 2.Auflage, Rübert Bosch Stiftung, Reihe Pflegewissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber.

Kohlpoth, Tanja (2007): Gesellschaftsbild und soziologische Theorie. Talcott Parsons' Funktionalismus im Kontext der gesellschaftlichen Entwicklung der USA in den 1950er und 1960er Jahren. Dissertation, 2006, Kassel: Kassel University Press.

Krohn, Wolfgang; Küppers, Günter, 1990: Selbstorganisation - Aspekte einer

wissenschaftlichen Revolution. Wissenschaft als selbstorganisierendes System. Eine neue Sicht alter Probleme. Wiesbaden: Vieweg Verlagsgesellschaft. S. 303-327.

Kühne-Ponesch, Silvia (2004): Modelle und Theorien in der Pflege. Wien: Facultas Verlag.

L

Lange, Dorothea; Antener, Gabriela; Knobel Furrer, Christina, 1997: Ein soziologische Zugang zur Unterstützenden Kommunikation. Möglichkeiten eines umfassenderen Implementierungsmodells für AAC-Maßnahmen. Beitrag zur 4. Fachtagung „Unterstützende Kommunikation“, September, Zug: ISAAC-Geschäftsstelle.
[http://www.buk.ch/texte/fachtagunguk_1997.PDF] (Stand 01.03.2011)

Lensing, Thomas (1999): Vorschau und Rückblick? Lebensziele von Menschen im Altenheim. In: Moers, M., et.al. (1999): Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker und alter Menschen. Bern: Hans Huber Verlag.

Lienbacher, Eva (2006): Innovation in Alten- und Pflegeheimen Österreichs. Eine NAalyse des Innovationspreises 2004. Diplomarbeit, Wien: Wirtschaftsuniversität Wien.

M

Mars, Godelief; Kempen, Gertrudis; Widdershoven, Guy; Janssen, Peter; Van Eijk, Jacques (2008): health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine. Conceptualizing autonomy in the context of chronic physical illness: relating philosophical theorie to social scientific perspectives. July, Vol. 12, London: SAGE Publications.

May, Arnd T. (2001): Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige. 2.Auflage, Münster: LIT - Verlag.

McCormack, Brendan (2001): Autonomy and the relationship between nurses and older people. *Ageing & Society*, Vol. **21**, Cambridge: Cambridge University Press, S. 417-446

Menche, Nicole (2007): Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 4.Auflage, München: Urban & Fischer Verlag.

Meiringer, Inge (1990): Die Auswirkungen von mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten und Entscheidungsfreiheit bei alten Menschen in Heimen. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

Menkovic, Biljana (2002): Der Autonomie-Begriff, seine diskursive Verwendung und Bedeutung in den österreichischen Universitätsreformdiskussionen 1998 bis 2002. Dissertation. Wien: Universität Wien.

Michel-Fabian, Rudolf (2002): Prozessleitfaden Beschwerdemanagement im Altenheim. Diakonie, Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen, Münster: Diakonie.
<http://www.diakonie->

rwl.de/cms/media//pdf/publikationen/broschuere_beschwerdemanagementimaltenheim_2002.pdf (Stand 03.11.2010)

Miebach, Bernhard (2010): Soziologische Handlungstheorie. Eine Einführung. Lehrbuch. 3.Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Moers, Martin; Schiemann, Doris; Schnepf, Wilfried, 1999: Pflegeforschung zum Erleben chronisch kranker alter Menschen. Bern: Hand Huber Verlag.

Müller, Wenzel; Betz, Martin; Rosemayr, Leopold, 2003: Wohnen im Altenheim. Suchen und finden. Kosten im Überblick. Ihre Rechte. Ratgeber, Wien: Verein für Konsumenteninformation.

O

Oevermann, Ulrich (1999): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, Arno; Helsper, Werner (Hg.): Pädagogische Professionalität: Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. S. 70-182

O'Sheedy, Birgit (2009): Das Belastungserleben von Pflegepersonen im Umgang mit Demenzpatienten auf Demenzstationen im Vergleich zur traditionellen Langzeitpflege- Betrachtung des Belastungserleben, der Pflegekonzepte und der Berücksichtigung der Autonomie des Patienten. Diplomarbeit, Universität Wien.

Österreichischer Pflegevorsorgebericht (2009): BMASK, Wien.
http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/6/0/1/CH0099/CMS1219747620838/pflegevorsorgebericht_2009.pdf

Österreichischer Städtebund (2006): Positionspapier des Sozial- und Gesundheitsausschusses des Österreichischen Städtebundes. Sicherung der Altenpflege und –betreuung in Österreich. Überarbeitete Fassung nach den Beratungen am 27. 09. 2006 in Linz. (Stand 10. 10. 2006)

Österreichischer Städtebund (2011): Themenfeld Soziales
[<http://www.staedtebund.gv.at/themenfelder/soziales.html>] (Stand 01.04.2011)

P

Peck, Nicole (2001): Die Biographie von Altenheimbewohnern als Einflussfaktor auf die Interaktion zwischen Pflegepersonal und alten Menschen im Altenheim: unter besonderer Berücksichtigung der Anwendungsmöglichkeiten der biographischen Diagnostik in der institutionellen Altenpflege. Diplomarbeit, Wien: Universität Wien.

S

Scheutz, Martin (2008): Totale Institution. Wiener Zeitschrift zur Geschichte der Neuzeit. 8.Jg., Heft 1, Innsbruck: Studienverlag.

Schmidt, Artur (1999): Endo-Management. Entrepreneurship im Interface des World Wide Web. 2. Auflage. Bern: Paul Haupt-Verlag.

<http://www.wissensnavigator.com/interface4/management/endo-management/buch/hab4333.pdf> (Stand 31.03.2011)

Schmidt, Simone (2005): Das QM-Handbuch. Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag.

Schneekloth, Ulrich; Wahl, Hans-Werner, 2009: Pflegebedarf und Versorgungssituation bei älteren Menschen in Heimen. Demenz, Angehörige und Freiwillige, Beispiele für „Good Practice“. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schneiders, Katrin (2010): Vom Altenheim zum Seniorenservice. Institutioneller Wandel und Akteurkonstellationen im Sozialen Dienstleistungssektor. Band 3, 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Schroeter, Klaus R.; Rosenthal, Thomas (Hg.), 2005: Soziologie der Pflege. Grundlage, Wissensbestände und Perspektiven. Grundlagentexte Pflegewissenschaft. Weinheim: Juventa Verlag.

Schulz, Andrea (2004): Traditionelle und alternative Wohnformen für Seniorinnen und Senioren- zur Entscheidungsfindung zwischen Heimunterbringung und betreutem Wohnen. Norderstedt: Grin Verlag.

Schulze, Ulrike; Niewohner, Silke, 2004: Selbstbestimmt in der letzten Lebensphase- zwischen Autonomie und Fürsorge. Impulse aus dem Modellprojekt LIMITS Münster. Hrsg. im Auftrag der Forschungsgruppe Pflege und Gesundheit. Münster: LIT Verlag.

Seidl, Elisabeth; Stankova, Marta; Walter, Ilsemarie (Hg.), 2000: Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Pflegewissenschaft heute, Band 6, Wien: Verlag Wilhelm Maudrich.

Siegrist-Hug, Christina; Gut, Rimle, Karin (2003): Selbstbestimmung im Altersheim. Eine Untersuchung zu Anspruch und Wirklichkeit. 1. Auflage. Edition Soziothek, Schriftreihe Diplomarbeit der Hochschule für Sozialarbeit HSA, Bern.

Simon, Fritz B. (2008): Einführung in Systemtheorie und Konstruktivismus. 3. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag und Verlagsbuchhandlung.

Stadt Wien (2009): Bericht der bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft eingerichteten Wiener Heimkommission. Wiener Heimkommission bei der Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patienten-anwaltschaft, Wien.

Steinbach, Herlinde (2007): Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. 2. Auflage, Wien: Facultas Verlag.

Stuart Gail Wiscarz; Sundeen, Sandra 1995: Principles and practice of psychiatric nursing. 3rd Edition, St.Louis: Mosby.

V

Varela, F. J. (1986): Two Principles for Self-Organization; in: Ulrich, H./Probst, G. J. B. (Hg.): Self-Organization and Management of Social Systems. Berlin: Springer, S. 25-32.

Vaskovics, Lazlo (2004): Neue Institutionalisierung der Lebensgestaltung von Hochaltrigen. In: Bühler, Stefan; Stosberg, Manfred (Hg.) 2004: Neue Vergesellschaftungsformen des Alter(n)s. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Volkshilfe Oberösterreich (2010): Wissen: Pflegesystem in Österreich. Magazin für Menschen. <http://www.seniorenheim.at/pdf/Pflegesystem.pdf> (Stand 29.11.2010)

Vuschl, Kerstin (2006): Soziale Netzwerke und Einsamkeit bei Altenheimbewohnern. Diplomarbeit. Universität Wien, Wien.

W

Wagner, Andreas (2001): Empowerment. Möglichkeiten und Grenzen geistig behinderter Menschen zu einem selbstbestimmten Leben zu finden. <http://www.a-wagner-online.de/empowerment/emp3.htm> (Stand 03.09.2010)

Widhalm, Manuela (2009): Das Setting "Altenheim" im Kontext gesundheitsfördernden Handelns. Eine qualitative Analyse des Kuratoriums Wiener Pensionisten- Wohnhäuser. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

WIFO (2008): Mittel- und langfristige Finanzierung der Pflegevorsorge. Forschungsbericht.

Wilke, Helmut (2001): Systemtheorie III: Steuerungstheorie. 3.Auflage, Stuttgart: Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft.

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 1(1), Art. 22, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0001228>.

5.1. Internetquellen

Fonds Soziales Wien (2011): Soziales Wien: <http://sozialinfo.wien.gv.at>

Jänecke, Norbert (2009): Mitbestimmung im Pflegeheim. Interview mit Kuczera, Dirk: <http://www.derwesten.de/staedte/bottrop/kirchhellen/Mitbestimmung-im-Pflegeheim-id39249.html> vom

Kneringer, Daniel (2010): Das Thema Alter wird immer mit Defiziten in Verbindung gebracht. Interview mit Obfrau Doris Eisenriegler am 25.08.2010. Tips, total regional:
<http://seniorinnen.gruene.at/oberoesterreich/artikel/lesen/64515/> (Stand 03.11.10)

Krems, Burkhardt (2011): Gute Praxis Beispiele („Good Practice“):_Beitrag im Online-Verwaltungslexikon olev.de, Version 1.42:
http://www.olev.de/g/good_practice.htm (Stand 20.01.2011)

Kuratorium Wiener Pensionistenwohnhäuser (KWP):

- www.kwp.at (Stand 29.11.2010)
- http://www.kwp.at/download/BLB_JED.PDF (Stand 29.11.2010)

Ludwig Boltzmann Institut für Health Care Promotion:
<http://lbihpr.lbg.ac.at/de/hpl-health-promoting-long-term-care> (Stand 31.03.2011)

SeniorInnenbüro der Stadt Wien:

<http://www.senior-in-wien.at/dokumente/SenWohn.pdf> (Stand 24.08.2010)

Statistik Austria (2011): : Jahresdurchschnittsbevölkerung seit 1981 nach Geschlecht bzw. breiten Altersgruppen
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerung_im_jahresdurchschnitt/023425.html (Stand 19.05.2011)

890 Seniorenheime Pflegeheime Altenheime Altersheime Betagtenheime Seniorenzentren Pensionistenheime: www.seniorenheim.at (Stand 29.11.2010)

CURRICULUM VITAE

Personal Information:

Surname **Drechsler**
Given Name: **Emily**
Date of Birth: February, 22, 1986
Nationality: Austrian
Contact details: Address: Margaretengürtel 94/32
1050 Vienna, Austria
Mobile: +43 69911603626
Email: Drechsler5Emily@gmx.at



Objective:

Working in a challenging environment in a top company where I can develop and apply my knowledge and skills.

Professional Experience:

05/11-06/11	Start Europe, Vienna Internship, Corporate Planning "StartUp Week"
02/11	"Move On Company" Marketing – and Communicationmanagement, Vienna Assistance Eventmanagement
08/09- 08/10	Ludwig Boltzmann Institute for Health Care Promotion, Vienna Transcription & Mastergraduant
01/06- 01/11	KWP- Pensionistenwohnhaus Alzeile, Vienna Voluntary Service, Assistance with the Organisation of Events
2004-2009	Spaetrot Winery, Gumpoldskirchen (Lower Austria) Organisation & Collaboration, Autumn-Promotion
08/08	Euro RSCG, Vienna Internship PR
2008	Austria Trend Hotel „Savoyenne“, Vienna Early duty, Breakfast Service
06/07- 08/07	AKG Acoustics GesmbH, Vienna Assistance Production and Logistics, Conversion to SAP

06/06- 10/06	Summerstage, Vienna Cooperation with Events & Customer Service
2005- 2006	Vinothek Spaetrot, Gumpoldskirchen (Lower Austria) Event organization, Service Employee

Education :

03/07- present	B.Sc., Business Administration , Specialization: Marketing (University of Vienna, graduation 2012)
10/08- present	M.A., Sociology , Specialization: Human Resources (University of Vienna, graduation 2011)
10/08-07/10	MBA, Health & Social Management (Body and Health Academy Vienna, graduated)
10/05- 05/10	Mag., Nursing Science (University of Vienna, graduated)
10/05- 10/08	B.A., Sociology (University of Vienna, graduated)
09/96 – 06/04	Sports High School , 2344 Maria Enzersdorf/ Gießhübl

Languages:

- German: native speaker
- English: excellent written and oral skills
- Spanish: good written and oral skills

Miscellaneous:

- Office Programmes , SPSS, SAP
- NLP-Modules
- Experience with Interviews, Collection & Evaluation of Data
- Participation in trainings, Association of Physioenergetik (Dr. Serge King):
Healing Relationships, Self Confidence, Huna Therapy
- ERASMUS- Buddy for Incoming Students of Business Administration
- Voluntary Service, KWP retirement homes (Pensionistenwohnhaus Alzeile)
(from 2006 to 2010)
- 1-year round-the-world-trip (07/04-09/05)
- Running, swimming, skiing