



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Kinder im geriatrischen Pflegekrankenhaus - Utopie oder Bestandteil normalen Alltagslebens?

**Eine Konzeptentwicklung für begleitete intergenerative
Aktivitäten von Vorschulkindern und geriatrischen
Bewohnern im geriatrischen Pflegekrankenhaus „Haus
der Barmherzigkeit“**

Verfasserin

Petra Zykan

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im April 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Betreuerin:

V.-Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere,

dass ich die Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

dass diese Arbeit mit der von der Begutachterin beurteilten Arbeit übereinstimmt.

Datum

Unterschrift

Zum Zweck der besseren Lesbarkeit gilt bei allen personenbezogenen Bezeichnungen die gewählte Form für beide Geschlechter.

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturarbeit zum Thema begleitete, gemeinsame Aktivitäten von geriatrischen Patienten und Vorschulkindern in einer Wiener Langzeitpflegeeinrichtung.

Über die Brisanz der Bevölkerungsentwicklung geht es zum eigentlichen Gegenstand der Arbeit - der zunehmenden Notwendigkeit, die Pflege alter, chronisch kranker Menschen aufgrund veränderter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen in institutionelle Einrichtungen zu verlagern. Bevor ein Überblick das derzeitige Angebot an verschiedenen Pflegeformen erläutern wird, soll die Überlegung angestellt werden, welche Menschen heute Pflege benötigen und wie diese Zielgruppe zukünftig aussehen wird. Die Klärung dieser Frage ist notwendig, um den Bedürfnissen pflegebedürftiger Menschen künftig nachkommen zu können.

Schließlich soll das Hauptinteresse der Institution Pflegeheim oder Pflegekrankenhaus gelten. Welche Aufgaben haben diese, wo liegen die Wurzeln und wie hat sich die Betreuung im Wandel der Zeit in diesem Bereich verändert? Gibt es Modelle, die neben medizinischen und pflegerischen Belangen „Normalität“ in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen? Was bedeutet überhaupt Normalität im Leben alter Menschen, bzw. was bedeutet es für den pflegebedürftigen Bewohner eines Pflegeheimes?

Eine Antwort wie sich Normalität für die Bewohner eines geriatrischen Pflegeheimes darstellen könnte, liegt vielleicht in der Philosophie des „Eden Prinzips“, das im Verlauf der Arbeit beschrieben wird.

Normalität kann durch viele verschiedene Facetten zum Ausdruck gebracht werden. Daher gilt es, sich in der vorliegenden Arbeit, auf eine zu konzentrieren. Wäre das Angebot von Intergenerativen Programmen (IP) und damit ein Aufbau von Beziehungen zwischen Angehörigen unterschiedlicher Altersgruppen nicht ein wesentlicher Beitrag, Normalität in den Pflegealltag zu integrieren? Ist es nicht selbstverständlich, dass Menschen im Alltag Kontakte und Beziehungen zu Angehörigen unterschiedlichster Altersstufen haben? Welchen Anteil haben oder

hätten intergenerative Programme an Konzepten, die Normalität im Pflegealltag anstreben?

Da es in der vorliegenden Arbeit um das Zusammenkommen zweier verschiedener Generationen geht, wird dargestellt, wie es um die Generationenbeziehungen und Verhältnisse besteht und wie es mit der Solidarität bzw. Konflikten zwischen den Generationen aussieht. Schließlich werden Erfahrungen mit intergenerativen Programmen und Studienergebnisse vorgestellt und es soll auch die Frage beantwortet werden, welche Chancen sich aus Sicht der Pflege im Sinne einer Normalitätsstiftenden Umgebung ergeben können.

Der letzte Teil der Arbeit gilt der Konzeptentwicklung eines regelmäßigen intergenerativen Programms im geriatrischen Langzeitpflegekrankenhaus „Haus der Barmherzigkeit“ in Wien.

Ausgehend von den institutionellen Rahmenbedingungen soll ein Konzept erstellt werden, das neben räumlichen Überlegungen eine Herangehensweise beinhaltet, welche die Sicht der Kinder und ihrer Eltern als auch die der alten Menschen und der Pflegenden berücksichtigt. Nur wenn auf einer möglichst breiten Basis Überlegungen angestellt werden, ist die Chance einer Realisierung auch tatsächlich gegeben. Erkenntnisse aus der Literatur sollen bei der Konzepterstellung dienlich sein, um möglichst alle wichtigen Aspekte zu berücksichtigen.

Abstract

The present literature based diploma deals with supervised interaction and joint activities of geriatric residents and pre-school children in a viennese long term care institution.

The current demographic situation, its future trends and significant shifts in the societal framework necessitate the relocation of the care for geriatric, often chronically ill people from home care into designated institutional facilities in ever increasing numbers. As well as presenting an overview of the present range of forms of geriatric care, the current composition of the target group for nursing homes and its possible future evolution will be examined, especially regarding the best possible ways to adjust the various forms of care to the changing needs of the residents.

In the main this paper will concern itself with the nursing home as an institution. Where are its roots, what are its tasks and how have they and the care for the elderly changed in the course of time? What are the needs of the elderly, perhaps bedridden residents? Can a humane and viable model of care be reduced to medical attendance and nursing routines? Are there ways to add an aspect of normalcy to the daily lives of the residents and how does such an addition affect the wellbeing of residents and workflow of the staff? What does constitute “normalcy” in the eyes of somebody living in the highly structured environment of a nursing home?

The answer might be found in the philosophy of the “Eden principle”, which will be addressed in the course of this paper.

One of the many facets of normalcy of life is the interaction between all the different age groups one encounters in the course of a day. Might the offer of Intergenerative programs (IP) and the ensuing development of interpersonal and intergenerational relationships be a suitable means to normalize the daily routines

in a nursing home? What share do Intergenerative programs have in existing concepts, which aim to “normalize” the nursing environment.

The present paper will examine the intergenerational relationships in detail, especially regarding possible conflicts and present factual experience with intergenerative programs as well as the results and conclusions of existing studies.

The last part of this paper will concern itself with the conceptual development of an Intergenerative Program for the geriatric nursing home “ Haus der Barmherzigkeit” in Vienna. Based on the existing institutional framework, the concept will aim to encompass and reconcile the needs and expectations of the participating children and their parents as well as those of the residents and staff. Only by involving all concerned and considering their differing needs can a viable concept be developed implemented and proven to be a valuable addition in the daily course and rhythm of a nursing home.

Vorwort

“It’s time to recognize that living is more than not dying – Reasons to live are what living is all about.” (Thomas, 1996, S 59)

Die Idee zur vorliegenden Arbeit entstand an meinem Arbeitsplatz im geriatrischen Pflegekrankenhaus „Haus der Barmherzigkeit“. Obwohl ich hier als Mitarbeiterin der Stabstelle „Kommunikation“ nicht unmittelbar mit den Patienten in Berührung komme, stellte ich mir immer wieder die Frage, was im sozialen Bereich für die Bewohner wohl verbessert werden könne, um ihnen mehr „Leben“ bieten zu können. Das, was es schon gab, war ein vielfältiges Angebot zur Teilnahme an Konzert-, Theater-, Sprach- oder sonstigen Themengruppen.

Ein Schlüsselerlebnis gab es, als ich im Caférestaurant beobachtete, mit welcher Freude eine geriatrische Patientin auf die Anwesenheit eines Kindes unseres Betriebskindergartens reagierte. Umgekehrt ging das kleine Mädchen völlig offen, ohne Scheu auf die im Rollstuhl sitzende Patientin zu und begann mit ihr zu plaudern. Mir fiel die Aussage Koch-Straubes (1997, S 330) ein, die in ihrer ethnologischen Studie „Fremde Welt Pflegeheim“ bemerkte, dass viele von den Pflegeheim organisierten und gut gemeinten Aktivitäten (wie die o.a.) „häufig nicht den lebendigen Kern der Teilnehmenden treffen, nicht ihre Seele berühren“. Offensichtlich war es der Kleinen hingegen ganz mühelos gelungen, die Seele der Bewohnerin zu berühren.

Von nun an verfolgte ich gezielt, wie Patienten auf Kinder unseres Betriebskindergartens reagieren, wenn sie auf eine Pflegestation zum Singen oder zum gemeinsamen Malen und Basteln kamen. Die deutlich beobachtbaren positiven Reaktionen bestärkten mich in der Idee, ein Konzept zu regelmäßigen begleiteten gemeinsamen Aktivitäten in einer Gruppe von Pflegeheimbewohnern und Vorschulkindern zu entwickeln, um tiefgehende Beziehungen zwischen den jüngsten und den ältesten Mitgliedern unserer Gesellschaft zu fördern. Dabei geht es nicht um einmalige Vorführungen der Kinder anlässlich diverser Feiertage,

sondern um echte Beziehungsanbahnung durch regelmäßige und freiwillige Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten. Die daran geknüpften Erwartungen sind u.a.: Förderung eines gegenseitigen Verständnisses und damit mehr Toleranz für die Bedürfnisse beider Generationen, Belebung des Pflegealltages, Sinnstiftung für die Patienten und dadurch Verbesserung ihres Allgemeinzustandes, Verringerung von Gefühlen der Einsamkeit, Langeweile und Nutzlosigkeit.

Aus Sicht der Kinder könnte etwa die Erweiterung des Erfahrungshorizonts oder das Erlernen bzw. Fördern sozialer Kompetenzen als Zielvorstellung formuliert werden.

Ich begab mich also auf eine Reise in die Literatur um über Erfahrungen mit intergenerativen Programmen nachzulesen, die Beziehungen zwischen den jüngsten und den ältesten Mitgliedern unserer Gesellschaft fördern. Die darin überwiegend positiv beschriebenen Berichte bestärkten mich darin, ein realisierbares Konzept für gemeinsame begleitete, gemeinsame Aktivitäten von geriatrischen Patienten des Haus der Barmherzigkeit und Vorschulkindern des Betriebskindergartens zu erarbeiten.

Danksagung

Ohne der vielfältigen Unterstützung durch meine Familie wäre die vorliegende Arbeit wohl nicht möglich gewesen: Schwiegermama und Schwester übernahmen oft wertvolle Babysitterdienste meines kleinen Sohnes Julian, mein großer Sohn Nikolas motivierte mich durch seinen Stolz auf seine „Autorinnen-Mama“ und mein Lebenspartner Georg trug mich über motivationale Tiefen hinweg und gab mir neuen Mut. Euch allen ein herzliches DANKE!

Auf fachlicher und wissenschaftlicher Seite fühlte ich mich bei meiner Betreuerin, Frau Prof. Mag. Dr. Hanna Mayer, trotz ihrer vielfältigen Aufgaben als Vorständin des Instituts für Pflegewissenschaft, bestens aufgehoben. In ruhiger, angenehmer Atmosphäre konnten wir konstruktive Gespräche führen, die mir bei der Auffindung des „roten Fadens“ für meine Arbeit enorm halfen. DANKE!

Meinen Kollegen und Kolleginnen im Haus der Barmherzigkeit gebührt ein großes DANKE für die Zeit, die sie sich trotz ihres großen Arbeitspensums nahmen, um mir Auskünfte zu erteilen. Ihr Interesse an meiner Arbeit trieb mich vorwärts und bestärkte mich darin, etwas Sinnvolles für die Praxis ausarbeiten zu können.

Meine Vorgesetzten unterstützten mein Vorhaben und zeigten mir gegenüber Offenheit und Zukunftsorientierung, etwas, was ich im Haus der Barmherzigkeit besonders zu schätzen gelernt habe. DANKE!

INHALTSVERZEICHNIS

Einleitung	13
1.1 Forschungsfragen und Ziel	14
1.2 Aufbau und Vorgehensweise.....	15
2 <i>Demografie heute und in Zukunft.....</i>	18
2.1 Konsequenzen der zunehmenden Hochaltrigkeit	20
2.2 Hochbetagte heute und in Zukunft.....	22
2.2.1 Gesundheit	24
2.2.2 Bildung.....	26
2.2.3 Einkommen	27
2.2.4 Übermacht der Frauen?	29
2.2.5 Lebensformen.....	29
2.2.6 Die Neuen Alten: Heimliche Ressource der Gesellschaft?.....	31
2.3 Schlussfolgerungen.....	35
3 <i>Betreuungsformen und Pflege alter Menschen in Österreich</i>	38
3.1 Pflege daheim.....	39
3.2 Betreutes Wohnen	40
3.3 Tageszentren.....	42
3.4 Alten- und Pflegeheime.....	43
3.4.1 Eintrittsgründe.....	44
3.4.2 Rechtliche Grundlagen.....	48
3.4.3 Trägerschaft.....	50
3.4.4 Aufgaben	51
3.4.5 Pflegeplatzangebot und Gesamtaussicht	51
3.5 Das Wiener Geriatriekonzept	54
3.6 Schlussfolgerungen.....	55

4	<i>Pflegeheim, Ort des Lebens ?</i>	57
4.1	Historischer Exkurs	57
4.1.1	Anfänge der institutionellen Pflegeeinrichtungen.....	57
4.1.2	Von „warm-satt-sauber“ zur Ganzheitlichkeit.....	59
4.2	Normalität und Normalisierungsprinzip durch Lebensweltorientierte Pflege	61
4.2.1	Normalität bzw. Alltagsgestaltung im Leben alter Menschen	64
4.2.2	Die Bedeutung sozialer Kontakte für Pflegeheimbewohner.....	66
4.2.3	Alltag und Heimerleben im geriatrischen Pflegeheim	67
4.3	Die Eden Alternative	70
4.3.1	Mängel der traditionellen Pflegeheime	71
4.3.2	Vernachlässigte menschliche Bedürfnisse	72
4.3.3	Prinzipien der Eden-Alternative.....	73
4.3.4	Die Bedeutung von Kindern.....	73
4.3.5	Studien zur Eden Alternative	74
4.3.6	Grenzen und Chancen der Eden-Alternative in der Praxis	78
4.3.7	Würdigung und Kritik.....	80
4.4	Psychobiografisches Pflegemodell nach Erwin Böhm	82
4.4.1	Normalitätsprinzip nach Böhm und die Bedeutung von Kindern.	83
4.4.2	Praxisanwendung und Kritik.....	83
4.5	Pflegeheim – Schreckensgespenst oder Chance?	84
4.6	Resumeé	88
5	<i>Generationen</i>	90
5.1	Begriffserklärung	90
5.2	Familiäre Generationenbeziehungen	92
5.3	Gesellschaftliche Generationenverhältnisse	94
5.4	Intergenerative Programme	95
5.4.1	Zweck.....	96
5.4.2	Arten.....	100

5.4.3	Wissenschaftlicher Kenntnisstand	101
5.5	Zusammenfassung.....	108
6	Konzepterstellung.....	109
6.1	Konzept oder Konzeption.....	109
6.2	Vorstellung Haus der Barmherzigkeit	111
6.2.1	Gründung und Standorte	111
6.2.2	Pflegeheimbewohner und Finanzierung.....	112
6.2.3	Angebot.....	112
6.2.4	Der Betriebskindergarten	113
6.3	Ziele	114
6.3.1	Altersbedingte Entwicklungsaufgaben.....	114
6.3.2	Kindheitsbedingte Entwicklungsaufgaben.....	116
6.3.3	Zielformulierung auf unterschiedlichen Ebenen.....	118
6.4	Gruppenaufstellung	120
6.4.1	Gruppenart und Typ	120
6.4.2	Grundannahmen sozialer Gruppenarbeit.....	121
6.4.3	Auswahl der Teilnehmer.....	122
6.4.3.1	Anforderungen an den Gruppenleiter.....	122
6.4.3.2	Bewohner	123
6.4.3.3	Kinder.....	125
6.4.3.4	Zusammenfassung.....	126
6.4.4	Gruppengröße, Zeitrahmen und Treffpunkt.....	127
6.4.5	Gruppenphasen.....	129
6.5	Programmplanung	130
6.6	Zusammenfassung.....	131
7	Zusammenfassung und Kritik	132
8	Verwendete Literatur	137

Einleitung

Ein immer größerer Anteil der Menschen in Österreich erreicht ein hohes Alter. Damit verbunden besteht das Risiko, im Alter pflegebedürftig zu werden. Gleichzeitig kommen immer weniger Junge nach. Schon aus diesem zahlenmäßigen Ungleichgewicht, aber auch aufgrund sozialer wie wirtschaftlicher Rahmenbedingungen wird sich die Pflege multimorbider hoch betagter Menschen zunehmend vom häuslichen Bereich zu anderen Organisationsformen verlagern. Eine Möglichkeit besteht in der institutionellen Pflege, worunter das Pflegeheim fällt. Pflegeheime werden häufig zu einem letzten Aufenthalts- und Wohnort in der Biographie eines Menschen. In der breiten Bevölkerung immer noch skeptisch betrachtet, hat sich in der geriatrischen Fachwelt mittlerweile weitgehend die Erkenntnis durchgesetzt, dass das Wohlbefinden pflegebedürftiger Heimbewohner nicht nur von körperbetonten medizinischen und pflegerischen Handlungen abhängt. Die Bemühungen moderner Einrichtungen richten sich auf die Verbesserung der Lebensqualität, umso mehr als die zukünftigen alten Menschen andere Ansprüche stellen werden als die heutigen Alten.

Eine Möglichkeit, wie man die Lebensqualität verbessern kann, besteht darin, Erlebnisse für die Bewohner zu schaffen. Die Ansätze dazu sind vielfältig: Konzerte, Ausflüge, Themengruppen etc. können eine Variante darstellen, eine andere Art dies zu erreichen, besteht darin, soziale Kontakte mit der Außenwelt zu ermöglichen und zu fördern. Soziale Kontakte spielen in jedem Lebensalter eine wichtige Rolle und gehören zu einem normalen Leben dazu. Eine besondere Form davon stellen intergenerative Programme dar, bei denen „Jung auf Alt“ trifft und um die es in der vorliegenden Arbeit gehen wird. Die zugegebenermaßen spärlich verfügbare Literatur zu dieser speziellen Form intergenerativer Beziehungen lässt dennoch die Hoffnung aufkommen, dass nicht nur beide Generationen davon profitieren können, sondern darüber hinaus ein Langzeiteffekt in der Gesellschaft erzielt werden kann, der die Solidarität zwischen Jung und Alt stärkt und die zunehmende Entfremdung zwischen den Generationen zu verhindern vermag.

1.1 Forschungsfragen und Ziel

In der vorliegenden Arbeit geht es darum, den Bewohnern ein möglichst normales Leben im Pflegeheim durch intergenerative Beziehungen zu ermöglichen. Der Begriff der „Normalität“ wird sich daher wie ein roter Faden durch die gesamte Arbeit ziehen. Die übergeordnete Forschungsfrage lautet:

Wie kann der Spagat zwischen hochwertiger, professioneller Pflege und einem von „Normalität“ geprägten Leben der Pflegeheimbewohner durch regelmäßige begleitete Aktivitäten mit Vorschulkindern trotz institutioneller Rahmenbedingungen und körperlicher, wie auch psychischer Einschränkungen gelingen ?

Daraus ergeben sich folgende Unterfragen:

- Was bedeutet „Normalität“ oder das „Normalitätsprinzip“ in Langzeitpflegeeinrichtungen?
- Wie kann es umgesetzt werden bzw. welche Pflegekonzepte oder Betreuungskonzepte beinhalten es ansatzweise oder ganz?
- Welchen Anteil haben Intergenerative Programme (IP) an diesen Konzepten?
- Wie können IP zur Förderung des Normalitätsprinzips beitragen oder kommen wir damit dem Normalitätsprinzip näher?
- Welche Auswirkungen haben IP auf Pflegeheimbewohner bzw. auf Kinder?

Alle Fragen und Auseinandersetzungen zielen letztendlich darauf ab, ein realisierbares Konzept für begleitete intergenerative Aktivitäten von Vorschulkindern und geriatrischen Bewohnern im geriatrischen Pflegekrankenhaus „Haus der Barmherzigkeit“ in Wien Ottakring zu erstellen.

1.2 Aufbau und Vorgehensweise

Kapitel zwei widmet sich den gegenwärtigen demographischen Verhältnissen und dem Zukunftsszenario, wie die Entwicklung bis zum Jahr 2050 weitergehen wird. Der rasche Anstieg der alten und sehr alten Bevölkerung bei gleichzeitigem Rückgang jüngerer Generationen macht deutlich, dass der institutionellen Pflege zukünftig mehr Bedeutung zukommen wird, da die häusliche Pflege zunehmend an ihre Grenzen stößt. Welchen Herausforderungen institutionelle Pflege zukünftig gewachsen sein muss, hängt u.a. von den Bedürfnissen und sozioökonomischen Eigenschaften zukünftig alter Menschen ab. Daher geht Kapitel zwei auch der Frage nach, wer die Alten von heute und von morgen sein werden.

Kapitel drei bietet einen groben Überblick über die verschiedenen Betreuungsformen alter Menschen in Österreich. Nach einer kurzen Einführung, in der die Anzahl der Pflegegeldbezieher, ihre Einteilung nach Pflegegeldstufen und Altersstruktur beleuchtet wird, werden die häufigsten Formen der Betreuung im Alter vorgestellt. Dazu zählen die Pflege zu Hause, betreutes Wohnen, Tageszentren und Pflegeheime. Da es in dieser Arbeit speziell um die Verbesserung der Lebensqualität von Bewohnern im Pflegeheim geht, werden die häufigsten Eintrittsgründe, rechtlichen Grundlagen, Aufgaben etc. herausgearbeitet. Eine Kurzbeschreibung des Wiener Geriatriekonzepts zeigt schließlich die Ausbaupläne Wiens. Die Eröffnung neu errichteter und adaptierter Pflegeheime soll dem zahlenmäßigen Zuwachs an alter Bevölkerung gerecht werden.

Kapitel vier geht der Frage nach, ob und unter welchen Bedingungen Pflegeheime zu Orten des Lebens werden können. Ausgehend von den historischen Wurzeln der Institution Pflegeheim über das „warm-satt-sauber Prinzip“ des vorigen Jahrhunderts werden die Begriffe der Normalität, des Normalitätsprinzips und der Lebensweltbezogenen Pflege erläutert. Schließlich wird herausgearbeitet, wodurch sich Normalität im Leben alter Menschen manifestiert, welchen Stellenwert soziale Kontakte dabei haben und wie hingegen das normale

Alltagsleben im Pflegeheim laut Literatur aussieht. Anhand zweier Beispiele, der Eden-Alternative von Dr. Thomas William und dem Pflegemodell nach Erwin Böhm wird gezeigt, wie das Normalitätsprinzip und ein normaler Alltag im Pflegeheim gestaltet werden kann. Kinder spielen speziell bei der Eden-Alternative eine besondere Rolle. Das Kapitel endet mit einer Diskussion über mögliche Chancen oder Risiken für Pflegeheimbewohner in der Institution Pflegeheim.

Kapitel fünf klärt die Begrifflichkeiten „Generation“ und „intergenerativ“ da es hier um die Generationen „Alt und Jung“ geht. In welchem Verhältnis stehen Alt und Jung auf gesellschaftlicher Ebene gegenüber, bzw. wie sieht es im Familienverband aus? Schließlich behandelt das Kapitel Intergenerative Programme- Was darunter zu verstehen ist, welchen Sinn und Zweck diese haben und nach welchen Kriterien sie sich unterscheiden lassen. Ein Blick in die Literatur bringt erste Erkenntnisse über Auswirkungen intergenerativer Programme zwischen geriatrischen Pflegeheimbewohnern und Vorschulkindern.

In Kapitel sechs erfolgt die Konzepterstellung für regelmäßige begleitete Aktivitäten zwischen geriatrischen Pflegeheimbewohnern der Einrichtung Haus der Barmherzigkeit in Wien Ottakring und Vorschulkindern des dort ansässigen Betriebskindergartens. Basierend auf bereits regelmäßig stattfindenden Treffen formuliert das Konzept mögliche Ziele auf unterschiedlichen Ebenen, reflektiert Aufnahmekriterien für die intergenerative Gruppe und integriert räumliche, personelle, zeitliche, inhaltliche und methodische Überlegungen.

Kapitel sieben dient dazu, nochmals einen Bogen über den Inhalt der vorliegenden Arbeit zu spannen, Resümee zu ziehen und Kritik anzubringen.

Vorgangsweise

Die vorliegende Arbeit ist eine Literaturlarbeit. Recherchiert wurde Österreichweit in diversen Freihandaufstellungen, digitalen Bibliothekskatalogen, Fachdatenbanken (Medline, Gerolit, etc.) aber auch in ausländischen

Bibliothekskatalogen. Studien wurden teilweise über das Fernleiheservice der Universität Wien bezogen und auch direkte Anfragen z.B. an der Universität Texas getätigt. Diese reagierte dankenswerterweise auch prompt und sandte das entsprechende Studienmaterial postalisch zu.

2 Demografie heute und in Zukunft

Die demografische Bevölkerungsentwicklung Österreichs, aber auch der gesamten entwickelten Industrieländer weltweit, ist aufgrund der steigenden Anzahl älterer und alter Menschen ein ständig wiederkehrendes Thema in den Medien. Meistens ist sie Ausgangspunkt für ökonomische oder gesundheitsbezogene Überlegungen wie z.B. die Absicherung von Pensionen oder die Bewältigung des ansteigenden Pflegebedarfs, der sich aus der zunehmenden Langlebigkeit der Menschen ergibt.

Tatsächlich erleben wir als Gesellschaft erstmalig in unserer Geschichte eine zunächst äußerst erfreuliche Entwicklung. Wir dürfen uns auf ein langes Leben einstellen. War die Lebenserwartung nach Statistik Austria um 1900 noch bei rund 40 Jahren für Männer und 43 Jahren für Frauen, kletterte sie kontinuierlich bis zur Jahrtausendwende auf rund 75 Jahre für Männer und 81 Jahre für Frauen. 2004 lag sie bei Männern schon bei 76 Jahren und für Frauen bei 82 Jahren.

Erst die besseren Rahmenbedingungen einer industrialisierten Gesellschaft im 19., bzw. Anfang des 20. Jahrhunderts ermöglichten diesen ständigen Zuwachs an höherer Lebenserwartung. Tatsächlich könnte man die Wende vom 19. in das 20. Jahrhundert als Zäsur betrachten. Lohnabhängige Erwerbsformen, die allmähliche Entwicklung eines Wohlfahrtsstaates, Schutzmaßnahmen gegen Krankheit, Unfall und die Einführung der Sozialversicherung trugen zu besseren Lebensbedingungen und damit zum Anstieg des Lebensalters bei (Schulz 1998, S 125). Während zuvor die Arbeit bis ans Lebensende den Alltag bestimmte, setzte sich Anfang des 20. Jahrhunderts der arbeitsfreie Lebensabend nach dem Muster der höheren Staatsbeamten allgemein durch (Bortscheid, 1999, S126). Wo noch zuvor der Tod während des gesamten Lebensverlaufes allgegenwärtig war, stieg die Lebenserwartung zu Beginn des 20. Jahrhunderts sprunghaft an. Als wesentliche, zur Lebensverlängerung beitragende Gründe der Industrialisierung sind u.a. zu nennen (Schulz, 1998, S 123):

- Ein rund zehnmal höheres Pro-Kopf Einkommen und damit höhere Kaufkraft gegenüber der früher herrschenden Agrargesellschaft,
- die staatliche Regelung der Ausbildung und damit das nahezu gänzliche Verschwinden von Analphabetismus,
- die Verringerung sozialer Ungleichheiten und eine niedrigere Geburtenrate der Frauen.

Dieser kurze historische Rückblick zeigt, wie eng der Zusammenhang von Altersentwicklung und sozioökonomischen bzw. gesundheitlichen Aspekten ist.

Die Soziologen Kytir und Münz (2000) sehen Österreich gegenwärtig im letzten Drittel einer rund 120 Jahre dauernden demografischen Umwälzung, deren wichtigste Eckdaten sich folgendermaßen darstellen:

- Nach dem ersten Weltkrieg stieg der Anteil der über 60-jährigen Menschen 1923 erstmals über 10% der Gesamtbevölkerung. Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren machten einen Anteil von 35% aus.
- Zwischen 1923 und 1970 hatte sich der Anteil der über 60-Jährigen von rund 650.000 auf 1,5 Millionen mehr als verdoppelt bei ungefähr gleich bleibender Anzahl von Kindern, Jugendlichen und Personen im erwerbstätigen Alter zwischen 20 und 59 Jahren. Die demografische Gewichtung ging demnach sehr in Richtung der älteren Menschen.
- In den Jahren 1970-1990 stieg die Anzahl älterer Menschen nur um rund 100.000 an, während im selben Zeitraum ein starker Anstieg der Altersgruppen der 20-59-Jährigen zu verzeichnen war. Das demografische Hauptgewicht lag demnach nun bei dieser mittleren Altersgruppe während sich das Gewicht der Kinder und Jugendlichen mit rund 23% bzw. der älteren Menschen mit rund 21% vergleichsweise niedrig verhielt.

- Erstmals gehen Prognosen in absoluten Zahlen von mehr als zwei Millionen über 60-jährigen Menschen im Jahr 2013 bzw. von 2,7 bis 3 Millionen bis zum Jahr 2035 aus.

Die stärksten Zuwächse sind nach Statistik Austria bei den Altersgruppen ab 65 Jahren zu erwarten. Der Anteil der 85 bis unter 90-Jährigen wird sich mit einem Zuwachs von derzeit rund 82.450 Personen auf 194.687 im Jahr 2030 mehr als verdoppeln und bis 2050 auf 329.444 fast vervierfachen. Hingegen wird der Bevölkerungsanteil von Personen zwischen 5 und 45 Jahren bis 2030 bzw. 2050 kontinuierlich zurückgehen. Laut Seniorenbericht (Kytir, Münz, 2000, S 27) reduziert sich die Anzahl von Kindern und Jugendlichen (bis 19 Jahre), sowie jungen Erwachsenen (bis 34 Jahre) in den nächsten Jahren kontinuierlich um ca. 25%.

Die demografischen Daten belegen deutlich den starken Zuwachs hochaltriger Menschen ab 85 Jahren bei gleichzeitigem Rückgang jüngerer Altersgruppen in den kommenden Jahren. Welche Konsequenzen sich daraus ergeben werden, soll das nächste Kapitel beantworten.

2.1 Konsequenzen der zunehmenden Hochaltrigkeit

Wenn auch das Lebensalter nicht mit Krankheit gleich zu setzen ist, steigt mit zunehmendem Alter dennoch das Risiko der Multimorbidität und der Pflegebedürftigkeit.

Aus dem im vorigen Kapitel ausgeführten quantitativen Ungleichgewicht zwischen „Jung und Alt“ entsteht ein Mangel an potentiell zur Verfügung stehenden pflegenden Personen. Auch gesellschaftlich veränderte Rahmenbedingungen verstärken dieses Problem. Neue Familienstrukturen (Patchworkfamilie), die zunehmende Berufstätigkeit von Frauen und geänderte Werte wie Selbstverwirklichung anstelle von Pflichterfüllung führen dazu, dass

Lebensentwürfe individuell sehr unterschiedlich aussehen können. So gibt es auch immer mehr Zweipersonen- bzw. Singlehaushalte ohne Nachkommen.

Nach Brandenburg (2004, S. 51) spielt das soziale Milieu eine Rolle, inwieweit Familienangehörige überhaupt bereit sind, die Pflege kranker, hoch betagter Angehöriger zu übernehmen. Während diese Bereitschaft in den Unterschichtmilieus am höchsten ist, zeigt sie sich bei einer Kombination von hohem sozialen Status und modernem Lebensentwurf am geringsten ausgeprägt. Da sich das Verhältnis von Unterschicht zur liberal bürgerlichen Gesellschaft zu Gunsten letzter genannter zwischen 1982 und 1996 von 20% auf rund 41% verändert hat, wird sich eine Veränderung der bisher in der Familie geleisteten Pflege zu anderen Organisationsformen ergeben müssen.

Zu rund 80% liegt der Schwerpunkt der Pflege noch in den Familien. Die erwähnten Gründe führen dazu, dass sich die Situation zukünftig grundlegend verändern wird. Pflegeangebote außerhalb der eigenen Familie werden stark an Bedeutung gewinnen. Dem gegenüber steht der Wunsch vieler Menschen, möglichst lange „zu Hause in den eigenen vier Wänden“ leben zu dürfen. Ein Umdenken in den Köpfen aller mit Pflege befassten Personen ist notwendige Voraussetzung, um den Menschen ihren Wunsch nach einem normalen Leben wie „zu Hause“ und professioneller Pflege außerhalb der Familie erfüllen zu können. Wie dieser „Spagat“ gelingen könnte, wird Gegenstand der weiteren Ausführungen sein.

Mit zunehmendem Alter nimmt die Wahrscheinlichkeit von Pflegebedürftigkeit zu. Wer aber sind die heute und die zukünftig hoch betagten Menschen, welche Merkmale zeichnen sie aus?

Im nächsten Kapitel soll daher die Frage nach den Eigenschaften heutiger bzw. zukünftiger hoch betagter Menschen im Vordergrund stehen.

2.2 Hochbetagte heute und in Zukunft

Bei Betrachtung der heute hoch betagten Menschen, stellt sich die Frage, wie es in Zukunft wohl sein wird. Kann man davon ausgehen, dass heute und zukünftig hoch betagte Menschen dieselben Bedürfnisse haben werden? Ab wann ist man überhaupt hoch betagt? Wer sind die heute Hochbetagten und wer in der Zukunft?

Zur Definition „hoch betagt“ gibt es mehrere Ansatzmöglichkeiten. Die Weltgesundheitsorganisation WHO teilt das Alter kalendarisch ein: Demnach gelten 60 – 75-Jährige als „älter“, 75 – 90-Jährige als „alt“, über 90-Jährige als hoch betagt und über 100-Jährige als langlebige Menschen.

Staatliche oder bürokratische Einrichtungen gehen ebenfalls nach einer kalendarischen Einteilung vor. Demnach gelten 60- bis 70-Jährige als „alte Menschen“, über 75-Jährige als „Betagte“ und über 80-Jährige als „Hochbetagte“.

Eine andere Möglichkeit als nach einer kalendarischen Einteilung vorzugehen, ist die Untergliederung nach Lebensabschnitten.. Der Soziologe Peter Laslett (1995) spricht von einem ersten, zweiten, dritten und vierten Lebensalter. Das erste Lebensalter beschreibt Kindheit und Jugend, das zweite bis vierte Lebensalter die Erwachsenenphase, wobei das dritte Lebensalter die frühe, aktive, rüstige Altersphase meint, während die vierte von maßgeblichen Einschränkungen gekennzeichnet ist.

In der vorliegenden Arbeit sind mit „hoch betagte Menschen“ Personen ab ca. 85 Jahren gemeint. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass dieser Personenkreis beim Bezug des Pflegegeldes zahlenmäßig den größten Anteil mit 31,3% aller Pflegegeldbezieher stellt. Darüber hinaus ist dies die Altersgruppe mit den stärksten Zuwächsen in den kommenden Jahren. Die nachstehende Tabelle zeigt sehr deutlich den Zusammenhang von hohem Alter und Pflegegeld.

Stand der Pflegegeldbezieher nach Alter (Männer und Frauen), Stand: 12/06

Pflegegeldbezieher insgesamt	334.162					
Alter	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75-79	80 - 84	85+
Pflegegeldbezieher	13.552	20.274	26.391	48.227	83.666	104.561
in %	4,1	6,1	7,9	14,4	25,0	31,3

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherung

Da die gerontologische Forschung oder Altersforschung erst in den Fünfziger-Jahren des 20. Jahrhunderts mit systematischen Fragestellungen begonnen hat, weiß man heute noch sehr wenig über die so genannte vierte Lebensphase. Dies ist wie eingangs beschrieben, auf den Umstand zurückzuführen, dass die Hochaltrigkeit ein Phänomen des 20. Jahrhunderts darstellt. Unbestritten ist jedoch, dass Angehörige derselben Altersstufe große interindividuelle Unterschiede aufweisen können. Die Berliner Studie, eine der umfassendsten Querschnittuntersuchungen zum Thema hochaltrige Menschen kommt zum Schluss, dass die Variabilität im hohen Alter genauso gegeben ist wie in jungen Jahren. Die Variationsbreite ist genauso groß wie bei den Jungen. Die unterschiedlichen Altersgruppen unterscheiden sich zwar in den Mittelwerten, nicht jedoch bei den Streuwerten (Mayer et al., 1996, S. 626). „Die Alten“ gibt es somit nicht.

Auch das kalendarische Alter sagt wenig über die Verfassung eines Menschen aus. Man weiß heute aus der Gerontologie, dass Altern auf sehr unterschiedlichen Niveaus vor sich geht: So unterscheidet man die physische, psychische und geistige Ebene. Nun müssen diese drei Bereiche nicht konform altern, so dass es vielleicht zu körperlichen Abbauerscheinungen kommt, während die psychische Gesundheit vollständig intakt ist. Da der Alterungsprozess auf sehr unterschiedliche Weise voranschreiten kann, ist es heikel von den 80-Jährigen oder den 90-Jährigen zu sprechen. Man kann lediglich davon ausgehen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Leistungseinbuße oder einer/mehrerer Krankheiten

größer wird. Dennoch soll die Frage gestellt werden, welche Charakteristiken die heute hoch betagten Menschen zeigen, bzw. die zukünftigen Alten zeigen könnten.

Brandenburg (2004) sieht auf mehreren Ebenen Einflüsse und Veränderungen, die sich auf die Alterung des Menschen auswirken können.

2.2.1 Gesundheit

Zwei Längsschnittstudien belegen, dass sich der physische Zustand alter Menschen im Laufe der Zeit verbessert hat. Paltmore (zitiert nach Brandenburg, 2004) fand heraus, dass sich der Zustand älterer Amerikaner zwischen 1961 und 1981 in Bezug auf akute Krankheiten, Seh- und Hörbeeinträchtigungen wesentlich verbessert hat. Svanborg (zitiert nach Brandenburg, 2004) hielt 1973 erstmalig medizinische Merkmale an Kohorten der Jahrgänge 1902/03 fest. Zehn Jahre später wiederholte er die Untersuchung mit Kohorten der Jahrgänge 1912/13. Der Vergleich der Resultate ergab einen wesentlich besseren Gesundheitszustand der später geborenen Kohorten. Obwohl beide Kohorten zum jeweiligen Untersuchungszeitpunkt 70 Jahre alt waren, waren die 1912/13 geborenen Jahrgänge von ihrer gesundheitlichen Verfassung um gute zehn Jahre „jünger“ als die 1902/03 geborenen Jahrgänge.

Beide Studien weisen darauf hin, dass es einen gesundheitlichen Fortschritt gibt. Ältere Menschen sind heute von ihrer Verfassung her „jünger“ als noch vor zehn Jahren. Bei optimistischer Sichtweise könnte man davon ausgehen, dass die zukünftigen hoch betagten Menschen die gesundheitliche Verfassung von heute 70-Jährigen aufweisen werden.

Als Indiz für eine Verbesserung der gesundheitlichen Verfassung kann auch die zunehmende Hochaltrigkeit der Menschen bei abnehmender Mortalität gelten. Trotz geschlechts- und sozialspezifischer Unterschiede (Frauen und höher gebildete Menschen profitieren mehr von zusätzlich gewonnenen Lebensjahren), ist die Mortalität insgesamt rückläufig.

Ob die aus Mortalitätstafeln objektiv gewonnenen Daten über rückläufige Haupttodesursachen durch Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen allerdings

etwas über die Qualität der gewonnenen Lebensjahre aussagen, ist unklar. Die optimistische Betrachtungsweise geht davon aus, dass die Phase der eintretenden Krankheiten durch zunehmende Prävention immer weiter hinausgeschoben wird. Dadurch kommt es zu einer Kompression der Morbidität. Die negative Sichtweise besagt, dass erst medizinische Errungenschaften akute Erkrankungen in chronische umgewandelt hätten und erst recht von einer früher eintretenden Morbidität ausgegangen werden müsse.

Um über eine etwaige Kompression oder Ausdehnung der Morbidität Klarheit zu erlangen, wurden verschiedene Indikatoren erstellt, um im Längsschnitt Daten zu vergleichen. Diese versuchen sowohl den Mortalitäts- als auch den Morbiditätsverhältnissen der Bevölkerung gerecht zu werden und können sich z.B. auf die „Lebenserwartung frei von Behinderung“, „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ oder „demenzfreie Lebenserwartung“ beziehen. So untersuchte der Soziologe Kytir (et al, 2000, S. 306) die Anzahl der noch zu erwartenden behinderungsfreien Lebensjahre in 5-Jahres Altersgruppen ab 60 Jahren. Männer hatten demnach zu einem größeren Prozentanteil als Frauen behinderungsfreie Lebensjahre zu erwarten, was allerdings auch auf die geringere Lebenserwartung gegenüber Frauen zurückzuführen ist. Ein Vergleich mit späteren Kohorten ist aufgrund mangelnder empirischer Daten nicht möglich. Ein zukünftiger Trend bezüglich Expansion oder Kompression der Morbidität ist in diesem Zusammenhang nicht ableitbar.

Aussagekräftiger sind in diesem Zusammenhang die Mikrozensus-Erhebungen aus den Jahren 1978, 1983, 1991 und 1998, die den subjektiven Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung abfragte. Der Indikator „Lebenserwartung in guter Gesundheit“ wurde im Laufe der Erhebungen als immer zufrieden stellender bewertet.

So gaben 1998 bei der Altersgruppe 80 – 84 Jahre lediglich 16% der Männer und 25% der Frauen einen schlechten Gesundheitszustand an. Bei der Mikrozensus-Erhebung 1978 hatten noch doppelt so viele Männer und Frauen ihren

Gesundheitszustand als „schlecht“ bewertet (Statistik Austria, Subjektiver Gesundheitszustand, 2008).

Derselbe Trend fand sich in der Gruppe der Hochbetagten ab 85 Jahren, wobei hier besonders die Männer eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes angaben. Nun könnte man dem subjektiven Gesundheitszustand nicht dieselbe Bedeutung beimessen wie den objektiven medizinischen Ergebnissen. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass der subjektiv empfundene Gesundheitszustand ein ausgezeichneter Prädiktor für das Todesrisiko oder den Eintritt lebensbedrohender Krankheiten ist.

Die Frage ob die zukünftig hoch betagten Menschen in Zukunft gesünder oder kränker als heute Hochbetagte sein werden, lässt sich somit nur schwer beantworten. Gegenwärtig gilt die Erkenntnis, dass das Krankheitsrisiko mit fortschreitendem Alter zunimmt. Da die Lebenserwartung kontinuierlich ansteigt, ist eher mit einer Zunahme der Krankheiten zu rechnen. Der Mediziner Franz Böhmer (2003, S. 97) meint dazu, dass die Gesundheit mit dem immer höher werdenden Alter noch nicht Schritt halten könne. Die Antwort wird u.a. davon abhängen, welche Anstrengungen zur Gesundheitsförderung und Prävention unternommen werden, aber auch welche Mittel für Therapien und Rehabilitation zur Verfügung stehen werden, um Pflegebedürftigkeit möglichst zu vermeiden.

Der Aspekt „Gesundheit“ lässt sich nicht isoliert darstellen. Viele andere sozioökonomische wie auch biologische Faktoren nehmen wesentlichen Einfluss auf Gesundheit oder Krankheit im Alter. So sind das zur Verfügung stehende Einkommen, Bildung oder das Geschlecht wesentliche Einflussgrößen. Auf sie soll nun im folgenden kurz eingegangen werden.

2.2.2 Bildung

Bildung ist eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Leben und bestimmt in weiterer Folge, wie es einem im Alter ergehen wird. So sind Menschen mit höherem Bildungsabschluss weit weniger von Arbeitslosigkeit betroffen als solche ohne Pflichtschulabschluss oder mit „nur“ Pflichtschulabschluss. Von

Ausbildung und Bildung hängen in weiterer Folge das soziale Ansehen, Einkommen aber auch das Ausmaß einer sozialen Teilhabe, die persönliche Entwicklung, Gesundheit und Lebensführung ab (Mai, 2003, S179). Alle diese Faktoren sind ausschlaggebend, inwieweit eine selbst bestimmte und aktive Lebensführung im Alter möglich ist.

Jüngere Alterskohorten verfügen über einen höheren Bildungsabschluss als ältere Kohorten (Brandenburg, 2004, S. 53). Dies lässt vermuten, dass die Bereitschaft Bildungs- und Kulturangebote anzunehmen bei den zukünftigen Alten auf zunehmende Akzeptanz und Offenheit stoßen wird. Nach dem Bericht zur sozialen Lage Österreichs 2003-2004 (Guger, Marterbauer, 2004) verfügten im Jahr 1971 73% der Frauen und 49% der Männer über einen Pflichtschulabschluss. Im Jahr 2000 sank die Rate bei den weiblichen Pflichtschulabsolventen auf 41%, bei männlichen auf 26%. Während Anfang der 70-er Jahre lediglich 1% der Frauen und 4% der Männer einen Hochschulabschluss hatten, betrug der Anteil bei den Akademikerinnen im Jahr 2000 6% und bei Akademikern 8%. Dieser positive Aufwärts-Trend wird sich in Zukunft noch verstärken.

Die Alten der Zukunft werden somit besser für die positive Bewältigung eines langen Lebensabends gerüstet sein, denn Bildung beeinflusst maßgeblich den Lebensstil und somit die Gesundheit und Sterblichkeit.

2.2.3 Einkommen

Die Einkommenssituation der älteren Menschen hat sich seit den 70-er Jahren des vorigen Jahrhunderts insgesamt verbessert. Alter ist nicht mehr mit Armut gleichzusetzen (Brandenburg, 2004, S. 52), vielmehr gibt es Armut unter jungen wie alten Menschen.

Insgesamt kann von einer Verbesserung des Lebensstandards alter Menschen ausgegangen werden. Die Berliner Altersstudie konnte eine ausreichend bis gute materielle Ausstattung des Großteils alter Menschen im Vergleich zur aktiven Bevölkerung nachweisen. Dennoch sind je nach Definition zwischen 3 und 15% der Alten ökonomisch benachteiligt (Mayer et al., 1996). Alterssicherung hat nach

Mayer Verbesserungsbedarf bei der Versorgung alter Frauen, die zwar zum Teil langjährig berufstätig waren, aber dennoch keinen ausreichenden Pensionsanspruch erwerben konnten.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt der österreichische Seniorenbericht (Oppitz, 2000, S. 195), wonach rund 10% der älteren Menschen Einkommensarmutsgefährdet und 2% von akuter Armut betroffen sind. Auffallend ist auch hier, dass viele Frauen sehr geringe Pensionen beziehen. So haben rund 40% der Frauen ein Bruttoeinkommen, das niedriger als der Ausgleichszulagenrichtsatz ist, während Männer zu rund 20% betroffen sind. Die Medianpensionen der Frauen betragen über alle Berufsgruppen hinweg (mit Ausnahme der Beamtinnen) in etwa nur die Hälfte der Männerpensionen. Von den Berufsgruppen sind Bäuerinnen und Arbeiterinnen besonders benachteiligt. Mit zunehmendem Alter wird die Einkommensschere zwischen Männern und Frauen größer. Während bei beiden Geschlechtern die Medianwerte bis zu einem Alter von 40 Jahren nahezu gleich sind, beginnt sich die Schere bei Frauen zwischen 41-50 Jahren mit 90% der männlichen Einkommen zu öffnen und führt zu immer höheren Differenzen mit zunehmendem Alter. Bei den über 70 jährigen Pensionisten sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern mit nur noch 61-69% der weiblichen Einkommen gegenüber den männlichen Altersgenossen je nach Quartal am größten. Ausnahmen gibt es lediglich bei den Beamten, wo die Einkommen nicht nur von allen Berufsgruppen am höchsten sind, sondern auch nahezu geschlechterneutral. Gründe für die hohen Differenzen zwischen Männern und Frauen liegen in den unterschiedlichen Lebensläufen. Frauen haben bedingt durch Mutterschaft und Kinderbetreuung weniger Versicherungsjahre, verminderte Aufstiegschancen und sind meistens in Niedriglohn-Branchen tätig, die überdurchschnittlich oft mit Frauen besetzt sind. Dazu zählen der Handel, die Textil- und Bekleidungsbranche sowie die Arbeit in Beherbergungsbetrieben und Gaststätten. Nicht zu vergessen sind private Haushalte (BM f. Soziales und Konsumentenschutz, 2003). Durch die höhere Bewertung von Kindererziehungszeiten im Jahr 2000 sollten die hohen Differenzen zwischen den Geschlechtern etwas abgemildert werden, berücksichtigt man jedoch die steigende

Anzahl von Frauen in Teilzeitbeschäftigung bei gleichzeitig verminderten Aufstiegschancen, ist davon auszugehen, dass Frauen trotz zunehmend besserer Qualifikationen auch in Zukunft weiterhin zu den einkommensschwachen Personengruppen zählen werden. Die daraus resultierenden Einkommensverluste setzen sich im Alter als logische Konsequenz fort.

In Zukunft ist damit zu rechnen, dass immer mehr Menschen Lücken in ihrer Erwerbsbiographie aufweisen werden, da die Arbeitsmarktlage insgesamt unberechenbarer geworden ist. Arbeitsverhältnisse basieren immer öfter auf freien Dienstverhältnissen, Werkvertragsbasis oder ähnlichem. Diese Diskontinuität wird sich auch auf die zukünftigen Pensionen im Alter auswirken.

2.2.4 Übermacht der Frauen?

Die heute hoch betagten Menschen sind überwiegend weiblichen Geschlechts. Bei den über 75-Jährigen kommen auf 100 Frauen rund 44 Männer, also weniger als die Hälfte. Bei den 85-Jährigen und älteren Menschen ist das Verhältnis rund drei zu eins. Als Gründe können neben der höheren Lebenserwartung der Frauen auch die Folgen der beiden Weltkriege im vorigen Jahrhundert genannt werden. Die „Feminisierung“ hat allerdings bereits ihren Höhepunkt überschritten. Viele Kriegswitwen sind bereits verstorben. Das Geschlechterverhältnis wird in Zukunft „männlicher“. Frauen werden zahlenmäßig weiterhin dominieren, dennoch wird die Anzahl alter Männer deutlich stärker steigen als die der Frauen. Prognosen erwarten im Jahr 2015 80 Männer auf 100 Frauen, für das Jahr 2025 immerhin 85 Männer auf 100 Frauen (Seniorenbericht 2000, S. 38). Ein ähnliches Geschlechterverhältnis gab es bereits zu Beginn des vorigen Jahrhunderts. Die zahlenmäßig starke Differenz zwischen den Geschlechtern wird sich in den kommenden Jahren somit deutlich reduzieren.

2.2.5 Lebensformen

Nach dem Seniorenbericht 2000 (Hörl, Kytir, 2000, S. 58) war der Anteil verheirateter älterer Menschen ab 60 noch nie so hoch wie zuvor. Demnach befanden sich 1997 rund 79% der Männer und 49% der Frauen ab 60 Jahren in

aufrechter Ehe. Bei den Frauen waren immerhin bereits 46% verwitwet, was sich durch das jüngere Heiratsantrittsalter (im Schnitt ein bis zwei Jahre) und die höhere Lebenserwartung erklärt. Als häufigste Lebensform zählte bei 57% der älteren Männer demnach das Leben mit einer Partnerin in einem Zweipersonenhaushalt. Nur ein geringer Anteil von rund 12% lebte alleine. Bei den Frauen gaben 38% an, in einem Single-Haushalt zu leben, 37% wohnten mit ihrem Partner in einem Zweipersonenhaushalt.

Diese Kontinuität gehört wohl bald der Vergangenheit an. Familienstand und Familienstrukturen befinden sich im Umbruch. Die echte Kernfamilie mit „Mutter, Vater und leibliche Kinder“ bekommt Raritätswert. Rückläufige Kindergeburtsraten, weniger Eheschließungen und zunehmende Scheidungsraten verändern traditionelle Familienmuster. Die Anzahl von Ein- und Zweipersonenhaushalten nimmt zu. Eine bevölkerungsstatistische Analyse von Mai (2003, S 234) prognostiziert für die Zukunft die „Singularisierung im Alter“ bei gleichzeitiger Abnahme der „Mehr-Generationen Haushalte“.

Die österreichischen Soziologen Hörl und Kytir gehen im Seniorenbericht 2000 (S. 62) von einer Verdoppelung der Einpersonenhaushalte bis 2030 aus. Die Anzahl unverheirateter, allein lebender, geschiedener und kinderlos gebliebener alter Menschen wird größer, bei gleichzeitig weniger in aufrechter Ehe lebenden Personen. Der Partnerschaft kommt speziell nach Verwitwung oder Scheidung in Zukunft ein größerer Stellenwert zu (Mai, 2003, S 234).

Prognosen des deutschen Seniorenberichtes 2000 gehen von einer Verfünffachung hoch betagter, allein stehender Männer ab 80 Jahren bis zum Jahr 2040 aus. Als Hauptgrund wird die zunehmende Anzahl bei Geschiedenen und Ledigen angegeben, während die Verwitwung durch die steigende Lebenserwartung der Frauen einen untergeordneten Stellenwert erhält.

Die prognostizierte Lebensform der hoch betagten Frauen ab 80 sieht hingegen komplett konträr aus. Demnach ist mit einer Abnahme allein stehender,

verwitweter hoch betagter Frauen zu rechnen. Sie werden entweder in aufrechter Ehe oder in Lebensgemeinschaft mit einem Partner leben.

Der zukünftige hoch betagte Mann wird also im verstärkten Ausmaß alleine leben, verwitwete Frauen hingegen neuerlich eine Ehe oder Partnerschaft eingehen. Erst allmählich wird die Anzahl lediger und geschiedener Frauen steigen.

Hörl und Kytir (2000, S. 52) sehen die Lebensform alter Menschen auch durch die Regionalität von Stadt oder Land beeinflusst. Während in ländlichen Gegenden noch in viel größerem Ausmaß die örtliche Nähe zu eigenen Kindern besteht, sind im städtischen Bereich viel mehr alte Menschen kinderlos oder pflegen Beziehungen zu ihren Kindern, die sich durch „Intimität auf Distanz“ beschreiben lassen. Allerdings ist zu bemerken, dass im ländlichen Bereich institutionelle Unterbringungsmöglichkeiten weit weniger vorhanden sind als in der Stadt.

Zusammenfassend kann für die Zukunft von sehr heterogenen Lebensformen alter Menschen ausgegangen werden. Es wird Ledige, Verwitwete und Geschiedene Personen geben, die heiraten, unverheiratet in Partnerschaft leben oder alleine bleiben. Die Vielfalt der unterschiedlichen Lebensformen wird zukünftig zu einer verstärkten Nachfrage an altersgerechten, bedürfnisorientierten Wohnformen führen. Damit zeichnet sich einmal mehr ein dringender Handlungsbedarf in der Altenpolitik ab.

2.2.6 Die Neuen Alten: Heimliche Ressource der Gesellschaft?

Was charakterisiert die heutigen „jungen Alten“? Medien sprachen bereits in den 80er-Jahren von den „Neuen Alten“. Was macht sie neu? Was ist anders als bei den Alten zuvor?

Anfang der 90-er Jahre untersuchte eine Infratest/Sinus Studie Lebensstil und Lebensweise damaliger 55- bis 70-Jähriger. Demnach konnte rund ein Viertel den „Neuen Alten“ zugeordnet werden. Charakterisiert durch Selbstverwirklichung,

Kreativität, Persönlichkeitswachstum und Aufgeschlossenheit für das Neue wollten sie Chancen aktiv nutzen, die ihnen das Älterwerden ermöglicht.

„Lebensgenuss (auch durch Konsum); Mobilität (man reist gern), vielfältige Kommunikation, soziale Kontakte, das Wahrnehmen kultureller Angebote kennzeichnen diesen Lebensstil.(...) Weiterbildungsangebote, zum Beispiel der Volkshochschulen, werden überdurchschnittlich häufig genützt, am politischen und gesellschaftlichen Leben nimmt man regen Anteil. Bei den meisten aktiven „Neuen Alten“ finden wir gutsituierte Verhältnisse. (...) Die akademischen Berufe sind hier überdurchschnittlich vertreten. Männer und Großstadtbewohner sind ebenfalls überrepräsentiert“ (Aner, Karl, Rosenmayr, 2007, S 13)

Nun gehören die hier beschriebenen Alten den Geburtsjahrgängen um 1925 an und zählen daher heute schon längst nicht mehr zu den „Neuen Alten“. Diese „Aufbaugeneration“ hatte eine andere, durch Entbehrungen gekennzeichnete historische Vergangenheit, als die heutigen „Neuen Alten“, die Jungen der 68-er Jahre. Die „Neuen Alten“ der „Erfolgsgeneration“ profitierten von einem vollen Wirtschaftsaufschwung und dem Erbe der „Aufbaugeneration“. Dennoch zeigt sich ein ähnliches Bild, das durch aktive Teilnahme am sozialen Leben und persönliche Weiterentwicklung geprägt ist. Die um 1945 Geborenen setzen dort fort, wo ihre Elterngeneration stehen blieb: Mit einem noch höheren Bildungsniveau und noch größeren Erwartungen ausgestattet, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und es mitzugestalten. Auch in der Politik hat man mittlerweile begriffen, dass es Potentiale der „Neuen Alten“ zu nützen gilt. So kommt der fünfte deutsche Altenbericht aus dem Jahr 2005 zum Schluss, dass der erhebliche Wissens- und Erfahrungsschatz der Älteren gehoben werden müsse, „der heute weitgehend gering bewertet wird und brach liegt“ (BM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2005, S. 83). Weiters wäre die Schaffung einer „Anerkennungskultur“ wie auch geeigneter Rahmenbedingen für das Engagement älterer Menschen unbedingt notwendig (ebenda, S. 19).

Der Altersforscher und Soziologe Rosenmayr bemerkte schon 1990 „Die Gleichzeitigkeit von Ungleichzeitigen – von früh, später und ganz spät Geborenen – ist eine große Chance für das soziale Wissen“ (Rosenmayr, 1990).

Geht die in breiten Bevölkerungskreisen vertretene Ansicht, altern sei Abbau und Verlust geistiger wie körperlicher Fähigkeiten nun in die Gegenrichtung? Der demografische Wandel zu einer durchschnittlich älteren Gesellschaft verlangt nach neuen Lösungen. Gesellschaftliche Aufgaben können nicht mehr alleine von den Jungen getragen werden. Es bedarf neuer Modelle und Anreize um die Alten an den vielfältigen Herausforderungen unserer modernen Gesellschaft zu beteiligen. Schon längst hat sich der staatliche Versorgungsgedanke zu einer an das Individuum übertragenen Selbst- und Sozialverantwortung verändert.

Überlegungen, Alte aktiv in das gesellschaftliche Leben einzubinden, sind schon in den 80-er Jahren des vorigen Jahrhunderts aufgekommen. Über das „Wie“ war man sich noch im Unklaren. Die staatlich gewollte Frühpension von Menschen vor ihrem sechzigsten Lebensjahr war längst passé. Ursprünglich in der BRD als Vorruhestand deklariert und als Einsparungsmöglichkeit für Pensionen und Sozialleistungen gedacht, wurde eine ganze Generation plötzlich als „Freizeitgeneration“ ohne sozialem Gewissen, die auf Kosten jüngerer Generationen leben würde, verunglimpft. Gleichzeitig setzte eine interdisziplinäre wissenschaftliche Diskussion über die „Neuen Alten“ ein. Von „Sinnfindungsdruck“ der nach Tews (1989, zitiert nach Aner, Karl, Rosenmayr, 2007) „gestaltungs- und beeinflussungsbedürftig“ wäre und von lebenslangem altersunabhängigem Recht auf Erwerbsarbeit war plötzlich die Rede. Angesichts dieses Meinungswandels kam dem Altenbild nun eine neue Bedeutung und Perspektive zu. Potentiale und Ressourcen rückten in den Vordergrund des Interesses an den „Neuen Alten“.

Der fünfte deutsche Altenbericht mit dem bezeichnenden Titel „Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen“ (BMFSFJ 2006) - hält allerdings ein überzeichnetes positives Altenbild für genauso kontraproduktiv wie ein negatives. Der Druck auf die älteren Menschen und das Verpflichtungsgefühl würden damit immens ansteigen und könnten zu Gefühlen der Überforderung und der

Ausnutzung führen. Vielmehr müsse der Vielfalt altersspezifischer Lebensformen auch beim Altersbild Rechnung getragen werden. Damit könne die Produktivität des Alters immens gesteigert und genützt werden, vorausgesetzt Betriebe, Verbände und Einrichtungen verlangten aktiv danach.

Alte leisten bereits einen großen Teil für die Gesellschaft, indem sie wertvolle Erfahrungen und ihr Fachwissen in das Erwerbsleben einbringen und durch ihre gute materielle Ausstattung und Kaufkraft zur Nachfrage und wirtschaftlicher Entwicklung von seniorenspezifischen Waren und Dienstleistungen beitragen. Sie leisten im Familienverband emotionale und finanzielle Unterstützung, übernehmen Betreuungs- und Pflegedienste für Familienmitglieder und erbringen in zahlreichen ehrenamtlichen Tätigkeiten wertvolle Leistungen. Dennoch gibt es noch erheblichen Verbesserungsbedarf.

Der fünfte deutsche Altenbericht ortet einen immensen Nachholbedarf bei der Erhöhung der Erwerbsquote aller älteren Arbeitnehmer unter Berücksichtigung unterschiedlicher Qualifikationsniveaus, Geschlechterzugehörigkeit, kultureller Herkunft, psychischer und physischer Belastung. Gleichzeitig bedürfe es der Schaffung geeigneter staatlicher Rahmenbedingungen in Gesundheits-, Bildungs-, Familien- und Arbeitsmarktpolitik um die Lebensarbeitszeit maßgeblich zu erhöhen. Eine zweite Anregung und Forderung liegt in der Motivation älterer Bürger zu verstärktem bürgerlichem Engagement im Sinne ehrenamtlicher Tätigkeit. Nachweislich korreliert die Bereitschaft zu ehrenamtlicher Tätigkeit mit höherem Bildungsniveau, was bisher weitgehend unberücksichtigt blieb. Trotzdem muss Partizipationsförderung auch dort ansetzen, wo bisher noch wenig nachgefragt wurde, z.B. bei bildungsfernen Schichten und auch bei den Alten, die dem dynamischen Bild der „neuen Alten“ wenig entsprechen. Gemeint sind Alte, die durch gesundheitliche Einschränkungen in ihrem Handlungsspielraum auf ein eingeschränktes Wohnumfeld eingeengt sind.

Die Autoren Aner, Karl und Rosenmayr (2007) warnen davor, die zurückgezogenen Alten aus dem Blickfeld zu verlieren, jene für die Förderungsprogramme geschaffen wurden und die ohne Zuwendung diese

Maßnahmen nicht in Anspruch nehmen könnten. Nutznießer wären demnach wieder die privilegierten Alten, die ohnehin aktiv und selbst bestimmt ihren Projekten nachgehen könnten.

Zusammenfassend sieht der Wiener Soziologe Rosenmayr das Phänomen der „Neuen zukünftigen Alten“ in zwei Ausprägungen: Einerseits in den stark konsumorientierten, andererseits in den zur sozialen Verantwortung bereiten Senioren (Aner, Karl, Rosenmayr, 2007, S. 10). Das „neue Altern“ lässt sich durch zwei Hauptströmungen charakterisieren: Einerseits durch veränderte, längere Berufstätigkeit, andererseits durch bürgergesellschaftliche, freiwillige oder teilfinanzierte Partizipation.

2.3 Schlussfolgerungen

Einfach betrachtet werden die „neuen Alten“ der nahen Zukunft besser gebildet, selbständiger, materiell wie sozial gut abgesichert, gesünder aber auch individualisierter als vorige Altengenerationen sein. Im Detail betrachtet, muss der differentiellen Gerontologie mehr Bedeutung zukommen, da in Zukunft größere soziale Ungleichheiten zu erwarten sind. Das Erwerbsleben wird in zunehmendem Ausmaß von Unsicherheit geprägt sein. Unterbrechungen und atypische Beschäftigungsverhältnisse führen zur Diskontinuität im Verdienst und wirken sich in weiterer Folge auf die Höhe der Pensionen aus. Andererseits werden aufgrund fehlender junger Arbeitskräfte mehr ältere Menschen im Erwerbsleben stehen. Geschlechterspezifisch wird die Anzahl der berufstätigen Frauen ansteigen. Sie werden durch ein höheres Bildungsniveau bessere Einkommen und damit auch höhere Pensionen lukrieren, dennoch durch überwiegende Tätigkeiten in schlechter bezahlten Branchen nicht an die Einkommen der Männer herankommen.

Eine höhere Schul- und berufliche Bildung der zukünftigen Alten ist der Schlüssel zur besseren materiellen Alterssicherung, zu einer guten Wohnsituation wie zu insgesamt besseren Lebensverhältnissen und damit zu einer besseren Gesundheit.

Eine gute Gesundheit bedingt mehr aktive alte Menschen, die auch noch im hohen Alter aktiv Sport betreiben, kulturellen Interessen nachgehen und gesellschaftlichen Verpflichtungen nachkommen können. Welche Verpflichtungen das sein könnten, bleibt bislang noch offen, da Gemeinden, Städte oder Länder bisher wenig hilfreiche Rahmenbedingen für eine gleichberechtigte Mitarbeit geschaffen haben. Demnach besteht eine Holschuld der verschiedenen Einrichtungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene als auch eine Bringschuld der älteren Bevölkerung, die explizit geeignete Rahmenbedingungen einfordern müsste.

Der demografische Wandel führt insgesamt zu einer älteren Gesellschaft und damit zu einem höheren Anteil betagter und hoch betagter Menschen. Die Pflegebedürftigkeit steigt somit stark an. Prognosen, die auf die unsichere Mortalitäts- und Morbiditätsentwicklung hinweisen, gehen von einer Steigerung in der Bundesrepublik Deutschland von 50- 60% bis 2040 aus (Mai, 2003, S 235). Da Deutschland wie auch die anderen industrialisierten europäischen Länder eine vergleichsweise ähnliche Bevölkerungsstruktur haben, ist dieser Prozentsatz auch für Österreich denkbar.

Bei den Schwerstpflegebedürftigen ist eine starke Verschiebung von häuslicher Pflege zur stationären Pflege zu erwarten. Der heute deutlich dominierende Anteil weiblicher Pflegeheimbewohner wird zurückgehen, das Verhältnis Männer zu Frauen somit ausgeglichener. Die Anzahl dementer Menschen steigt künftig stark an. Aus den erwähnten Gründen wie veränderter Familien- und Erwerbsformen kommt es auch hier zu einer Verschiebung von häuslicher zu stationärer Pflege.

Aufgrund der Heterogenität alter Menschen kommt auf die professionelle Pflege eine besondere Herausforderung zu: Individueller, auf mehr Lebensqualität ausgerichtet, zunehmend angepasst an verschiedene kultureller Bedürfnisse älterer Migranten. Eine normierte Pflege wird somit in Zukunft nicht bestehen können. Das häufig noch anzutreffende asymmetrische Machtverhältnis zwischen pflegebedürftigen Alten und Pflegepersonal wird zunehmend von

gleichberechtigter Partnerschaft abgelöst werden. Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz 2005 ist im Rahmen des Konsumentengesetzes angesiedelt. Dementsprechend ist auch der zukünftige, vermehrt mit Selbstbewusstsein ausgestattete Pflegeheimbewohner zu sehen - als mündiger Mensch, der Anspruch auf höchste pflegerische Qualität bei gleichzeitiger Berücksichtigung seiner Autonomie, Würde und individuellen Bedürfnisse hat.

Aufgrund der starken zahlenmäßigen Zunahme hoch betagter Menschen und der zu erwartenden Multimorbidität bei gleichzeitiger Ausdünnung familiärer Unterstützung soll das nächste Kapitel einen groben Überblick über das derzeit existierende Betreuungs- und Pflegeangebot geben.

3 Betreuungsformen und Pflege alter Menschen in Österreich

In Österreich bezogen per 31.12.2006 mehr als 385.000 Menschen Pflegegeld nach dem Bundes- und Landespflegegeldgesetz (BM für Soziales und Konsumentenschutz, Pflegevorsorgebericht, 2006).

Im Detail erhielten 278.901 Personen Bundespflegegeld, wobei Wien mit 55.448 Personen (20%) und Niederösterreich mit 54.016 Personen (19%) den größten Bedarf hatten. Die meisten Bezieher fanden sich mit 56% in den niedrigsten Pflegegeldstufen eins bis zwei der siebenstufigen Skala und stellten damit 30% des Gesamtaufwandes. Rund 32% der Bezieher erhielten Pflegegeld der mittleren Stufen drei und vier und machten rund 40% des Bundespflegegeldaufwandes aus. 12% der Bezieher bezogen Pflegegeld der höchsten Stufen fünf bis sieben und stellten, bedingt durch die Höhe des Pflegegeldes, 30% des Gesamtaufwandes. Die Anzahl der Pflegegeldbezieher sagt aufgrund der Zuerkennungspraxis des Pflegegeldes jedoch nichts über die tatsächliche Anzahl hilfs- und betreuungswürdiger Personen aus. Nur wer zumindest fünfzig Stunden Betreuung im Monat benötigt, bekommt nach vorangegangener positiver Einschätzung Pflegegeld zugesprochen.. Es ist daher anzunehmen, dass die Anzahl betagter Menschen mit Betreuungs- oder Pflegebedarf weit höher ist, als die Statistik belegt.

Bei der Altersstruktur der Pflegegeldbezieher bestand ein Unterschied zwischen Männern und Frauen. Die größte Gruppe fand sich bei den Männern in den Altersklassen 61 – 80 Jahren, gefolgt von der Altersklasse ab 81 Jahren. Bei Frauen lag die Sachlage umgekehrt. Hier fand sich die größte Gruppe in der Altersklasse ab 81 Jahren. Gründe für den Geschlechterunterschied sind in der niedrigeren Lebenserwartung der Männer, als auch im historischen Kontext zum zweiten Weltkrieg zu vermuten, der zu einem Männermangel in den ältesten Altersgruppen führte. Das Datenmaterial lässt jedenfalls erkennen, dass es sich bei den Beziehern des Pflegegeldes durchwegs um sehr alte Personen handelt.

Zur Übersicht und Strukturierung des Betreuungsangebotes kann grob zwischen Pflege daheim und institutioneller Pflege unterschieden werden. Eine Zwischenform stellen die mittlerweile zahlreichen Alternativangebote wie Betreutes Wohnen, Seniorenwohngemeinschaften, oder „Mehrgenerationenwohnen“ dar, bei denen jedoch eine hohe eigenständige Lebensführung der Bewohner notwendig ist. Eine weitere Form der Betreuung liegt in den halbstationären Tageszentren für pflegebedürftige Menschen. Im Folgenden werden nun die „Pflege daheim“, Betreutes Wohnen, Tageszentren und Pflegeheime skizziert, wobei der Schwerpunkt gemäß dem Diplomarbeitsthema auf dem Pflegeheim liegen wird. Eine Abhandlung sämtlicher existierenden Formen würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Einen guten Überblick über die verschiedenen Angebote liefert jedoch der Beitrag von Feuerstein und Havel (2000, S 224 - 257) über „Wohnformen im Alter“ im Seniorenbericht 2000.

3.1 Pflege daheim

Die meisten Menschen wünschen sich daheim in vertrauter Umgebung gepflegt zu werden. Mehr als 80% der pflegebedürftigen Menschen wird dieser Wunsch auch erfüllt. Die Übernahme dieser oft körperlich und psychisch anstrengenden Aufgabe übernehmen zu rund 80% Frauen. Aus einer ÖBIG - Studie im Herbst 2005 geht hervor, dass rund ein Drittel der pflegenden Angehörigen, meist Ehepartner/innen oder Töchter, selbst noch erwerbstätig sind. Das Durchschnittsalter beträgt rund 58 Jahre. Probleme, die sich aus der Pflege naher Angehöriger bei noch erwerbstätigen Personen daheim ergeben können, sind die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege sowie die hohe physische und psychische Belastung, die sich aus geringen Erfolgserlebnissen und niedriger gesellschaftlicher Anerkennung ergibt (Streissler, 2004, S 13). Dazu kommen häufig Informationsmängel in Hinsicht auf zustehende Sozialleistungen sowie das Gefühl „alleine gelassen“ zu sein. Zur Unterstützung können pflegende Angehörige auf ein breites Angebot diverser Hilfsdienste zurückgreifen. So kann

etwa Hauskrankenpflege zur Abdeckung medizinischer und pflegerischer Belange in Anspruch genommen werden. Diplomierte Pflegepersonen und Pflegehelfer versorgen die pflegebedürftige Person nach den Grundsätzen aktivierender und reaktivierender Pflege, wobei das primäre Ziel dem Erhalt und der Förderung der Selbständigkeit gilt (Fonds soziales Wien, Pflege zu Hause, 2008).

Auch bei der Deckung alltäglicher Belange gibt es Unterstützung. „Essen auf Räder“ bringt frisch zubereitete Speisen direkt ins Haus. Heimhilfen, Reinigungs- und Wäschepflegedienste übernehmen bei Bedarf die Reinigung der Wohnung oder der Wäsche. Besuchs- und Begleitdienste sorgen für Abwechslung und Unterstützung z.B. beim Vorlesen, bei einem Kaffeehausbesuch oder der Erledigung von Amtswegen und Einkäufen, die alleine nicht mehr bewältigt werden können. Alle Leistungen sind kostenpflichtig in Abhängigkeit vom Einkommen und der Höhe des Pflegegeldes. Die bereits erwähnte ÖBIG-Studie von 2005 kommt zum Schluss, dass in 25% der Fälle auf Unterstützungsangebote zurückgegriffen wird. Am häufigsten sind das die Hauskrankenpflege (47%), Heimhilfe (39%) und Essen auf Räder (30%).

3.2 Betreutes Wohnen

Das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz sieht folgende Begriffserklärung für „Betreutes Wohnen“ vor (BM für Soziales und Konsumentenschutz, Altenpflegeheime-Begriffserklärung, 2008)

„Ziel dieses Angebotes ist es, größtmögliche Unabhängigkeit und Selbständigkeit jedes/r einzelnen Bewohners/in mit jederzeit verfügbaren Betreuungs- und Hilfsangeboten jeder Art zu verbinden. Voraussetzung ist, dass der/die Bewohner/in noch selbständig leben und sich weitgehend selber versorgen kann. Betreute Wohnungen können in eine stationäre Einrichtung integriert sein oder auch vollkommen ohne Anbindung an ein Heim angeboten werden.“

Betreutes Wohnen kann somit als ergänzende, alternative Wohnform im privaten Umfeld zu ambulanten Hilfsangeboten und stationären Einrichtungen verstanden

werden. Diese Form spricht vor allem ältere Menschen an, die aus sozialen Rahmenbedingungen, Gründen der unzureichenden altersmäßig notwendigen Infrastruktur des bisherigen Wohnumfeldes, oder gesundheitlichen Beeinträchtigungen die eigene Wohnung aufgeben, aber dennoch ohne großer Unterstützungsleistung zu einem weitgehend selbständigen Leben fähig sind.

Saup (2001) fand mithilfe der Augsburger Längsschnittstudie folgende typische Merkmale von Bewohnern betreuten Wohnens: $\frac{3}{4}$ waren weiblich bei einem Durchschnittsalter von 78 Jahren, rund 18% hoch betagt über 85 Jahre. 80% der Bewohner berichteten bei ihrem Einzug über dauerhafte gesundheitliche Beschwerden, vor allem im Bereich Gehen und Bewegung, Herz-Kreislaufbeschwerden und Seh- bzw. Hörbeschwerden. Im Vergleich zur Pflegeheimpopulation war die Pflegebedürftigkeit jedoch drei Monate nach Einzug mit 13% etwa um ein Fünffaches geringer. Als Einzugsgründe kristallisierte sich in erster Linie die „Krisenvorsorge“ heraus, auch höherer Wohnkomfort oder mehr soziale Kontakte wurden mit einem Umzug bezweckt.

„Betreutes Wohnen“ unterliegt gesetzlich keinen vorgegebenen Rahmenbedingungen, sodass die Leistungen der unterschiedlichen Anbieter sehr unterschiedlich sein können und die Transparenz mitunter zu wünschen übrig lässt (Amtshelfer für Österreich, betreutes Wohnen, 2008).

Nach Feuerstein und Havel (2000) verbindet betreutes Wohnen ein bauliches Konzept mit einem Betreuungskonzept, wobei das Ausmaß an Betreuungsleistung stark nach Leistungsanbieter variieren kann. Die Wohnungen oder Appartements können frei finanziert oder gefördert als Miet- oder Eigentumswohnung (bzw. Appartement) in einer Wohnanlage oder über mehrere Wohnanlagen verstreut zur Verfügung stehen. Die Betreuungsleistung kann von der bloßen Installation einer Notrufeinrichtung bis hin zu den vielfältigsten Dienstleistungen reichen. Die Palette umfasst Wohnungen mit eingeschränktem Angebot bis hin zu einem umfassenden Angebot interner oder externer Hilfsleistungen. Auch die Betreuung durch die Ansiedelung nahe einem Pflegeheim oder Altersservicezentrum ist

denkbar. Um die einzelnen Angebote unterschiedlicher Anbieter besser vergleichen zu können, regen Feuerstein und Havel ein Qualitätssiegel an, wie man es in Deutschland, Baden Württemberg, bereits seit 1996 kennt. Unterschieden werden vor allem die Bereiche Bauwerk und Umfeld, Grundsservice, Wahlservice und Vertragsgestaltung (Feuerstein, Havel 2000).

Badelt und Leichsenring (2000) sehen die Entwicklung kleinerer, bedürfnisgerechter und gemeindenaher Wohnformen erst am Beginn ihrer Entwicklung. In ganz Österreich stehen rund 1500 Plätze zur Verfügung, wozu auch die Sonderform der Seniorenwohngemeinschaften hinzugezählt wird. Bei dieser Art des betreuten Wohnens verfügen die Bewohner über ihr eigenes Zimmer, teilen jedoch Gemeinschaftsräumlichkeiten wie Wohnzimmer oder Küche. Soziale Dienste können von einzelnen Bewohnern aber auch von der gesamten Wohngemeinschaft in Anspruch genommen werden. Österreichweit existieren rund 20-30 Seniorenwohngemeinschaften. Neben zahlreichen Hilfsorganisationen wie Diakonie, Volkshilfe, Caritas und Hilfswerk ist das Kuratorium Wiener Pensionisten-Wohnhäuser der größte Anbieter betreuten Wohnens (Kuratorium Wiener Pensionisten Wohnhäuser, Betreutes Wohnen, 2008). Hier beinhaltet die Miete der Einzel- oder Doppelappartements bestimmte Grundleistungen wie Mahlzeiten, Reinigung, Benutzung der Gemeinschafts- und Freizeiteinrichtungen, Erste-Hilfe-Leistungen u.v.m. Spezielle Hilfsunterstützungen beim Ankleiden, bei der Körperpflege, Medikamenteneinnahme und bei den Mahlzeiten werden gesondert nach einem eigenen Tarifblatt abgerechnet. Die Finanzierung erfolgt wie bei einer Pflegeheim Einrichtung auf individueller Basis. Bei Bedarf können Zuschüsse über den Fonds Soziales Wien, äquivalent zum Pflegeheim, beantragt werden.

3.3 Tageszentren

Tageszentren zählen zu den teilstationären Einrichtungen, die ein Zwischenglied zwischen der Pflege daheim und der Pflege in einem Pflegeheim darstellen. Das Ziel dahinter ist die Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensweise

pflegebedürftiger Personen im gewohnten Lebensumfeld der eigenen Wohnung durch tagsüber bereitgestellte aktivierende Betreuungsangebote und Pflege. Bei dieser Form kümmern sich Sozialarbeiter, Ergo- Psychotherapeuten, Heimhelfer, Pflegehelfer, Kreativanimateure, diplomiertes Pflegepersonal und Psychologen um pflegebedürftige Menschen, die morgens vom Fahrtendienst gebracht werden. Mittels eines strukturierten Tagesablaufs mit drei Mahlzeiten, sowie zahlreichen Gruppen – und Einzelangeboten wie z.B. Musik-, Gesprächs-, Werk- und Gedächtnisgruppen sollen die individuellen Fertigkeiten der alten Menschen trainiert bzw. soziale Kontakte gefördert werden. Neben dem Erhalt und der Förderung vorhandener Ressourcen soll das Ziel auch der Vermeidung von Vereinsamung gelten. Der wesentliche Unterschied zur stationären institutionellen Betreuung liegt darin, dass die Besucher der Tageszentren über die notwendige körperliche Verfassung verfügen müssen und daher nicht bettlägerig sein dürfen. Abends bringt der Fahrtendienst die pflegebedürftigen Personen wieder nach Hause. Der Besuch eines Tageszentrums erfolgt täglich, oder auch nur an einzelnen Wochentagen (Fonds Soziales Wien, Tageszentren, 2008)

Träger der Tageszentren können öffentlich oder privat sein. Der öffentliche Träger „Fonds Soziales Wien“ und private Träger wie z.B. „Caritas Socialis“ oder „Hilfswerk“ bieten in Wien derzeit rund neunzehn Tageszentren an.

3.4 Alten- und Pflegeheime

In offiziellen Broschuren wie z.B. „Altenheime und Pflegeheime in Österreich“ (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2006) sind Alten- und Pflegeheime in einer Rubrik zusammengefasst, da offensichtlich der Überbegriff „stationär“ gilt. Wenngleich der Begriff „Alten- und Pflegeheim“ umgangssprachlich oft synonym gebraucht wird, besteht doch ein erheblicher Unterschied zwischen den beiden Formen. Während im Altenheim meistens jüngere Senioren relativ selbstständig ihren Alltag bestreiten, ist das Pflegeheim für die „schwierigen Fälle“ reserviert. Medizinische und pflegerische Belange stehen für die meist hoch betagten, schwerst pflegebedürftigen und chronisch

kranken Menschen im Vordergrund, wo hingegen im Altenheim der Aspekt „wohnen“ dominiert. Die meisten Altenheime verfügen allerdings auch über angeschlossene Pflegestationen, da die bei ihrem Einzug noch relativ selbständigen Bewohner im weiteren Verlauf häufig pflegebedürftig werden.

3.4.1 Eintrittsgründe

Pflegebedürftigen alten Menschen, deren Angehörige mit der intensiven Pflegearbeit überlastet sind, oder keine Angehörigen mehr haben, bleibt oft nur noch der Weg ins Pflegeheim. Damit sind in der Bevölkerung immer noch große Ängste verbunden. Das Heim wird häufig als „Endstation“, oder „Pflegekaserne“ betrachtet, in das alte Menschen „abgeschoben“ werden. Dass diese Sichtweise reichlich undifferenziert ist und mögliche Chancen oder positive Effekte verkennt, liegt auf der Hand. Allerdings stellt der Eintritt ins Pflegeheim tatsächlich eine gehörige Zäsur im Leben eines alten Menschen dar. Eine vertraute, mit Erinnerungen versehene Umgebung muss aus verschiedenen Gründen aufgegeben werden. Was den pflegebedürftigen alten Menschen im Pflegeheim erwarten wird, ist ungewiss.

Wahl und Reichert (1994, S 17) stellen fest, dass der Entschluss einer Pflegeheimübersiedelung an ein „ganzes Bündel von subjektiven und objektiven“ Faktoren gebunden ist. Demnach geht dem oft ein jahrelanger Prozess zuvor, in dem man sich sehr ausführlich mit dem eigenen Altwerden und den Rahmenbedingungen beschäftigt. Auch scheint sich der Heimeintritt immer häufiger als unter Zeitdruck getroffene Notfallsreaktion darzustellen, wobei mehr Angehörige und Entscheidungsträger im Gesundheits- und Sozialwesen die treibenden Kräfte sein dürften, als die Betroffenen selbst. So wird der Pflegeheimeintritt häufig aufgrund eines vorangegangenen längeren Krankenhausaufenthaltes eingeleitet, weil körperliche Schwäche und chronische Erkrankungen die selbstständige Lebensführung bedrohen. Klingenfeld berichtet gar von einem Anteil von 67,2% bei dem der Übertritt nach einem vorangegangenen Krankenhausaufenthalt erfolgt, während nur 14,1% der späteren Bewohner direkt von zu Hause und weitere 18,7% aus anderen Institutionen ins Pflegeheim überwechseln (Wörle und Klingenfeld 1990, zitiert nach Klingenfeld

1999). Traxler (2005, zitiert nach Wehrli-Schindler 1997), spricht von „Zynismus“ bei der Frage nach dem Heimumzug, zumal nur ein Drittel auf eigenen Beschluss in ein Heim zieht, 21% in ein Heim eingewiesen werden und 46% keine andere Möglichkeit sehen.

Bei Betrachtung der Gründe, die zu einem Pflegeheimeintritt führen, können demografische, subjektive und objektive Faktoren unterschieden werden.

Demografische und objektive Gründe

Als ausschlaggebende Determinanten für einen Pflegeheimeintritt stellen sich in der Literatur die Variablen Alter, Familienstand, Geschlecht und Gesundheitszustand heraus. Klingenfeld zufolge (1999, S. 17) liegt das mittlere Eintrittsalter deutlich über 80 Jahren, wobei Verwitwete, Ledige und Geschiedene überrepräsentiert sind. Rund 80% der Pflegeheimbewohner sind weiblich.

Klein et al. (1997) verglichen alte Menschen in Privathaushalten mit Alten – und Pflegeheimbewohnern um die sozialstrukturellen Charakteristiken herauszuarbeiten. Anhand dieser aus dem Alterssurvey 1995 stammenden Daten wird deutlich, dass die Hälfte aller Heimeintritte nach dem 80. Geburtstag erfolgt, 67,2% der Heimbewohner verwitwet bzw. 19,7% ledig sind, bzw. schon vor ihrem Heimeintritt häufig verwitwet oder ledig waren. 72% der späteren Heimbewohner lebten bereits vor ihrem Heimeintritt alleine, während nur 29,5% der älteren Menschen in Privathaushalten alleine lebten.

Klein (1998) untersuchte in einer weiteren retrospektiv erhobenen Verlaufsstudie anhand von 5.150 Personen über 60 Jahren Verflechtungen zwischen den bekannten Determinanten wie Alter, Geschlecht und Sozialbeziehungen. Die Daten beruhen auf dem deutschen Altenheimsurvey 1995 - 1996 und dem Sozio-ökonomischen Panel von 1994. Demnach stellt das fortschreitende Alter einen wesentlichen Faktor eines Heimeintritts dar, wobei sich die Eintrittsrate mit jedem zusätzlichen Lebensjahr über 60 um 41% erhöht. Weder abnehmende Sozialbeziehungen noch Verwitwung können diesen Effekt ausreichend erklären.

Lediglich ein geringer Anteil des Alterseffektes kann auf eine zunehmende gesundheitliche Beeinträchtigung zurückgeführt werden.

Den hohen Anteil von Frauen von über 80% an der Heimpopulation führt die Studie weniger auf die Geschlechterzugehörigkeit zurück, als vielmehr auf die geschlechtsbezogenen Unterschiede hinsichtlich Lebenserwartung und Familienstand bzw. Defiziten an social support. Lässt man das Geschlecht nämlich außer Betracht und zieht nur den Familienstand heran, so schrumpft der Geschlechterunterschied auf ein unsignifikantes Ausmaß zusammen. Demgegenüber haben Verheiratete ein rund 69% geringeres Eintrittsrisiko als Unverheiratete. Klein zog den Schluss, dass das geringe Heimeintrittsrisiko Verheirateter auf der sozialen Einbindung der Partner beruht. Hingegen trifft weder der Umstand, dass Ehepartner einander nur ungern durch den Umzug allein lassen wollen, noch dass eine gegenseitige besonders hohe Verpflichtung zur Pflege- und Hilfgewährung besteht, zu. Plausibel erscheint diese Aussage dadurch, dass die meist ebenfalls betagten und gesundheitlich beeinträchtigten Ehepartner gar nicht mehr zu großen Hilfs- und Pflegeleistungen fähig sind.

Gesundheitliche Beeinträchtigungen stellen einen elementaren Grund für einen Heimeintritt dar. Leben allerdings weitere Personen mit gesundheitlich stark angegriffenen Personen im gemeinsamen Haushalt, reduziert sich das Heimeintrittsrisiko durch die enormen Unterstützungs- und Pflegedienste, die diese leisten. Repräsentative Daten über gesundheitliche Beeinträchtigungen liegen für Österreich kaum vor. Zur Quantifizierung des Anteils gesundheitlich beeinträchtigter Menschen über 60 Jahren (nicht der Heimpopulation) gingen Schätzungen aus dem Jahr 1992 von 30,87% (vgl. Badelt, Leichsenring, 2000) aus. Die auf Mikrozensus basierenden Daten zeigten zudem das rasche Ansteigen der Betreuungsbedürftigkeit mit zunehmendem Alter. Demzufolge fanden sich die größten Anteile mit rund 58% bzw. 82% in den Altersstufen 80 – 84 Jahren und ab 85 Jahren, wenngleich sich die überwiegende Mehrheit beider Altersklassen in den leichten und mittleren Betreuungsbedarfsformen befanden und nur der geringste Anteil der Kategorie „stark betreuungsbedürftig“ zuordenbar war.

Wahl und Reichert (1994, S 19) gehen davon aus, „daß der körperliche und seelische Gesundheitszustand derjenigen alten Menschen, die dann schließlich doch in eine stationäre Einrichtung übersiedeln (bzw. übersiedelt werden), als relativ schlecht bezeichnet werden muß“. Hauptprobleme dabei liegen in der beeinträchtigten Mobilität und dem psychischen Zustand.

Nach Klingefeld (1999, S. 21) leiden 84% der Hamburger Heimbewohner unter psychischen Störungen. Einer amerikanischen Studie zufolge benötigen 91% der über 65-jährigen Heimbewohner Hilfe beim Baden, 77,6% beim Anziehen, 62,6% beim Gehen, 51,1% beim Toilettengang und 40,3% bei den Mahlzeiten.

Subjektive Gründe

Subjektive Gründe bewegen sich in den Dimensionen Gesundheit, Wohnsituation und soziales Netzwerk.

In der Literatur besteht Einigkeit, dass der subjektiven Einschätzung eines schlechten Gesundheitszustandes, verbunden mit der Überzeugung, es wäre in nächster Zukunft auch keine Besserung zu erwarten, große Bedeutung bei der Entscheidung zu einem Heimeintritt zukommt (vgl. Klingefeld 1999, Wahl und Reichert 1994, Klein et al. 1997).

Klein et al. (1997) bestätigen in ihrer Studie, dass für 56% der späteren Heimbewohner gesundheitliche Gründe vor fehlenden Sozialkontakten oder Wohnungsmängeln für den späteren Heimeintritt ausschlaggebend waren. In erster Linie waren es die Folgen eines Sturzes oder eines Unfalles, verbunden mit einem Krankenhausaufenthalt, der danach die ständige Pflege und Betreuung in einem Pflegeheim notwendig machte. Ähnlich häufig wie Stürze war ein vorangegangener Schlaganfall Grund für den Heimeintritt, an dritter Stelle rangierten Geh- oder Sehbehinderungen vor psychischen Gründen. Rund 20% gaben eine akute Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Lage vor Heimeintritt an.

13,1% nannten als Grund Einsamkeit durch den Verlust des Ehe- oder Lebenspartners bzw. den beabsichtigten Umzug in die Nähe von nahe stehenden Verwandten oder Bekannten.

Für rund 9% waren schlechte Rahmenbedingungen wie schwer erreichbare Wohnungen in höheren Etagen ausschlaggebend für einen Heimeintritt.

Bei Betrachtung der möglichen Heimeintrittsmotive bestätigt sich eine weitgehende Deckung von objektiven und subjektiven Gründen. Beeinträchtigungen bei der Ausübung alltäglicher Aktivitäten sowie fehlende soziale Netzwerke liegen dabei an erster Stelle.

Aus den genannten Daten lässt sich der heute idealtypische Pflegeheimbewohner als hoch betagt, gesundheitlich schwer beeinträchtigt, allein stehend und überwiegend weiblich charakterisieren. Mit den neuen Familienstrukturen wird sich dieses Bild in Zukunft allerdings verändern.

3.4.2 Rechtliche Grundlagen

Bundesheimvertragsgesetz

Die Errichtung und Führung von Alten- und Pflegeheimen obliegt dem jeweiligen Land. Einheitliche Mindeststandards sind jedoch im Bundesheimvertragsgesetz von 2005 geregelt. Dieses dient dem Bewohner zur Durchsetzung seiner Konsumentenrechte gegenüber dem Heimträger bei Heimvertragsabschluss. Im Heimvertrag müssen sämtliche Leistungen mit den entsprechenden Kosten genau dargelegt werden, wobei „Leistungen der so genannten Grundversorgung ohne zusätzliche Entgeltleistung zu erbringen sind“ (Streissler, 2004, S 18). Weiters dient das Gesetz dem Schutz von Interessen und Bedürfnissen der Heimbewohner sowie dem Persönlichkeitsschutz und der Intimsphäre.

Heimaufenthaltsgesetz

Das Heimaufenthaltsgesetz regelt den besonders sensiblen Bereich Freiheit einschränkender Maßnahmen zum Schutz von psychisch kranken oder geistig behinderten Bewohnern. Darunter fallen z.B. an Demenz erkrankte Personen.

Solche Maßnahmen können etwa das Anbringen von Steckgittern am Bett, das Fixieren durch Gurte im Rollstuhl oder das Versperren bzw. Sichern von Türen mittels Zahlencodes beinhalten, um demente Personen am Verlassen der Pflegestation oder des Heimes zu hindern. Vor Einführung des Heimaufenthaltsgesetzes arbeitete das Pflegepersonal oft in einer Grauzone, in der das eigene Handeln Unsicherheit und ein schlechtes Gewissen hervorrief. Die Frage, wo persönliche Freiheitseinschränkung zur Sicherheit der Bewohner angebracht ist, soll nun mittels genau festgelegter Voraussetzungen sowie Vorgangsweisen Rechtssicherheit für beide Seiten bringen. Mit einer Freiheitsbeschränkenden Maßnahme ist für den Bewohner nun eine automatische Vertretung durch einen Sachwalter verbunden (Verein für Sachwalterschaft & Patientenanzwaltschaft, Heimaufenthaltsgesetz, 2008).

Das Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz (WWPG)

Nach dem Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz, das mit 29. Juni 2005 in Kraft trat, sind Heime „Einrichtungen, in denen mindestens drei Personen dauerhaft oder auf bestimmte Zeit aufgenommen, betreut und bei Bedarf gepflegt und auch fallweise ärztlich betreut werden“ (WWPG, 2005). Als Ziele werden

- die Gewährleistung der angemessenen Betreuung und im Bedarfsfall der angemessenen Pflege der Bewohner,
- die Wahrung der Menschenwürde, Privatsphäre, Individualität, Selbstbestimmtheit, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung der Bewohner,
- der Schutz vor Beeinträchtigung der persönlichen, physischen, psychischen, sozialen und wirtschaftlichen Interessen und Bedürfnisse der Bewohner,
- die Sicherstellung der personellen Strukturen bzw. der Ausstattung der Heime,
- die Berücksichtigung spezifischer Anforderungen älterer Frauen und älterer Männer

genannt.

Die Rechte der Bewohner sind den Bereichen physische, sozial-kulturelle und psychische Bedürfnisse zugeordnet. Während physische Belange sehr ausführlich beschrieben werden, heißt es im psychischen Bereich lediglich „Recht auf psychische Unterstützung“, ohne weitere Erklärung.

Im sozialen Bereich wird das „Recht auf Kontaktaufnahme mit der Bewohnerservicestelle“ bzw. das dortige Einbringen von Anregungen und Beschwerden, das Recht auf „Abhaltung von Bewohnerversammlungen und Wahlen von Bewohnervertretern“ sowie das „Recht auf angemessenen Kontakt zur Außenwelt“ beschrieben.

Im pflegerischen Bereich hat die Pflegedienstleitung ein pflegerisches Konzept mit folgenden Angaben zu erstellen:

- Beschreibung der pflegerischen Versorgung in Bezug auf die Betriebs- und Leistungsbeschreibung,
- Pflegeverständnis (Pflegeleitbild),
- Zugrunde gelegte Pflegemodelle und Konzepte,
- Umsetzung der zugrunde gelegten Pflegemodelle und Konzepte,
- Aufbau- und Ablauforganisation der Pflege.

(WWPG, 2005)

3.4.3 Trägerschaft

Per Stichtag 31.12. 2000 gab es in Österreich 761 Alten- und Pflegeheime. Die Träger sind dem öffentlichen, non-profit und gewinnorientierten Bereich zuzuordnen. Den größten Bereich stellt die öffentliche Hand mit 51%, danach folgt der non-profit Bereich mit 27%. Gewinnorientierte Träger sind zu 22% vertreten. Die Aufteilung variiert stark nach Bundesländern. Während in Vorarlberg, Tirol, Salzburg und Oberösterreich die öffentliche Hand zwischen 83% und 71% abdeckt, sind im Burgenland und in der Steiermark mehr als die Hälfte der Träger gewinnorientiert. Wien stellt eine Ausnahme dar. Vier von fünf

Einrichtungen werden von privaten gemeinnützigen non-profit-Trägern angeboten. Diese hohe Zahl an gemeinnützigen Trägern erklärt sich dadurch, dass Wien keine eigenen Altenheime führt, sondern das Kuratorium Wiener Pensionistenheime beauftragt, Wohn- und Pflegeheimplätze zur Verfügung zu stellen (Nam, 2003, S 3).

3.4.4 Aufgaben

Die Aufgaben eines Pflegeheimes hängen davon ab, welche Form der Pflege aus Sicht der Betroffenen notwendig ist. In den meisten Fällen kann davon ausgegangen werden, dass die pflegebedürftige Person die eigene Wohnung aus unterschiedlichsten Gründen aufgegeben hat und die restliche Lebenszeit im Heim verbringen wird. Hier geht es um die Langzeitpflege, was die Betreuung und Begleitung der pflegebedürftigen Person meist bis zum Lebensende bedeutet.

Eine weitere Aufgabe eines Pflegeheimes kann in der Kurzzeit- oder Übergangspflege liegen. Dabei geht es darum, den pflegebedürftigen Menschen in einer zeitlich begrenzten Pflege im bestmöglichen Zustand wieder nach Hause zu entlassen. Ein Grund dafür kann etwa in einem vorangegangenen Krankenhausaufenthalt liegen, der danach intensive Therapie und Rehabilitation erfordert. Auch Angehörige, die sich von der schwierigen Aufgabe der Heimpflege erholen müssen, können Kurzzeitpflege für ihren pflegebedürftigen Verwandten in Anspruch nehmen, um danach den schweren Belastungen wieder gewachsen zu sein.

3.4.5 Pflegeplatzangebot und Gesamtaussicht

Zur Quantifizierung des Anteils betreuungs- und pflegebedürftiger alter Menschen in Alten- und Pflegeheimen wird ein Prozentsatz von rund 4% der Menschen über 60 (Badelt, Leichsenring, 2000, S. 422) bzw. ein Prozentsatz von 15% aller Pflegegeldbezieher über 60 Jahren (Streissler, 2004) genannt. Wahl und Reichert (1994, S 19) merken allerdings an, dass der genannte Prozentsatz von vier zwar nicht falsch, jedoch unvollständig wäre. Demnach spiegle diese Zahl das vorhandene Platzangebot, aber nicht die Wahrscheinlichkeit, im Alter einen

Heimplatz zu benötigen bzw. im Heim zu sterben. Vielmehr läge der Prozentsatz einer über 65-jährigen Großstadtpopulation einer deutschen Studie zufolge bei 18,4%. Auch dieser Prozentsatz ist nach Bickel und Jäger noch zu hinterfragen, da viele Pflegeheimbewohner noch kurz vor ihrem Tod ins Krankenhaus überstellt würden (zitiert nach Hager, 1996, S 39).

Zur Erhebung des vorhandenen Pflegeplatzangebotes haben die Bundesländer Bedarfs- und Entwicklungspläne für pflegebedürftige Menschen bezüglich sozialer Dienste erstellt. Hintergrund war eine Mitte der 90-er Jahre getroffene Vereinbarung zwischen Bund und Ländern nach Art. 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen. Aufgrund des eruierten Platzangebotes sollte eine Bedarfsplanung bis zum Jahr 2010 erstellt werden. Ungefähr zur Halbzeit 2003 erstellte das Bundesinstitut für Gesundheit (ÖBIG) im Auftrag des Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz eine Zwischenbilanz über den Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen. Aus dieser Zwischenbilanz geht hervor, dass es in Österreich mit 31.12.2002 rund 67.600 Heimplätze gab (Schaffenberger, Pochobradsky, 2004) . Davon wurden 78% als Pflege- und 22% als Heimplätze in über 760 Einrichtungen angeboten. Die Anzahl und Versorgungsdichte variierte stark nach dem jeweiligen Bundesland. So standen Salzburg und Wien mit rund 153 bzw. 152 Plätzen pro 1.000 Einwohner an der Spitze, während das Burgenland am unteren Ende der Skala mit nur 67 Plätzen rangierte.

Österreichweit galt ein Durchschnitt von ca. 116 Plätzen pro 1.000 Einwohner. Wien hatte in den Bedarfsplanungen der einzelnen Länder keine Zahlen vorgelegt und ist in dieser Übersicht daher nicht enthalten.

Strukturell ist zu bemerken, dass seit Anfang der 90-er Jahre eine Trendwende bezüglich Qualität der Einrichtungen statt fand. Aufgrund verbesserter individueller Wohnverhältnisse älterer Menschen erfolgte ein massiver Abbau von Wohnplätzen zugunsten eines Ausbaus von Pflegeplätzen. Hand in Hand gingen höhere Anforderungen an die Infrastruktur und Personalausstattung. Es sollten

nun wohnortnahe und familienähnlich geführte Häuser mit einer überschaubaren Anzahl an Bewohnern entstehen.

In Wien beschloss der Gemeinderat 1993 einen Baustopp für Pensionistenwohnheime, während gleichzeitig der Ausbau weiterer Pflegeplätze, bzw. die Renovierung vorhandener Pflegeplätze vorangetrieben wurde. Erklärtes Ziel war vor allem der Ausbau ambulanter Dienste (Badelt, Leichsenring 2000, S 420).

Trotz der Bemühungen Pflegeplätze auszubauen, ist nach Schaffenberger und Pochobradsky (2004) die Anzahl seit Mitte der 90-er Jahre nur geringfügig um 4,3% gewachsen. Der Anstieg der Menschen über 75 Jahre lag in den Jahren 1996 – 2001 hingegen bei 13%. Das bedeutet, dass der Abbau von reinen Wohnplätzen nicht Hand in Hand mit dem Ausbau von Pflegeplätzen einherging. Daraus ergab sich eine Verschlechterung der Versorgungsdichte. Grund für dieses Ungleichgewicht war die eindeutige Bevorzugung der ambulanten Versorgung. Die ambulante Versorgung stieg im Vergleich zu den Pflegeplätzen im selben Zeitraum um 51% an. Die durchschnittliche Versorgungsdichte lag Ende 2002 somit bei 13,4 Personen pro 1000 Einwohner ab 75 Jahren. Dies bedeutet, dass bei der ambulanten Versorgung im Gegensatz zu den Heimplätzen tatsächlich von einer Ausweitung des Angebotes für Gesamtösterreich gesprochen werden kann.

Nach der im Jahr 2003 erstellten ÖBIG-Zwischenbilanz (Schaffenberger, Pochobradsky, 2004) war der von den Ländern ermittelte Heimplatzbedarf für 2010 nahezu gänzlich durch das vorhandene Platzangebot per Ende 2002 abgedeckt. Demnach fehlten bundesweit lediglich 433 Heimplätze auf den ermittelten Soll-Stand 2010 (mit Ausnahme des Bundeslandes Wien, dass wie erwähnt, keine Bedarfsplanung vorgelegt hatte).

Bis 2010 ist die Errichtung weiterer 3.280 Plätze geplant, was einem Zuwachs von 9,6% gegenüber dem Jahr 2002 entspricht. Gleichzeitig gehen Prognosen von einem Anstieg der Anzahl über 75-jährigen Menschen von rund 13% aus. Die Versorgungsdichte verringert sich damit bis zum Jahr 2010 auf 95 Plätze pro 1.000 Einwohner. Grund dafür ist, dass der ambulanten Versorgung nach wie vor

der Vorzug gegeben wird. Ob das stationäre Angebot angesichts der steigenden Anzahl schwerst pflegebedürftiger Menschen tatsächlich ausreichen wird, ist stark in Frage zu stellen.

3.5 Das Wiener Geriatriekonzept

Das Wiener Geriatriekonzept, das mit 1. Juli 2004 im Wiener Gemeinderat beschlossen wurde, sieht eine Vielfalt verschiedener Angebote, entsprechend den unterschiedlichen Bedürfnissen betreuungs- und pflegebedürftiger Menschen vor. Das Angebot muss entsprechend der individuellen Lebens- und Krankengeschichte weit gefächert sein. Es reicht je nach Schweregrad der Situation von der Unterstützung durch mobile Dienste bei der Pflege zu Hause bei geringem Pflegebedarf bis hin zum stationären Aufenthalt im Pflegeheim bei großem Betreuungs- und Pflegebedarf. Menschen, die noch zu einer selbständigen Lebensführung fähig sind aber dennoch Unterstützungsleitungen in Anspruch nehmen möchten, können sich für betreutes Wohnen oder ein Seniorenwohnheim entscheiden. Ergänzt wird das Angebot durch Tageszentren.

Bis zum Jahr 2015 ist eine Ausweitung der derzeit rund 8.500 Betreuungsplätze auf 10.000 vorgesehen. Bis dahin errichtet die Stadt Wien sechs neue Geriatriezentren in Baumgarten, Liesing, Meidling, Innerfavoriten, Simmering und Leopoldstadt. Damit wird eine bessere regionale Aufteilung der Pflegeplätze erreicht, die derzeit noch eine höhere Kapazitätsdichte im Westen Wiens aufweist.

Überdimensionierte und nicht mehr zeitgemäße Einrichtungen wie das Geriatriezentrum am Wienerwald (GZW) oder Baumgarten werden geschlossen bzw. umgewidmet und neu gebaut. Das GZW am Wienerwald hatte mit massiven Imageproblemen zu kämpfen, seit es in den 80-er Jahren in die negativen Schlagzeilen geraten war. Zuletzt konnte es den modernen und strengen Anforderungen des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes nicht mehr entsprechen und betrieb von ehemals 4000 Plätzen nur noch 1.600 Pflegeplätze.

3.6 Schlussfolgerungen

Betreuung und Pflege alter Menschen beinhaltet ein weites Spektrum an verschiedenen Angeboten nach den individuellen Erfordernissen pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen. Die meisten Menschen wünschen sich, solange als möglich zu Hause leben zu können. Mittels ambulanter Dienste oder Betreuung tagsüber in Tageszentren können Familienangehörige diese Wünsche bei passenden Rahmenbedingungen realisieren, wenngleich sich die Anzahl der Klienten ambulanter Dienste in Wien seit 1989 kaum verändert hat und die Anzahl der Nutzer laut Seniorenbericht 2000 im Zeitraum 1990 bis 2000 in Wien sogar leicht rückläufig im Gegensatz zu den Bundesländern war. Eine mögliche Erklärung liegt im 1993 eingeführten Pflegegeld, das auch zur Beschaffung informeller Hilfe, etwa Schwarzarbeit, genutzt worden sein könnte. Derzeit leisten die Familien immer noch den größten Anteil an Pflege und Betreuung ihrer Angehörigen. Mit den veränderten Familien- und Sozialstrukturen wird sich dieses Bild zukünftig verändern.

Wenn soziale Rahmenbedingungen oder infrastrukturelle Bedingungen der Wohnung oder des Umfeldes ungünstig liegen, jedoch eine weitgehende selbständige Lebensführung möglich ist, können Alternativangebote wie betreutes Wohnen, Mehrgenerationenwohnen oder Seniorenwohngemeinschaften bei unterschiedlichem Betreuungs- und Unterstützungsangebot der diversen Leistungsträger in Anspruch genommen werden. Diese Angebote sind allerdings noch in der Minderheit und nach Havel und Feuerstein erst am Beginn eines Prozesses, dessen Ende noch nicht abzusehen ist und der auch nicht eindeutig definiert ist. Schaffenberger und Pochobradsky (2004, S 63) bewerten das gegenwärtige Angebot als quantitativ „noch nicht sehr umfassend“, außerdem fehle es an Evaluierung derartiger Projekte, die in den Bundesländern in zahlreichen Konzeptionen vorliegen (Amann, 2000, S 593). Die Tatsache, dass sich der größte Anteil der Pflegegeldbezieher in den Stufen eins bis zwei befindet, spricht für eine weitgehend selbständige Lebensführung mit geringem Unterstützungsbedarf, wie es die Formen betreuten Wohnen ermöglichen. Folgt man europäischen

Trends, mit einem Blick nach Skandinavien, ist anzunehmen, dass diese Wohnformen in Zukunft auch in Österreich größere Bedeutung erhalten werden. In Schweden beträgt der Anteil betreuten Wohnens 16% bei den über 80-Jährigen, wobei der Schwerpunkt auf die Betreuung dementer Menschen ausgerichtet ist. Nach Badelt und Leichsenring ist die Tendenz in Richtung kleinerer, bedürfnisgerechter und gemeindenaher Betreuungseinheiten bereits deutlich erkennbar. So legte Oberösterreich bereits den Schwerpunkt auf „betreubares Wohnen“ und sieht bis 2010 den Bau von 2500 „betreubaren Wohnungen“ vor. „Betreubares Wohnen“ entspricht geförderten Mietwohnungen und vereinbart bauliche Voraussetzungen in Kombination mit sozialen Diensten.

Erst wenn die angeführten Betreuungsmöglichkeiten nicht mehr ausreichen, wird der Entschluss eines Pflegeheimetrtritts erwogen. Angesichts des Faktums, dass mehr als die Hälfte der Heimbewohner durch einen vorangegangenen Krankenhausaufenthalt ins Pflegeheim kommt, kann von einer wohlüberlegten Entscheidung zum Heimeintritt nur bei einer Minderheit ausgegangen werden. Was dieser Umstand allerdings für das weitere Heimerleben des alten Menschen bedeutet, bzw. wie Professionelle in dieser Situation die richtige Gratwanderung zwischen Information, einem gut gemeinten Rat und einer unzulässigen Beeinflussung der Angehörigen schaffen, bedarf nach Wahl und Reichert (1994, S. 21) der verstärkten Aufmerksamkeit von Gerontologen in Forschung und Praxis bzw. von den sozialpolitischen Entscheidungsträgern.

Bei den Heimplätzen ist jedenfalls eine eindeutige Verlagerung von reinen Wohnplätzen hin zu Pflegeplätzen erkennbar. Bauliche Verbesserungen liegen in der Gestaltung kleinerer, wohnlicherer Heime mit ausschließlich Einzel- oder Doppelzimmern, eigenem Badezimmer und teilweise Loggien. Auch die rechtliche Situation der Bewohner hat sich mit der Einführung zahlreicher gesetzlicher Vorgaben in den letzten Jahren verbessert. Den Bereichen Mitarbeiterschulung und Supervision kommen vermehrt Bedeutung zu, dennoch sehen sich Pflegeheime nach wie vor mit heftiger Kritik konfrontiert, auf die im folgenden Kapitel näher eingegangen wird.

4 Pflegeheim, Ort des Lebens ?

Dieses Kapitel widmet sich der Frage, ob und unter welchen Umständen die Institution Pflegeheim zu einem Ort des Lebens werden kann. Beginnend bei den Wurzeln geriatrischer Pflege soll der Wandel vom warm-satt-sauber Prinzip zu lebensweltlichen Betreuungsformen und Anwendungen des Normalisierungsprinzips aufgezeigt werden. Auch die Frage, wie alte Menschen im privaten Umfeld leben und wodurch sich hier ein normales Leben manifestiert, soll beantwortet werden, um danach mit dem Alltag im Heim und dem Heimerleben zu vergleichen. Anhand der Eden-Alternative und des Psychobiografischen Modells von Erwin Böhm fließen schließlich Anregungen ein, wie das Heim zu einem Ort des Lebens und eines neuen „Daheims“ werden kann. Das Kapitel schließt mit der Diskussion, worin positive Aspekte und Möglichkeiten für Bewohner im Pflegeheim liegen könnten. Ist das Pflegeheim, wie in breiten Kreisen der Bevölkerung angenommen, tatsächlich ein „Schreckensgespenst“ oder bietet es auch Möglichkeiten zur Verbesserung der Lebensqualität pflegebedürftiger hoch betagter Menschen?

4.1 Historischer Exkurs

Die spezielle Altenpflege ist historisch gesehen „jung“, da die Langlebigkeit erst mit der Errichtung wohlfahrtstaatlicher Leistungen einherging. Die Wurzeln der institutionalisierten Altenpflege lassen sich bis zum Ende des 18. Jahrhunderts zurückverfolgen.

4.1.1 Anfänge der institutionellen Pflegeeinrichtungen

Bis ins 18. Jahrhundert diente das mittelalterliche „Hospital“ bedürftigen Randgruppen wie Armen, Alten, Waisen, Witwen, Findelkindern und Kriminellen als Unterkunft und Auffangnetz. Mit beginnender Industrialisierung und der Kommerzialisierung des Agrarwesens begann ein Zustrom der Landbevölkerung in die Städte. Große Teile der Bevölkerung verarmten. Als

Folge kam es zur Aufspaltung des multifunktionellen Hospitals in „Krankenhäuser“ und Armenanstalten, wo unterschiedliche Zielgruppen nun in eigenen Einrichtungen betreut werden konnten. Alter war noch keine eigene Kategorie und bestimmte auch nicht den Umfang der gewährten Unterstützung in den Armeneinrichtungen, ausschlaggebend war lediglich das Ausmaß an Arbeitsunfähigkeit. Grundspitäler und Armenhäusern sahen für die Bedürftigen eine warme Unterkunft vor, Versorgungshäuser boten darüber hinaus noch zusätzlich Kleidung, Verpflegung und ärztliche Hilfe (Ledebur, 2005, S 27-37).

Bis ins 20. Jahrhundert hinein bedeutete Altwerden trotz der 1889 eingeführten Invaliditäts- und Altersversicherung für viele Menschen ein Nachlassen der Arbeitskraft und stellte ein großes Risiko für Verarmung dar. Während eine potentielle Krankheit oder Invalidität ebenso in die Armut führen konnte, war die Verarmung durch Altersschwäche und dem damit verbundenen Einkommensverlust mit großer Sicherheit (Ledebur, 2005, S 27-37) gegeben. Die als „Sieche“ bezeichneten Alten galten nach wie vor lediglich als eine Untergruppe der vielen Leistungsunfähigen, denen Unterstützung in Form „geschlossener“ oder „offener“ Armenpflege zukam. Die „offene“ Form beinhaltete Geld oder Naturalien. Die geschlossene Armenpflege bedeutete Aufnahme in den Grundspitälern, Armenhäusern und Versorgungshäusern.

1902 begannen die Bautätigkeiten zur Errichtung des neuen Versorgungsheimes Lainz, das auch im Ausland Hochachtung für seine modernen Strukturen finden sollte (Kogler, 2005, S 41 – 60). Alle über 80-Jährigen, nicht transportfähigen und unheilbaren Personen mit Verwandtschaft in Wien durften hier bleiben. In Lainz erhielten sie eine hygienische Unterkunft, reichlich Essen und Kleidung und erfuhren Pflege und Verständnis für ihre Leiden, Wenn auch die Belegschaft zu Beginn eine relativ unspezifische Gruppe von „invaliden, greisen und siechen Versorgungsbedürftigen“ (Kogler, 2005, S 37) darstellte, erkennt man anhand des Auswahlkriteriums Alter schon die allmähliche Hinwendung zum geriatrischen Pflegeheim (Kogler, 2005, S 41 – 60). Die echte Umwandlung vom allgemeinen Versorgungsheim zum Pflege- und Krankenhaus vollzog sich in den Jahren 1922

bis 1930. Aus dem ehemaligen „Wiener Versorgungsheim“ sollte nun das „Pflegeheim der Stadt Wien - Lainz“ werden.

Die strukturellen Wurzeln des Geriatriischen Pflegeheims gehen somit auf die institutionelle Armenfürsorge und Krankenanstalt des beginnenden 20. Jahrhunderts zurück.

4.1.2 Von „warm-satt-sauber“ zur Ganzheitlichkeit

Institutionen sind künstlich geschaffene, räumlich abgegrenzte Territorien, in deren Innerem sich ein je nach Art und Zeitepoche mehr oder weniger reglementiertes Leben abspielte und noch heute abspielt. Die „totale Institution“ ist in diesem Zusammenhang ein häufig verwendeter Begriff von Erving Goffman, dessen Charakteristik darin besteht, dass alle Lebensbereiche der „Insassen“, also Wohnen, Schlafen, Arbeiten etc. an einem zentralen Ort unter Aufsicht einer Autorität stattfinden. Der „totalitäre Charakter“ und die Pflegegesinnung der Altenpflegeeinrichtungen hat sich im letzten Jahrhundert jedoch grundlegend verändert.

Gab es im vorigen Jahrhundert bei den Pflegeheimen der 60-er Jahre durch große karge Schlafsäle und ebenso spärlich eingerichtete Aufenthaltsräume keine Privatsphäre bei hoher Kontrolle durch das Personal, änderte sich die Lage in den 70-er Jahren mit dem „Pflegezimmer“, das einem Krankenzimmer mit reduzierter Technik entsprach (Pfabisan, Jilge, 2005). Individualität und Privatsphäre pflegebedürftiger Menschen wurden der Normierung, den Zielen und Aufgaben und somit der „Funktionstüchtigkeit“ der Organisation untergeordnet. Die aus Kostengründen und Zeitdruck angewandte „Funktionspflege“, sollte trotz Kritik namhafter Experten einen schnellen, ökonomischen, hindernisfreien Ablauf der Arbeit garantieren. So stellte Friedrich Eichhorn, der Inhaber des ersten Lehrstuhls für Krankenhausökonomie in der BRD bereits in den 60-er Jahren fest, dass Rationalisierung nicht mit Technisierung zu vermischen sei. „Es ginge nicht darum, dass die eine Schwester die linke Seite des Patienten wasche und eine andere die rechte“ (Schmidbaur, 2002, S 153). Diese Vorgangsweise wirke sich nach Eichhorn

nachteilig auf den Patienten aus, sei unbefriedigend für die Schwestern und überfordere zudem die zentrale Koordination.

Erst Ende der 70-er Jahre ergaben sich ausgehend von der italienischen Psychiatriereform, die in eine kritische Diskussion über alle anderen Systemtragenden Institutionen mündete, grundlegende Änderungen im österreichischen Heimwesen (Pfabigan, Jilge, 2005). Stand bisher der kranke oder pflegebedürftige Mensch keineswegs im Mittelpunkt der pflegerischen Arbeit, sollte nun der Wandel vom Versorgungsparadigma zur Betrachtung des Menschen als „Körper-Seele-Geist-Einheit“, die in Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt steht, vollzogen werden. Im Baulichen manifestierte sich die neue Gesinnung durch die Betonung einer neuen Wohnlichkeit, die Wert auf Gemeinschaftsräume und eine insgesamt komfortablere Ausstattung legte. Damit änderte sich nun auch die Position des Patienten, der nun nicht mehr als passives Objekt pflegerischen Handelns betrachtet wurde, sondern zum gleichberechtigten Partner der Pflegenden aufstieg. Die hierarchische Einteilung, in welcher die Ärzte die führende Position über die Pflegenden und Patienten beansprucht hatten, sollte nun eine Änderung erfahren. Dazu ein Pflegender aus Lainz:

„Auch das patriarchalische Prinzip, der Arzt als Vater, die Schwester als Mutter, der Patient das unmündige Kind wurde in den 70er Jahre zunehmend abgelehnt“ (Pfabigan, Jilge, 2005, S304).

Der Berufsstand „Pflege“ integrierte mit zunehmender Professionalisierung vermehrt Pflege-theorien und Modelle in die tägliche Arbeit. Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts für modern und human geltende „warm-satt-sauber Pflege“ war nun hoffnungslos überholt. Die ganzheitliche Sichtweise, also die „die zu beachtende Einheit von Körper, Psyche (Seele) und Sozialität von Menschen und deren Wechselwirkungen“ (Pschyrembel, 2003, S 252), Patienten- und lebensweltorientierte Pflege, sowie Normalität und Normalisierungsprinzip kamen nun zur Anwendung, während sich im Baulichen die vierte Generation an Pflegeheimen durchzusetzen begann. Geborgenheit und Normalität sollte sich nun auch durch die Architektur ausdrücken (Greger, 2001).

4.2 Normalität und Normalisierungsprinzip durch Lebensweltorientierte Pflege

„Normalität“ leitet sich vom lateinischen „norma“ (=Winkelmaß, Richtschnur, Regel) ab und bezeichnet Eigenschaften eines Individuums, einer Gruppe, einer Verhaltensweise, einer Eigenschaft oder eines Verlaufs von Prozessen im Sinne des Durchschnittlichen, Üblichen oder des Gesunden (Pschyrembel Wörterbuch Pflege, S 467).

Im Sinn der Definition von Normalität als „Verlauf von Prozessen“ könnte „Normalität“ mit „Alltag“ übersetzt werden, in dem sich gewohnte Prozesse aneinanderreihen. Alltag ist ein Tag wie „alle Tage“, also ein durchschnittlicher Tag, kein außergewöhnlicher Tag wie ein Sonntag oder Feiertag (Kondratowitz, Schmitz-Scherzer, 1999, S 491). Der Alltag darf sich für den Pflegeheimbewohner daher nicht wie die zeitlich begrenzte Ausnahmesituation eines Krankenhausaufenthalts darstellen, sondern sollte vielmehr seinem alltäglichen Leben vor dem Heimeintritt ähneln.

Das „Normalisierungsprinzip“ im Gegensatz zum „Besonderungsprinzip“ versucht unter Berücksichtigung individueller Bedürfnisse in allen für den Bewohner relevanten Bereichen wie Wohnen oder der Tagesgestaltung (Pschyrembel Wörterbuch Pflege, S 467) Normalität herzustellen.

Der Aspekt der Normalität ist in der Pflege keineswegs neu. Bereits Dorothea Orem (geboren 1914 in Maryland), eine der ganz frühen bedürfnisorientierten amerikanischen Pflegepionierinnen definierte die Aufgaben der Pflege u.a durch

„Förderung der menschlichen Funktionen und Entwicklungen innerhalb sozialer Gruppen in Übereinstimmung mit den menschlichen Potenzialen, bekannten menschlichen Grenzen und dem Wunsch der Menschen, normal zu sein. Normalität bezieht sich darauf, was menschlich ist, sowie darauf, was in Übereinstimmung mit den genetischen und konstitutionellen Eigenschaften und Talenten von Individuen steht“.

Damit unterstrich sie einerseits die Bedeutung sozialer Kontakte für die Menschen, andererseits sprach sie vom Wunsch der Menschen normal zu sein und wohl auch, normal behandelt zu werden. Beide Aspekte sind speziell in der geriatrischen Langzeitpflege beachtenswert, da die Patienten im Gegensatz zu einem zeitlich begrenzten Aufenthalt in einem Krankenhaus für den Rest ihres Lebens im Pflegeheim leben und ihren Alltag hier verbringen.

Für die Pflegenden bedeutet diese, an die besondere „Lebenswelt Pflegeheim“ angepasste Begleitung und Betreuung pflegebedürftiger Menschen ein grundsätzlich anderes Verständnis der eigenen professionellen Berufsrolle.

„Lebenswelt“ meint nach Husserl, Schütz und Luckmann (1979/81) wie auch nach Habermas (1985) die „gemeinsam erlebte, geteilte und gedeutete soziale Wirklichkeit von vielen Subjekten in einem spezifischen Lebenszusammenhang“ (zitiert nach Heinemann-Knoch, Schönberger, 1999, S 634) und manifestiert sich in Altenpflegeheimen in gänzlich anderem Zusammenhang als die häusliche Lebenswelt durch

- gruppenspezifische Merkmale, sozialstrukturelle Differenzierungen und einer spezifischen Identitätsbildung
- Dimensionen der Wohnlichkeit und des Wohlbefindens, aber auch des Rückzugs und der Konfrontation
- die Strukturierung des Tagesverlaufes, die Art des Zusammen-Lebens und – Handelns, die Kommunikation der dort Lebenden und Arbeitenden und durch ihre alltäglichen Be- und Entlastungen (Heinemann-Knoch, Schönberger, 1999, S 634).

Lebensweltorientierte Pflege sieht sich als ressourcenorientiert und zieht sich durch alle Lebens- und Handlungsvollzüge der pflegebedürftigen Personen. Sie ist daher nicht auf rein pflegerische Tätigkeiten beschränkt. Das pflegerische Selbstverständnis soll getragen sein durch die Anerkennung, Wahrung der Würde und Autonomie der pflegebedürftigen Personen.

Dazu gehören (Heinemann-Knoch, Schönberger, 1999, S 629 – 644):

- das Wissen, dass sich „Lebensqualität“ in Abhängigkeit vom Individuum ganz unterschiedlich definiert,
- das Wissen um die individuellen Bedürfnisse, die je nach Einzelfall stark variieren können,
- empathische und kommunikative Fähigkeiten, die die individuellen Bedürfnisse der Pflegeheimbewohner erst zum Vorschein bringen,
- die im hohen Ausmaß an partnerschaftlicher Zusammenarbeit interessierte Pflege anstelle eines asymmetrischen Machtverhältnisses, das sich aus der „Expertenrolle“ ergibt,
- Verständnis dafür, dass das Wohnumfeld Privatsphäre bedeutet und ein Gespür dafür, wie man sich als Pflegeperson in der Privatsphäre der Bewohner bewegt sowie
- Möglichkeiten der Mitgestaltung.

Die Möglichkeit zur Mitgestaltung, Mitsprache und der Einbezug in Entscheidungsprozesse sind wesentliche Faktoren für das Wohlbefinden von Pflegeheimbewohnern. Handlungsspielräume sollten nicht nur durch die Zimmer- und Tagesgestaltung eingeräumt werden, sondern auch durch eine Vielfalt an sozialen Beziehungsmöglichkeiten sowie einer Auswahl an Dienstleistungen.

Enge zeitliche Vorgaben müssen einer Neuorganisation von Zeitplänen weichen. Lebensweltorientierte Pflege hat ein grundsätzlich anderes Verständnis von Zeit, da hoch betagte Personen nicht nur in einer anderen Sinn-, Werte- und Lebenswelt leben sondern entgegen den zeitlich engen Vorgaben struktureller Rahmenbedingungen in ihren Handlungen oft verlangsamt sind. Lebensweltorientierte Pflege begegnet den daraus resultierenden Konflikten durch bewusstes „Verlangsamen“ der Tätigkeiten zugunsten von Zuwendung zum Bewohner.

Kontaktpflege und Gespräche sind notwendig um Vertrauen aufzubauen, wie auch das Selbstvertrauen und die Identität der pflegebedürftigen Personen zu stärken.

Diese Vertrauensfördernden Maßnahmen werden bei lebensweltorientierter Pflege als Teil der pflegerischen Arbeit so selbstverständlich gesehen, wie die Unterstützung bei der Körperpflege.

4.2.1 Normalität bzw. Alltagsgestaltung im Leben alter Menschen

Nach Schmitz-Scherzer und Kondratowitz (1999, S 490) werden alltägliche Aktivitäten ähnlich häufig von alten Menschen wie von jungen Menschen ausgeübt. Nicht das chronologische Alter bestimmt im wesentlichen die Alltagsaktivitäten als vielmehr der soziale Status, materielle Hintergrund, Bildung, Wohnsituation wie auch individuelle Interessen, das Geschlecht und der Gesundheitszustand. Alltäglich erscheint v.a. die Nutzung der Massenmedien wie Fernsehen und Zeitung lesen. Auch die soziale Kontaktpflege in Form von Besuche abstatten oder Besuche empfangen erweist sich als sehr wichtig. Massenmedien, soziale Kontakte und Spazieren gehen nehmen laut o.a. Autoren rund 90% der verfügbaren Zeit in Anspruch. Alltag bedeutet im Alter v.a. „Wohnalltag“. Die eigene Wohnung und Wohnumgebung ist wichtigste „Austragungsstätte“ der Alltagsaktivitäten, also des Medienkonsum, Besuchsempfangs und der Hausarbeit. Die Bedeutung des Wohnens nimmt mit zunehmendem Alter zu.

Der Soziologe Kolland (2000) gibt Medienkonsum, allem voran das Fernsehen mit über vier Stunden bei den über 70-Jährigen als Hauptbeschäftigung alter Menschen neben Tätigkeiten wie Lesen, Gartenarbeit und Spaziergehen an.

Mikrozensus Daten von 1998 (Hörl, Kytir, 2000) zeigen bezüglich Sozialkontakte, dass mehr als die Hälfte der über 60-Jährigen täglich von ihren Kindern Besuch erhalten. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass ein großer Anteil älterer Menschen mit zumindest einem Kind unter dem selben Dach lebt. Bei den über 60-Jährigen sind dies immerhin 26% mit einer Tochter bzw. 43% mit einem Sohn im selben Haus. Selbst bei Ausklammerung dieser Personen pflegen immerhin noch zwei Drittel der älteren Menschen einen wöchentlichen Besuchskontakt zu ihren Kindern. Insgesamt gesehen kann von einem dichten

familiären Beziehungsgeflecht gesprochen werden, wenngleich dieses vom Bildungsstand, Alter und Familienstand der Eltern abhängig ist. Mit zunehmendem Bildungsstand verlagern sich familiäre mehr zu außerfamiliären Kontakten, mit ansteigendem Alter erhalten die Menschen häufiger Besuch als sie Besuche abstatten. Geschiedene ältere Menschen befinden sich öfter in einer stark isolierten Position.

Besuchskontakte zu Freunden und Bekannten gehen mit zunehmendem Alter zurück, wobei die Besuchsfrequenz bei den über 85-Jährigen am geringsten ist. Zweifelsohne ist hier die Ausdünnung der Netzwerke durch „Wegsterben“ enger Freunde und Bekannter ein plausibler Grund.

Zur Art der Sozialkontakte kann festgestellt werden, dass ältere Personen häufiger Besuche durch ihre Verwandten erhalten und weniger Besuche selbst abstatten. Bis zum 85. Lebensjahr werden in etwa gleich viele Besuche bei Freunden und Bekannten abgestattet wie selbst empfangen. Danach wird der Besuchsempfang wichtiger als selbst initiierte Besuche. Der Anteil der Personen, die nie Freunde und Bekannte besucht steigt sprunghaft von 12% bei den 60 – 64 jährigen Personen auf 49% bei den über 85-Jährigen an. Als Gründe werden wiederum die Ausdünnung des Netzwerkes als auch der verschlechterte Gesundheitszustand angegeben. Nach Schmitz-Scherzer und Kondratowitz (1999) gewinnt die eigene Wohnung mit zunehmendem Alter an Bedeutung. „Indoor – Aktivitäten“ nehmen zu, „Outdoor Aktivitäten“ verringern sich.

Der Trend abnehmenden Sozialkontakte wie auch sonstiger Alltagsaktivitäten setzt sich mit einem Heimaufenthalt fort. Gründe dafür liegen im kumulierten Aufeinandertreffen ungünstiger Faktoren. Dazu zählen etwa eine belastete Gesundheit, ein geringer Sozialstatus sowie mangelnde Möglichkeiten durch hinderliche Heimstrukturen.

4.2.2 Die Bedeutung sozialer Kontakte für Pflegeheimbewohner

„Soziales Wohlbefinden“ ist laut WHO ebenso wie physisches oder psychisches Wohlbefinden eine notwendige Voraussetzung für die Gesundheit. Selbstverständlich ist der Begriff „Gesundheit“ im Zusammenhang mit multimorbiden hochaltrigen geriatrischen Patienten differenziert zu betrachten, zumal hier weniger die Genesung im Vordergrund steht, als viel mehr die Tertiärprävention, also die Verhinderung von Rezidiven, Versorgung bei Behinderung und Behandlung geriatrischer Probleme wie Inkontinenz, Demenz etc. Dennoch sind soziale Beziehungen ebenso wie das Gefühl „gebraucht zu werden“ auch für den alten Menschen von großer Wichtigkeit für sein Wohlbefinden. Einsamkeit und soziale Isolation führen hingegen zu massivem Verlust des Wohlbefindens. Während Einsamkeit ein subjektives Gefühl ist, entsteht soziale Isolation oft durch einen tatsächlichen Mangel an sozialen Kontakten z.B. bedingt durch körperliche Einschränkungen im eigenen Heim oder im Pflegeheim.

Die Sozialmedizinerin Anita Rieder (2003) benennt soziale Einsamkeit als wesentlichen Risikofaktor für die Gesundheit und spricht von einer „Domestizierung der Sozialkontakte“ im Alter. Gemeint ist damit ein Leben, das sich nur noch in den eigenen vier Wänden abspielt. Angesichts des zunehmenden Pflegebedarfs in institutionellen Pflegeeinrichtungen muss es nach Rieder „Möglichkeiten zur Kommunikation und soziale Netze geben, die die nicht vorhandene Familie substituieren (2003, S 83.).

Auch die Soziologin Isabella Hager verlangt als Konsequenz ihrer empirischen Untersuchung auf die Fragestellung, welche Faktoren das Wohlbefinden von Pflegeheimbewohnern verbessern, „mehr Kontakte und Beziehungen nach draußen, da diese dem „sozialen Sterben“ dem Empfinden von Nutzlosigkeit und Statusverlust entgegenwirken können“ (Hager, 1996, S 191). Außerdem solle der Perspektiven- und Sinnlosigkeit entgegengesteuert werden, indem man Möglichkeiten zur sinnvollen Beschäftigung, Mithilfe und Verantwortung für bestimmte Aufgaben anböte (Hager, 1996, S 193).

Die Psychologen Lehr und Thomaе betrachten „The feeling of being needed“ als wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität im Alter (Lehr, 2000). Butler (1985, zitiert nach Lehr, 2000, S. 242) bemerkt, „Es ist unsere Unfähigkeit, uns darauf einzustellen und unsere Erwartungen an den alten Menschen so zu verändern, dass wir ältere Menschen zur Produktivität ermuntern und ihnen wenigstens erlauben, ihre Fähigkeiten auszuüben und damit weiter zu trainieren“.

Lehr (2000, S 242) zieht abschließend das Resumée:

„Produktivität und Aktivität haben einen prophylaktischen und einen therapeutischen Effekt: Der Einsatz produktiver Fähigkeiten älterer Menschen beugt einem Hinfälligwerden vor“. Das Gefühl „gebraucht zu werden“ und soziale Beziehungen bedingen einander, denn in und mit der sozialen Beziehungen manifestiert sich das Gefühl des „Gebraucht werdens“.

Lang (2004) zufolge unterscheiden sich die sozialen Bedürfnisse älterer und jüngerer Personen. Alte Menschen suchen vermehrt nach emotionaler Nähe, Fürsorge und intergenerativen Erfahrungen, während jüngeren Menschen eher Anerkennung und Status anstreben. So genügt es nicht, wenn nur der Quantität von Kontaktmöglichkeiten Beachtung geschenkt wird, vielmehr sind soziale Beziehungen dann sinnstiftend und tragen zur Lebensqualität bei, „wenn sie vom älteren Menschen aktiv ausgewählt und gestaltet werden können (S.370) Und wichtig ist auch darauf zu achten, „inwieweit die Beziehungen tatsächlich den Wünschen und Erwartungen des älteren Individuums entsprechen“ (S. 370).

Soziale Beziehungen und das Gefühl des „gebraucht werdens“ sind zwei fest miteinander verbundene Komponenten, die nicht voneinander zu trennen sind. Sie bedeuten Nahrung für die Seele und sind Antriebsmotor für das menschliche Leben, vorausgesetzt sie beruhen auf freiwilliger Auswahl und Mitgestaltung durch die alten Menschen.

4.2.3 Alltag und Heimerleben im geriatrischen Pflegeheim

Saup (1994) zufolge wird das Heimerleben der Bewohner häufig von Gefühlen der „Eingeschränktheit“ oder des „Beengtseins“ geprägt. Der Aktionsradius schrumpft häufig auf die räumlichen Grenzen des Heimes zusammen. Für

Bettlägerige enden diese nicht selten mit dem eigenen Zimmer oder Bett. Das Zimmer wird als „katastrophal eng“ oder „furchtbar klein“ (S 54) beschrieben, die Privatsphäre als „eingeschränkt“ erlebt. Viele Bewohner eines Doppelzimmers fühlen sich der dauernden Beobachtung durch den Mitbewohner ausgesetzt, beklagen die Gewohnheiten interferierender Schlaf- oder Wachrhythmen und fühlen sich durch territoriale Ansprüche auf Gegenstände oder Areale des Zimmers gestört. Sie empfinden „Hausfriedensbruch“ und Verletzung ihrer Privatsphäre, wenn das Personal beim Eintreten ins Zimmer nicht anklopft und die Einwilligung zum Eintritt abwartet. Es entsteht Trauer durch die eingeschränkte Personalisierung des Zimmers und Einsamkeit trotz hoher Bewohnerdichte. Saups Studie belegt Zusammenhänge zwischen eingeschränkten Kontaktmöglichkeiten und räumlichen Bedingungen.

Nach den Beobachtungen des Soziologen Konrad Hofer (1997) stellt sich der Pflegealltag im Heim eintönig und trist dar. Dieser ist durch vorgegebene Zeiten bei den Mahlzeiten geprägt, vom Bedürfnis der Bewohner nach sozialen Kontakten, von Monotonie und mangelnden Anregungen für Bettlägerige, von Vereinsamung, Warten, vom Bedürfnis der Bewohner nach persönlicher Zuwendung und dem Gefühl der Ausgrenzung von der übrigen Gesellschaft. Der soziale Tod ist damit noch vor dem physischen vorprogrammiert: „Das Warten gehört zum Pflegealltag wie die Luft zum Atmen. Sie müssen warten auf das Frühstück, auf das Aufstehen, auf die Schüssel, auf ein Glas Wasser und auf das Spaziergehen (Hofer, 1997, S 56).

„Sie möchten sich entspannt unterhalten, einfach zuhören und viele möchten hinaus aus den sie umschließenden Mauern. Sie wollen sich unter die gehfähigen Menschen mischen, einkaufen Kaffee trinken oder spazieren fahren“ (Hofer, 1997, S 59).

Hager (1996, S 52) untersuchte den Heimaltag am Beispiel dreier Pflegeinstitutionen in Wien (Geriatrizentrum am Wienerwald, Caritas Heim St. Elisabeth in Wien 19 und Mauer). Dieser orientierte sich v.a. nach arbeitstechnischen und organisatorischen Gesichtspunkten. Nach einer langen Nachtruhe (etwa 19.00 – 7.00h Uhr) begann ein hektischer Morgen mit Grundpflege, Ankleiden und Frühstück in einem Tempo, das kaum individuelle

Zuwendung zuließ. Nach dem Mittagessen folgte ein eher ereignisloser Nachmittag. Am Abend wurden die Bewohner abermals unter Zeitdruck zu Bett gebracht. Nur wer einigermaßen mobil war, konnte länger aufbleiben, denn der unterbesetzte Nachtdienst hatte keine Ressourcen für etwaige „Sonderwünsche“.

Koch-Straubes ethnologische Beobachtungen des Alltags in der „fremden Welt Pflegeheim“ sind geprägt durch eine Atmosphäre der Ruhe, Stille, und Bewegungslosigkeit: „Am „Dorfplatz“ sitzen die „BewohnerInnen verteilt an den einzelnen Tischgruppen, stumm, in sich gekehrt, viele mit hängendem Kopf, dösend oder schlafend“ (1997, S 68). In einer Selbstreflexion (1997, S 69) schreibt sie: „Einige der BewohnerInnen wirken auf mich, „als wären sie nicht mehr von dieser Welt“, sie sind ganz in sich versunken, kaum noch berührbar von dem, was um sie herum vorgeht. ...So dass mir immer wieder Assoziationen wie „Askese“, „Meditation“ und der Aufenthaltsraum, das Heim als „Wartehalle zum Tod“ in den Sinn kommen“.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine abwechslungsreiche Alltagsgestaltung im Alter grundlegend von einem geeigneten Wohnumfeld, vom Gesundheitszustand, Bildungsniveau und materiellen Hintergrund abhängt. Im privaten Umfeld liegen die Hauptbeschäftigungen bei der Ausübung sozialer Kontakte, der Mediennutzung und Hausarbeit. Während im eigenen Heim eine uneingeschränkte Privat- und Intimsphäre bei autonomer Zeiteinteilung vorherrscht, ist das Erleben der Heimsituation zumindest durch einen teilweisen Verlust der Privatsphäre geprägt. Heimbewohner erleben im unterschiedlichen Ausmaß Einschränkungen, Monotonie (v.a. am Wochenende, da keine Möglichkeit an Aktivitäten teilzunehmen besteht) Gefühle der Nutzlosigkeit, Langeweile, Einsamkeit und die Konfrontation mit der eigenen Endlichkeit.

Es stellt sich die Frage, welche Facetten der Normalität auch im Pflegeheim zum Tragen kommen könnten, um zu einem Ort des Lebens und des Erlebens zu werden. Dabei gilt es institutionelle Grenzen zu berücksichtigen, die es zweifelsohne im organisatorischen oder ökonomischen Bereich gibt. Kann nicht zumindest der Langeweile, Monotonie, Einsamkeit und Nutzlosigkeit über die

Förderung zwischenmenschlicher intergenerativer Kontakte und Beziehungen begegnet werden?

Das Hauptinteresse gilt nun im Folgenden Betreuungsmodellen, die das Normalitätsprinzip befürworten und anwenden. Die Eden Alternative liefert Ansätze, wie der Spagat zwischen professioneller Pflege und einem von „Normalität“ geprägten Leben der Pflegeheimbewohner trotz institutioneller Rahmenbedingen und körperlicher, wie auch psychischer Einschränkungen praktisch gelingen kann. Der Einbezug von Kindern spielt dabei eine große Rolle. Kontakte zwischen Angehörigen unterschiedlichen Alters gehören schließlich ebenso zu einem normalen Leben, wie auch Möglichkeiten zur Selbstbestimmung und zu wechselseitigem Nehmen und Geben. Wenn man Pflegeheimbewohnern die Möglichkeit gibt, eine aktive anstelle einer passiven Rolle einzunehmen, indem sie auf freiwilliger Basis regelmäßig gemeinsam mit Vorschulkindern spielen, malen, singen oder sonstiges tun können, wäre das immerhin ein kleiner Beitrag dazu, „Normalität“ in den Alltag hoch betagter Pflegeheimbewohner zu bringen.

4.3 Die Eden Alternative

Die Eden Alternative wurde 1991 vom amerikanischen Arzt Dr. William Thomas im New Yorker „Chase Memorial Nursing Home“ gegründet. Diese beruht auf der Erkenntnis, dass die beste medizinische Behandlung, Pflege, die engagiertesten Mitarbeiter und vielfältigsten Aktivitäten nutzlos sind, wenn die Bewohner unter Einsamkeit, Nutzlosigkeit und Langeweile leiden (Thomas, 1996). Die nun im Folgenden vorgestellten Kritikpunkte traditioneller Pflegeheime bzw. wichtigsten Prinzipien der Eden-Alternative stammen aus Thomas Hauptwerk „Life worth living“ (1996). Im Anschluss daran werden Studien vorgestellt, um einen Überblick über die Möglichkeiten bzw. Grenzen zu erhalten.

4.3.1 Mängel der traditionellen Pflegeheime

Die Kritik der Eden-Alternative richtet sich gegen die medizinische Schwerpunktsetzung in den geriatrischen Pflegeheimen bei gleichzeitiger Vernachlässigung menschlicher Bedürfnisse und der Wachstumschancen. Die drei Haupthindernisse liegen in den Grundübeln „Einsamkeit, Nutzlosigkeit und Langeweile“, die den größten Anteil am „Leid“ geriatrischer Heimbewohner stellen. Die im folgenden angeführten Probleme können nur durch eine Änderung von Strukturen und Funktionen jetziger Pflegeheime gelöst werden (vgl. Thomas, 1996, S 17-25):

- Pflegeheime haben ihre eigene Auffassung von den spezifischen, grundlegenden Bedürfnissen gebrechlicher alter Menschen. Primär herrscht die Annahme, die größten Übel der alten Menschen bestünden in Krankheit, Abbau und Körperbehinderung.
- Die Begriffe „care“ (Pflege, Fürsorge) und treatment (Behandlung) werden häufig vermischt und gleichgesetzt. Während Behandlung kurzfristig erfolgen kann, richtet sich Pflege immer nach den Möglichkeiten und Bedürfnissen der pflegebedürftigen Person. Pflege ist immer auf einen langen, fortwährenden Prozess eingestellt.
- Bewohner erhalten zuviel Behandlung und zu wenig „care“. „Care“ bedeutet im Englischen nicht nur Pflege sondern auch „sorgen“, „sich kümmern“. „Care“ bedeutet nach Thomas „jemanden anderen wachsen zu helfen“ und vergleicht die Situation mit einer Mutter, die den ersten Anziehversuchen ihres kleinen Kindes geduldig zusieht. Dieses „selbst tun dürfen“ stellt schließlich einen weiteren Schritt zur Selbstständigkeit dar. Pflegeheime anerkennen und fördern die Fähigkeit des „Wachstums“ zu wenig. Es gilt daher die Hindernisse für Wachstum auszuräumen. Es sind dies in erster Linie Gefühle der Einsamkeit, Hilflosigkeit und Langeweile.

- Viele Probleme ergeben sich aus dem Wesen der „totalen Institution“. Die Leitung gibt einen zeitlich eng konzipierten Alltag vor. Dazu gehören zeitlich festgesetzte Mahlzeiten und ebenso fix zugewiesene Sitzplätze. Eine Aktivität oder Behandlung führt zwangsläufig zur nächsten, ohne die Wünsche der Bewohner ausreichend zu beachten. Zwischen Personal und Bewohnern besteht eine große Kluft. Optisch drückt sich dies durch unterschiedliche Uniformen aus. Selbst ehrenamtliche Helfer sind mit einem Mantel unverwechselbar gekennzeichnet. So hat selbst der in der Hierarchie niedrigste Mitarbeiter mehr Macht als der Bewohner.
- Die gegenwärtige Situation der Pflegeheime sieht Thomas durch hohe Kosten und niedrige Lebensqualität der Bewohner geprägt. Gleichzeitig besteht die Notwendigkeit zur Expansion aufgrund demografischer Entwicklungen. Mittels der Eden-Alternative kann eine höhere Lebensqualität der Bewohner, bei geringeren Kosten unter Gewinnung der Solidarität jüngerer Generationen erreicht werden.

4.3.2 Vernachlässigte menschliche Bedürfnisse

- Freundschaften: „Freundschaften pflegen“ sind für die Seele so lebensnotwendig wie „Essen und Trinken“ für den Körper. Gruppenaktivitäten, medizinische Behandlungen oder Pflegehandlungen sind dafür kein Ersatz.
- „Sich kümmern, sorgen“: Menschen haben das vitale Bedürfnis, sich um andere Menschen oder Dinge zu kümmern. Dies gilt für alte, gebrechliche Menschen ebenso, wie für jede andere Altersgruppe. Kognitive oder körperliche Beeinträchtigungen schränken die Möglichkeiten ein, löschen das Bedürfnis aber nicht aus.
- Vielfalt und Spontaneität: Menschen verlangen nach Vielfalt in ihrer Umgebung. Der Gedanke, im Pflegeheim ausschließlich von alten gebrechlichen Menschen und Personal umgeben zu sein, ist wenig

attraktiv. Am Beispiel natürlicher Lebensräume sieht man die Vielfalt an jungen, alten, wachsenden und von Abbau betroffenen Lebensformen.

4.3.3 Prinzipien der Eden-Alternative

Thomas entwickelte drei Prinzipien um grundlegende menschliche Bedürfnisse zu erfüllen.

1. Eine biologische Vielfalt ist in menschlichen Lebensräumen genauso erwünscht wie in natürlichen Territorien. Dies meint z.B. den Einbezug verschiedener Pflanzen, Blumen, Obst - und Gemüsesorten im Außen- wie im Innenbereich des Pflegeheims und den Einbezug von Tieren, (z.B. Hunde, Katzen, verschiedene Vogelarten, etc.). Tiere leben bei der Eden-Alternative mit den Bewohnern im Pflegeheim und werden nicht nur anlässlich einer Tiertherapie zeitlich begrenzt vorgeführt.
2. Die ausschließliche Konzentration auf die Pflege und Betreuung alter Menschen steht im krassen Gegensatz zur Vielfalt menschlichen Lebens in Gemeinschaften. Pflegeheime sollen daher weitere gesellschaftliche Aufgaben übernehmen, z.B. Kinderbetreuung für die Kleinsten, Nachmittagsbetreuung für Schulkinder.
3. Um ein Chaos aus einer bunten Vielfalt von Bewohnern, Pflanzen, Tieren, und Kindern zu vermeiden lautet das dritte Prinzip: Ein menschlicher Lebensraum soll mit der selben Harmonie erfüllt werden, wie sie aus der Musik und der Natur bekannt ist.

4.3.4 Die Bedeutung von Kindern

Thomas geht davon aus, dass Kinder und Alte von einander profitieren können. Pflegeheimbewohner hegen oft ein großes Bedürfnis nach sinnstiftenden sozialen Kontakten und innigen Freundschaften und verfügen zudem über ein unerschöpfliches Reservoir an Zeit. Sie sind häufig durch physische und psychische Beeinträchtigungen oder strukturelle Rahmenbedingungen in ihren Kontaktmöglichkeiten zu Kindern eingeschränkt. Kinder leben nur noch selten im

engen Familienverband mit ihren Großeltern und wissen daher wenig über das Alter an sich und das Altern Bescheid.

Die Kleinkinderbetreuung, Nachmittagsbetreuung für Schulkinder und Sommercamps für größere Kinder, die Thomas im Chase – Memorial Pflegeheim geschaffen hat, bringen diese wertvollen Möglichkeiten der Beziehungsanbahnung mit sich. Kinder profitieren von der Beziehungsgestaltung zu Heimbewohnern und Pflegepersonal und werden eingebunden in die Betreuung der im Heim lebenden Tiere, Blumen und Pflanzen. Die natürliche Lebendigkeit, die Kinder durch ihr Singen, Lachen und Spielen erzeugen, bringt Vitalität und Lebenslust ins Heim. Diese Energie kann eine wirksame „Medizin“ für alte Menschen darstellen.

Nach Thomas gibt es keinen Grund, warum institutionelle Langzeitpflege, Tagesbetreuung für Kleinkinder oder alte Menschen, Kinder-Nachmittagsbetreuung und Ferienbetreuung voneinander isoliert und getrennt werden sollte. Ein traditionelles Pflegeheim kann mithilfe der Eden-Alternative zu einem Anbieter von „Heim“ (im Sinn von „daheim sein“) werden, indem es nicht nur Verantwortung für gebrechliche, hoch betagte Menschen übernimmt, sondern darüber hinaus für weitere Teile der Gemeinschaft. So hilft es gleichzeitig berufstätigen Eltern bei der Abdeckung hoch-qualitativer Kinderbetreuungsplätze. Kinder können auf diese Weise zu einem festen Bestandteil alltäglichen Lebens im Pflegeheim werden. Aktivitäten für Kinder- und Pflegeheimbewohner werden miteinander verbunden und aufeinander abgestimmt. Die Interaktionen zwischen „Jung und Alt“ verhelfen den Heimbewohnern zu besserer Lebensqualität, da sich der Alltag mithilfe der Kinder lebendiger und vielfältiger gestaltet.

4.3.5 Studien zur Eden Alternative

Thomas (1999) berichtete über rund 50% niedrigere Infektionsraten, einen starken Rückgang der durchschnittlich monatlichen Medikamentenvorschreibungen, 15% geringere Mortalitätsraten und 38% geringere Medikamentenkosten pro Bewohner in einem Zeitraum von rund drei bis vier Jahren seit Einführung der

Eden-Alternative im Vergleich zu einem Kontrollheim mit herkömmlicher Betreuung.

Um zu sehen, ob diese Daten reproduzierbar wären, startete das „Institute of Quality Improvement in Long Term Health Care“ der Universität Texas mit der bisher umfangreichsten Studie (Ransom, 2000) zu den Ergebnissen der Eden Alternative. Fünf Pflegeheime unterschiedlicher Größe und Betreiber beteiligten sich und implementierten die Eden-Alternative. Insgesamt 734 Betten bildeten die Basis für die Datensammlung. Von Juli 1996 bis Juli 1998 wurden auf monatlicher Basis klinische Daten zu Medikationen, Mobilität, Dekubitus, Infektionen, besondere Zwischenfälle, Mortalitätsraten, sowie Daten zur Lebensqualität der Bewohner und der Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter erhoben. Die Auswertungen erfolgten einzeln pro Heim als auch kumulativ. Die nachstehende Tabelle A liefert einen Überblick über signifikante kumulative Ergebnisse:

Behavioral Incidents	60% decrease
Stage I - II Pressure Sores	57% decrease
Bedfast	25% decrease
Restraints	18% decrease
urinary tract infections	29% increase
Chairbound	8% increase

Tabelle A, Quelle: Ransom 2000

Tabelle B zeigt einen Vergleich zwischen den Kontrolleinrichtungen und den Eden Heimen.

Variabel	Control Facility	Eden:Facility A	Eden:Facility C	Eden:Facility D	Eden:Facility E	Cumulative Eden Homes
Facility Aquired Pressure Sores	23% Decrease	80% Decrease	57% Decrease	90% Decrease	80% Decrease	57% Decrease
Residents Requiring Restraints	29% Decrease	49% Decrease	58% Decrease		56% Decrease	

Tabelle B, Quelle: Ransom 2000

Im Gegensatz zu den Ergebnissen von Dr. Thomas konnten auf kumulativer Basis weder besondere Medikamentenrückgänge (- 34% im Chase Memorial Pflegeheim), noch signifikante Veränderungen bei den allgemeinen Infektionsraten (-50% im Chase Memorial Pflegeheim) oder Auffälligkeiten bei den Mortalitätsraten (-15% im Chase Memorial Pflegeheim) nachgewiesen werden. Hingegen konnten die Ergebnisse auf individueller Basis in manchen Heimen nachvollzogen werden.

Qualitative Daten zeigten eine größere Zufriedenheit der Bewohner mit dem Personal, verbesserte Integration in die kommunale Gemeinschaft sowie heimelige Umgebungsbedingungen durch den Einsatz von Pflanzen und Haustieren.

Die Mitarbeiterabsenzen reduzierten sich in den Eden-Heimen um 48%, die Fluktuation bewegte sich deutlich unter dem Durchschnitt des Bundesstaates Texas. Auch berichteten Mitarbeiter von ihren Vorgesetzten zu mehr Eigeninitiative und Kreativität durch breite Unterstützung ermutigt worden zu sein.

In einer anderen Studie verglich Bergmann-Evans (2004) die Variablen „Einsamkeit, Langeweile und Hilflosigkeit“ anhand eines traditionellen Pflegeheimes und eines „Eden-Heimes“.

Dazu wurden Daten mittels Fragebögen vor Beginn der Studie und ein Jahr danach erhoben. Zu Beginn schätzten 19,1% der Eden-Bewohner ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ und „hervorragend“ ein. Nach einem Jahr waren es bereits 40%, obwohl sich die Anzahl der Diagnosen im selben Zeitraum stärker erhöht hatte als in der Kontrollgruppe. Hingegen sank der Anteil jener, die einen schlechten Gesundheitszustand angegeben hatten in der Edengruppe um die Hälfte, während sich der Anteil im traditionellen Pflegeheim verdoppelt hatte.

Nach Ablauf eines Jahres zeigte sich bei der Variablen „Einsamkeit“ keine große Veränderung während Langeweile und Hilflosigkeit in der Edengruppe signifikant abgenommen hatten. Die Autorin schließt daraus, dass Einsamkeit

mehr in der eigenen Person begründet liegt und weniger durch umgebungsbezogene Interventionen beeinflusst werden kann, als dies bei Hilflosigkeit oder Langeweile möglich ist.

Coleman et al (2002) untersuchten die Effekte der Eden Alternative auf Infektionsraten, funktionellen Status der Bewohner und Pflegekosten nach einem Jahr. Dazu wurden zwei Pflegeheime im ländlichen und städtischen Bereich desselben Betreibers herangezogen. Die quantitativen Daten zeigten keine großen Unterschiede hinsichtlich Überlebensraten, kognitivem Potential, ADLs (Activities of daily living) oder Infektionsraten. Allerdings waren die Pflegekosten im städtischen „Eden-Heim“ signifikant höher, zudem gab es signifikant mehr Stürze, Ernährungsprobleme und Personalfuktuation während der Eden-Implementierung zu verzeichnen..

Die fast gleichwertigen Daten hinsichtlich Überlebens- oder Infektionsraten könnten den Autoren zufolge positiv für das Eden-Heims interpretiert werden, zumal hier der Anteil von Bewohnern mit schweren Krankheitsbildern höher war als im Vergleichsheim. Die geringere Anzahl von Stürzen im herkömmlichen Heim führen die Autoren auf die stärkeren kognitiven und funktionellen Beeinträchtigung der dortigen Bewohner zurück, die zu einer geringeren Mobilität und damit auch geringeren Sturzgefahr im Vergleich zu den Bewohnern im Eden-Heim geführt habe. Die signifikant häufiger auftretenden Ernährungsprobleme im Eden-Heim erklärten die Autoren einerseits durch die bessere kognitive und verbale Ausdrucksfähigkeit der dortigen Bewohner, die ihre Probleme somit besser artikulieren könnten, als auch durch den größeren Anteil an Bewohnern mit speziellen Pflegeanforderungen.

Positive qualitative Beobachtungen der Studie bezogen sich auf das steigende Interesse der Bewohner an Tieren und Pflanzen, auf die Verbesserung der Heimatmosphäre wie auch auf die positive Einstellungsveränderung bei Personal und Bewohnern.

Abschließend bemerkten die Autoren, dass die Studienperiode von einem Jahr zu kurz gewesen sein könnte, um große quantitative Veränderungen nachzuweisen. So wäre die Studie bereits beendet gewesen, als die Interventionen der Eden-Alternative zu greifen begannen. Auch die Unterschiedlichkeit der Bewohnerpopulation könnte zu abgeschwächten Ergebnissen in der Eden-Gruppe geführt haben. Der häufigere Personalwechsel im Eden-Heim dürfte sich zudem problematischer als im Vergleichsheim ausgewirkt haben.

Resumée

Die beschriebenen Studien zeigen den prozessartigen Verlauf der Eden-Alternative, der nach einem bzw. zwei Jahren kaum abgeschlossen sein kann. In zwei Untersuchungen kamen die Autoren übereinstimmend zum Ergebnis, dass die Studiendauer von einem bzw. zwei Jahren wohl zu kurz anberaumt war und Ergebnisse erst nach Ablauf der Studiendauer zu sehen gewesen wären. Eine Studiendauer von vier, besser fünf Jahren wäre demnach zu empfehlen. Trotz methodischer Probleme kann dennoch von einer nachweislichen Wirkung der Eden-Alternative ausgegangen werden. Qualitative Resultate zeigten eindeutig eine Verbesserung der Heim-Atmosphäre mit weit reichender Wirkung auf Bewohner und Personal wie auf die kommunalen Gemeinschaften. Der subjektive Gesundheitszustand wurde als besser bezeichnet, als es nach objektiven Daten zulässig gewesen wäre, Gefühle von Langeweile und Hilflosigkeit nahmen ab während vielfältige Interessen zu entstehen begannen.

4.3.6 Grenzen und Chancen der Eden-Alternative in der Praxis

Die von Dr. William Thomas 1991 gegründete Eden-Alternative ist mittlerweile eine weltweit operierende non-profit-organisation mit regionalen als auch nationalen koordinierenden Einrichtungen (Eden-Europe, 2009). Nach Christa Monkhouse, der Koordinatorin für den europäischen Raum arbeiten in den USA ca. 400, in Australien 200, in Kanada 150 und in Europa rund 22 Pflegeheime nach der Eden-Alternative, bei der es um die Zusammenführung verschiedener Lebensformen aller Altersstufen geht. Je vielfältiger und komplexer das Konglomerat ist, desto mehr sinnvolle Interaktionen können daraus entstehen.

Nicht das modernste Heim ist das Ziel, sondern das Umdenken in den Köpfen aller mit Pflege betrauter Menschen. Das Ziel besteht in einem lebendigen und lebenswerten Alltag mit Kindern, Tieren und Pflanzen, die Spontaneität und Erlebnisse in den Heimaltag bringen sollen. Genussvolles „Gärtnern“, die Betreuung eigener Haustiere, oder gemeinsames Lachen mit Kindern soll dabei als Selbstverständlichkeit betrachtet werden, ohne dies unter dem medizinischen Aspekt einer Therapie zu sehen. Wenn dies gelingt, kann eine therapeutische Wirkung bei den Bewohnern hervorgerufen werden, ohne dass jedoch Therapie stattgefunden hätte. In den „eigenen vier Wänden“ käme wohl niemand auf die Idee beim Streicheln der eigenen Katze oder beim Spiel mit Kindern von „Therapie“ zu sprechen. Heime können so durch eine bunte Vielfalt zu Orten des Lebens und des Wohlbefindens werden anstelle des Verfalls und Siechtums. Bewohner und Personal müssen dazu jedoch von der Heimleitung in gleicher Weise befähigt werden, gemeinsame Alltagsentscheidungen treffen zu dürfen.

Für die Pflegepraxis bedeuten die Implementierung und der fortwährende Prozess der Eden-Alternative eine hohe Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung, die ständige Auseinandersetzung mit festgefahrenen Routinen und ein Abgehen von herkömmlichem Denken, in welchem der medizinische Leitgedanke immer noch eine große Rolle spielt. Das Management benötigt bei der Einführung viel Überzeugungskraft und starke Führungsqualitäten. Skepsis, Bedenken, aber auch Widerstand mancher Mitarbeiter gegenüber der neuen Form der Betreuung sind sehr wahrscheinlich. Coleman zeigte die besonders hohe Personalfluktuation in dieser Zeit auf. So reicht es auch nicht aus, einige wenige Mitarbeiter des ärztlichen oder pflegenden Personals zu schulen, vielmehr müssen die Mitarbeiter aller Berufsgruppen über die Eden-Philosophie Bescheid wissen. Das involviert Führungskräfte genauso wie das Reinigungspersonal. Nicht das Expertenwissen einiger weniger ausgesuchter Personen ist hier gefragt, sondern die breite Basis, die diese Philosophie zu leben bereit ist.

Grenzen der Eden-Alternative bestehen dort, wo festgefahrene Strukturen oder gesetzliche Vorgaben (etwa strikte Hygienevorschriften, die Tiere verbieten) die

Implementierung gefährden, aber auch, wenn die Führungsebene den Prozess nicht ausreichend couragiert unterstützt. Eine innovative, kreative und bejahende Einstellung ist ein absolutes „muss“ um die Eden-Alternative zum Erfolg zu führen. Eine möglichst flache Hierarchie ist notwendig, um möglichst viel Entscheidungsfreiheit bei den Mitarbeitern gemeinsam mit den Bewohnern zu belassen. Teamarbeit, bei der sich niemand davor scheut, blinde Flecken oder Routinehandlungen auf ihre Sinnhaftigkeit hin zu überprüfen, ist für den Erfolg der Eden-Alternative unerlässlich.

Ist die Bereitschaft zur Eden-Alternative bei Vorgesetzten und Mitarbeitern ausreichend vorhanden und die Implementierung abgeschlossen, weist die Mehrheit der Studien auf eine verbesserte Atmosphäre hin, in welcher Bewohner und Personal von höherer Lebensqualität bzw. Betreuungsqualität profitieren können. Der holistische Zugang der Eden-Alternative entspricht den Prinzipien einer lebensweltlichen Pflege, die sich durch alle Lebens- und Handlungsvollzüge der Bewohner zieht. Ebenso sind die partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Bewohnern und Personal bzw. Mitbestimmungsmöglichkeiten Ausdruck von Autonomie und Würde und stellen weitere wichtige Instrumentarien einer lebensweltbezogenen Pflege dar. Durch den lebensnahen Einbezug von Pflanzen, Kindern und Tieren kann ein Stück weit Normalität ins Leben der Bewohner geholt werden. Unser aller Alltag integriert diese „drei Inhaltsstoffe“ ganz selbstverständlich. Warum sollten diese drei anregenden Faktoren nicht auch im Pflegeheim für eine Lebendigkeit, Spontaneität, Vielfalt und Abwechslung sorgen wie bei allen anderen Menschen auch?

4.3.7 Würdigung und Kritik

Die Initialzündung zur Entwicklung der E.A. beruhte auf Dr. Thomas' Beobachtung der Patienten, die augenscheinlich unter Gefühlen der Einsamkeit Nutzlosigkeit, und Langeweile litten. In einer Art „Brainstorming“ entstand schließlich das Gerüst zur E.A., in welchem sich die Teammitglieder als Gründer eines menschlichen Habitats sahen. Diese Vorgangsweise kann gleichzeitig als Schwäche der E.A. ausgelegt werden, mangelt es doch im Anschluss an die

Beobachtung an einer theoretischen Auseinandersetzung. Es kommen wohl ökologische, anthropologische und entwicklungspsychologische Gesichtspunkte zur Anwendung, ohne jedoch klarzustellen, auf welchen theoretischem Grundgerüst die Eden-Alternative beruht. Allerdings spricht Thomas selbst auch nie von einem Modell oder einer Theorie, sondern benennt seine „Erfindung“ schlicht als Eden-Alternative. Thomas stellte vielmehr fest, dass sein Zugang „unwissenschaftlich“ sei (1999, S. 27): “In the summer of 1991, a group of us at Chase Memorial Nursing Home began to toy with a radically unscientific, nonmedical approach to life for our eighty residents. “

Dagegen ist dem Mediziner Dr. William Thomas hoch anzurechnen, dass er den überwiegend somatisch ausgerichteten Blickwinkel der Medizin auf die seelischen Bedürfnisse hoch betagter, chronisch kranker Menschen gerichtet hat, um sie in ihrer Ganzheit wahrnehmen zu können. Angelehnt an die „totale Institution“ von Goffmann kritisiert Thomas ein System, in dem zeitlich vorgegebene eng begrenzte Strukturen ohne Berücksichtigung der Patientenwünsche von oben diktiert werden, um einen reibungslosen Ablauf zu garantieren. Durch diese Kritik zeigt Thomas, dass es schier unmöglich ist, bei festgefahrenen herkömmlichen Rahmenbedingungen eine Änderung von „unten“ her zu erreichen. Nur wenn die Rahmenbedingungen stimmen, bei der eine flache Hierarchie unbedingt notwendig ist, kann eine Änderung erreicht werden. Thomas wendet sich überdies gegen die gängige Praxis, fehlende Zuwendung durch Übermedikalisierung zu lösen. Stattdessen plädiert er für die Unterstützung des Wachstums, das auch im hohen Alter noch möglich ist, indem grundlegende Hindernisse wie Einsamkeit, Langeweile und Nutzlosigkeit beseitigt werden. Indem er das tut, zeigt Thomas eine ressourcenorientierte Sichtweise des Alters, in welcher Vielfalt, Abwechslung und Anregung gefragt ist anstelle eines defizitären Altersbildes.

Der Ansatz der Eden-Alternative beruht primär auf der Veränderung der Umgebungsbedingungen, indem ein normales Leben durch den Einbezug von Kindern- Tieren und Pflanzen ermöglicht werden soll. Die Beziehungsgestaltung zum Personal soll auf einem möglichst partnerschaftlichen Verhältnis beruhen,

das von Mitbestimmung und Autonomie geprägt ist. Bewohner, Mitarbeiter und Angehörige sind aktiv aufgerufen, Ideen zur Verbesserung der Lebensqualität beizusteuern. Als Mangel könnte der fehlende biografische Zugang zum Patienten oder das Kommunikationsverhalten ausgelegt werden, das bei der Eden-Alternative nicht explizit hervorgekehrt wird.

4.4 Psychobiografisches Pflegemodell nach Erwin Böhm

Der ursprünglich aus der psychiatrischen Krankenpflege kommende Österreicher Erwin Böhm entwickelte das Psychobiografische Pflegemodell, das wertvolle praktische Anwendungsmöglichkeiten für die Pflege alter Menschen enthält. Böhm bemerkte, dass zuerst die „Seele des alten Menschen bewegt werden müsse“ bevor das „Bein bewegt werden könne“ (1999). Er kritisiert massiv den somatischen, defizitorientierten, an der medizinischen Diagnose haftenden Blickwinkel, der mehr der Irreversibilitätstheorie als der Reversibilitätstheorie anhafte (1999, S. 98 – 105) und der die Pflegenden nicht mehr danach fragen ließe, warum der alte Mensch Verhaltensauffälligkeiten zeige.

Böhm plädiert für die aktivierende Pflege und benennt dies „Pflege mit der Hand in der Hosentasche“. Damit erteilt er dem pflegerischen Verständnis von „Dienen“ und „zu Tode pflegen“ (im Sinne einer Begünstigung von Unselbstständigkeit) eine Absage und fordert anstelle dessen die Selbstständigkeit und Autonomie der alten Menschen zu fördern, indem man sie selbst machen lässt, wozu sie noch in der Lage wären.

Die Pflege alter Menschen darf nach Böhm nicht zur „Nachtkastlpflege“ verkommen und die grundpflegerische Versorgung nach dem Bild „warm-satt-sauber“ ablaufen. Ziel wäre vielmehr die aktivierende Pflege unter Einbezug der individuellen Lebensgeschichten vor dem Hintergrund historischer Ereignisse. Die Wiederbelebung der Altenseele kann nur dann gelingen, wenn es Pflegenden gelingt, Motivationen, Antriebe und Impulse aus der individuellen Biographie des alten Menschen herauszulesen, um diese zur Aktivierung bzw. Reaktivierung zu nützen.

4.4.1 Normalitätsprinzip nach Böhm und die Bedeutung von Kindern

In Anlehnung an Bank-Mikkelsen und Nirje befürwortet Böhm das „Normalitätsprinzip“ und „fordert die Herstellung eines Milieus, das an die reale Biographie des alten Menschen und damit an Gewohntem, Bekanntem und Vertrautem anknüpft (Schneider, 2007). Dies soll der Kontinuität zum bisherigen Leben dienen und darüber hinaus ein Umfeld schaffen, in dem alte Menschen stimuliert werden und sie zur gestalterischen Aktivität einlädt (vgl. Schneider, 2007)

Wenn Böhm auch nicht explizit Kinder als Bestandteil des Normalitätsprinzips nennt, könnte man dennoch zum Schluss kommen, Kinder spielten und spielen zu jeder historischen Zeit eine große Rolle im menschlichen Leben. Routinehandlungen, Rituale, und Gewohnheiten prägen unser Leben und sind ganz selbstverständlich Teil unseres Alltags. In der Familie lernen wir Werte und Normen gängiger Gesellschaftsregeln kennen. Wir verinnerlichen soziale Rollen und leben sie täglich. Vor diesem Hintergrund ist anzumerken, dass der Großteil heutiger Pflegeheimbewohner in traditionellen Familienstrukturen aufgewachsen ist. Das bedeutete meist eine familienorientierte Zuwendung der Frau, in der Haushalt und Kindererziehung wichtig waren, während der Mann durch seine Erwerbstätigkeit seiner Aufgabe als Familienversorgers nachkam.

In Anlehnung an das psychobiografische Pflegemodell kann die Bedeutung von Kindern für die einzelne Person jedoch nur individuell erhoben werden. Hilfreich dabei ist der Einbezug der Biographie, die Beobachtung des alten Menschen in der Begegnung mit Kindern oder seine Selbstmitteilung.

Die reale Bedeutung von Kindern wird jedoch daran messbar, wenn Pflegende auf Alzheimerstationen davon berichten, wie alte Frauen nach Hause zu ihren Kindern wollten, um sie versorgen zu können.

4.4.2 Praxisanwendung und Kritik

Erwin Böhm ist mit Sicherheit ein kreativer, oft provokativer Praktiker, der schonungslos berechtigte Kritik an organisatorischen Rahmenbedingungen aber auch am falschen Verständnis von Pflege anbringt. Eben diese Kreativität macht es für den interessierten Leser mitunter schwierig, den Gedankengängen zu

folgen, fehlt doch manchmal der rote Faden und die Struktur. Das beschriebene Modell stellt sich sehr umfangreich dar und ist in einzelnen Dimensionen aufgrund organisatorischer Rahmenbedingungen eines Pflegeheimes nur schwer umsetzbar. Ein ehemaliger Mitarbeiter und Kollege Böhm stellt es so dar (Schneider, Zehender, 2008):

Böhms Idee ist die biographieorientierte Pflege. Also wenn er ein armes, altes „Mutterl“ vom Land hat, das mit einem WC nichts anzufangen weiß und deshalb die Klotür nie findet (Böhm wurde sagen die „Häusltür“), dann nagelt er ihr Bretter darauf und schneidet ein „Herzerl“ heraus, damit das alte „Mutterl“ erkennen kann:“ Jö, das ist das Klo...Und wenn er eine Frau aus gehobener Gesellschaft hat, eine alte Lady, dann richtet er ihr ein „Kaiserzimmer“ im Pflegeheim ein, mit gehäkelten „Tischdeckerln“ und mit Rosenthal-Porzellanservice“ .

Die Möglichkeiten im Pflegekrankenhaus eben diese Milieuentsprechenden Veränderungen durchzuführen stellen sich leider beschränkt dar. Sicherheitsbestimmungen, der finanzielle Mehraufwand oder auch nur die Einstellung der Beteiligten können dabei ein Hindernis darstellen.

Reuter sieht v.a. Probleme bei der Umsetzung im Personal begründet, da sich Pflegende häufig zu sehr von ihrer Emotionalität und ihrem Mitgefühl leiten lassen und dadurch „Gutes tun wollen“ anstelle von „Gutes bewirken“. Der Schlüssel zum erfolgreich praktizierten Modell dürfte demnach in konsequenter Schulung möglichst aller Mitarbeiter liegen. Umfassende Schulungen, Information und Praxisbegleitung sind demnach unerlässliche Werkzeuge, um Böhms Modell umzusetzen.

4.5 Pflegeheim – Schreckensgespenst oder Chance?

Nach einer Telefon-Umfrage des Market-Instituts im Auftrag der Diakonie (2006) fürchten:

- 36%, der befragten Personen, dass man anderen Leuten im Pflegeheim zur Last fällt,
- 31%, dass andere über einen und seinen Alltag bestimmen,
- 22%, dass man einsam ist und,

- 22%, dass man den Kontakt zu Freunden und Verwandten verliert.

Mediale Berichte der vergangenen Zeit scheinen den Eindruck, andere bestimmen über einen und seinen Alltag, zu bestätigen. Eine Internetrecherche mit dem Suchbegriff „Pflegeheimskandal“ bringt unzählige Beispiele, in denen städtische wie private Heime wegen grober Missstände Schlagzeilen generierten. Von gefährlicher Pflege, Personalmangel, chronisch überfordertem Personal oder grober Vernachlässigung der Bewohner ist hier die Rede. Im Wiener Gemeinderatsprotokoll von 2003 wird dazu festgehalten:

„Wenn dort trotz strahlendem Sonnenschein am Nachmittag den Patienten Nachtruhe verordnet wird, so ist das kein Theaterstück Felix Mitterers, es ist die Realität in Wien. Wenn selbst gesunde Heimbewohner vom Pflegepersonal gezwungen werden, Windeln zu benutzen, statt sie auf die Toilette zu führen, dann ist das kein dramatischer Akzent im Theaterstück Felix Mitterers, es ist Realität in Lainz. Wenn Patienten nicht gebadet werden, nicht gepflegt werden, mit ungekürzten Fingernägeln und Fußnägeln angetroffen werden, mit geschwollenen Füßen vorgefunden werden, dann ist das nicht Felix Mitterer mit "Sibirien", dann sind das die Zustände in Lainz. Wenn Patienten drei Stunden im Rollstuhl warten müssen, ehe sie auf die Toilette gehen dürfen, dann ist das leider traurige Realität in Wien“.

Der Eindruck des tristen Alltags bestätigt sich in der Literatur. Beispiele dafür wurden bereits im Kapitel 4.2.2. gebracht, in denen sich die Hauptkritik auf rigide, standardisierte Tagesabläufe, wenig emotionale Nähe, mangelnde Autonomie oder Privatsphäre bezog.

Lässt sich die Institution Pflegeheim nun tatsächlich auf die Gestalt eines Schreckensgespenstes reduzieren? Kann man unter derartigen Bedingungen überhaupt von positiven, gesundheitsförderlichen Aspekten oder Chancen für die pflegebedürftige Menschen sprechen? Lässt sich unter Heimbedingungen überhaupt Lebenszufriedenheit der Bewohner erreichen?

Die angesprochenen traurigen Missstände gab es in der Vergangenheit tatsächlich. Seither wurde vieles getan, um Strukturmängel und Personalversäumnisse zu beheben bzw. Bewohnerrechte zu stärken. Die Neueinrichtung des Wiener Pflegeombudsmannes im Jahr 2003 war als Antwort auf real existierende grobe

Misstände und Beschwerden zu verstehen, die es zu beseitigen galt. Die Einführung des Bundespflegeheim- wie auch des Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetzes 2005 halfen verbindliche Standards festzulegen und Bewohnerrechte zu stärken. Auch die Einführung einer eigenen Teilunternehmung „Pflegeheime der Stadt Wien“ im Krankenanstaltenverbund (KAV) 2005 kann als Ergebnis eines gewachsenen Problembewusstseins hinsichtlich notwendiger Verbesserungen ausgelegt werden.

Berichte über Pflegeheime hören sich nach wie vor sehr unterschiedlich an. Bei näherer Betrachtung gewinnt man allerdings sehr schnell die Erkenntnis, dass es „das oder die Pflegeheime genauso wenig gibt wie „die Alten“. Heime unterscheiden sich grundlegend hinsichtlich der Trägerschaft, Größe, Schwerpunktsetzung, Atmosphäre und Betreuung der pflegebedürftigen Personen. Traxler (2005) untersuchte den Aufnahmeprozess am Beispiel dreier Pflegeeinrichtungen privater wie öffentlicher Träger und unterschied je nach Anbotsleistung zwischen der „betriebswirtschaftlich orientierten Dienstleistungsorganisation“, dem Heim als expertInnenzentrierten Krankenhaus und dem „Hotel“. Heim ist nicht gleich Heim“ stellte Hager (1996) fest und Kruse/Wahl sprachen von einer „undifferenzierten Sichtweise“, „weil die berechtigte Kritik an einzelnen zur Kritik an dem Heim stilisiert wird“ (1994, S 11).

Positive Aspekte und Chancen für die Bewohner sehen Kruse und Wahl v.a. in:

- Sozialen und kulturellen Angeboten im Heim, wobei Bewohner motiviert werden, sich an der Gestaltung dieser Angebote zu beteiligen
- Der Selbständigkeit im Alltag
- Der Kompetenz im Alltag
- Der Pflege (mit Integration rehabilitativer Elemente)

Die Entlastung von alltäglichen Dingen wie Einkaufen oder Mahlzeiten bereiten könne einen weiteren Gewinn darstellen, da sich der alte Mensch seinen Interessen zuwenden und darin sogar weiterentwickeln könne. Diese Entbindung setzt

möglicherweise sogar Energien für andere subjektiv wichtige Lebensaufgaben frei (S 45).

Klingensfeld (1999) sieht Vorteile in der Entstehung neuer sozialer Kontakte, in der Organisation von Geselligkeiten, in der Sicherheit der umfassenden Versorgung und dadurch gewonnenen Gelassenheit wie auch im Wegfall beschwerlicher Haushaltspflichten. Auch böten sich in zahlreichen Unternehmungsgruppen Anreize und Anforderungen zum Aktivwerden. Bewohner können im Heim unter günstigen Bedingungen Lebenszufriedenheit erreichen. Dies ist speziell dann der Fall wenn die Freiwilligkeit des Heimeintritts gegeben ist, viele Sozialkontakte und ein subjektiv gutes Gesundheitsgefühl bestünden, der Bewohner über aktive und kognitive Stressverarbeitungsstrategien, sowie über ein Gefühl der Kontrollierbarkeit verfüge und zudem Privatsphäre eingeräumt würde.

Wahl und Reichert bezeichnen das subjektive Gesundheitsempfinden, das Erleben von persönlicher Kontrolle und die Häufigkeit bzw. Qualität außerinstitutioneller sozialer Kontakte als wichtige Determinanten für Lebenszufriedenheit der Bewohner. Hinderlich erweisen sich hingegen Depressionen, soziale Defizite, Hilfsbedürftigkeit und eine emotional-aufgebende Strategie der Stressverarbeitung. Der objektive Gesundheitszustand spielt dabei keine grundlegende Rolle.

Traxler untersuchte Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung für Heimbewohner und fand reale Chancen, wenn anstelle des Defizit -Modells von adaptiven und regulativen Kompetenzen ausgegangen würde. Strategien des Empowerments müssten dabei behutsam und individuell angepasst werden, handle es sich doch um betagte, multimorbide Menschen mit einem langen beschwerlichen Leben hinter sich. Gesundheitsförderung könne so auch in der Geborgenheit und Sicherheit liegen, die ein Heim anbieten könne. Grenzen sieht Traxler in ökonomischen Ressourcen (Finanzierung von Pflegeleistungen), sozialpolitischen Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Hindernissen.

4.6 Resumeé

Der Aspekt der sozialen Beziehung wurde im gesamten Kapitel in all seiner Wichtigkeit für die Menschen, egal ob im privaten oder institutionellen Umfeld herausgearbeitet. Rund ein Viertel der Befragten der Market - Studie verbindet mit dem Pflegeheim „mangelnde Zuwendung“ oder „Einsamkeit“. „Den anderen zur Last fallen“ gilt als eine der größten Ängste in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit. Diesen Befürchtungen ist entgegenzusteuern, indem man Wünsche nach aktiver Beteiligung, Selbstbestimmung, einem lebendigen Alltag und nach sozialen Kontakten beherzigt und Möglichkeiten intergenerativer Beziehungen schafft, da diese von den alten Menschen durch die hohe Emotionalität und Nähe als besonders sinnstiftend erlebt werden können. Die Eden-Alternative zeigt vor, wie die Beziehungsanbahnung zu Kindern realisiert werden kann. Wenn Pflegeheimbewohner Unterstützung benötigen, gleichzeitig aber auch etwas vermitteln und geben können, wie es bei intergenerativen Programmen zwischen Hochbetagten und Kindern der Fall ist, fiele vermutlich auch das Gefühl des „zur Last Fallens“ und der Einsamkeit weg zugunsten des Gefühls „gebraucht zu werden“.

Theoretisch untermauert wird dieses Anliegen durch die Austauschtheorie, die ursprünglich ihre Wurzeln in der Ökonomie hatte und in den 60-er Jahren auch von der Psychologie aufgenommen wurde. Demnach streben Menschen danach, ihren Nutzen durch Tauschbeziehungen zu optimieren. Auch das Eingehen neuer Beziehungen kann als Tauschbeziehung betrachtet werden. Schließlich liegt darin die Erwartung einer Belohnung, z.B. in Form von Zuwendung, emotionaler Sicherheit, Geborgenheit, Anerkennung oder eben im Gefühl des Gebraucht-Werdens.

Das heutige Pflegeheim ist trotz vieler engagierter Berufsgruppen und zahlreicher Fortschritte zur Erhöhung der Lebensqualität immer noch stark verbesserungswürdig. Seit den beschriebenen Missständen sind Jahre vergangen und viele Verbesserungen konnten realisiert werden. Trotzdem dürften bürokratische und ökonomische Gesichtspunkte bzw. standardisierte Abläufe sowie die Abklärung physischer und psychischer Defizite in vielen Heimen nach

wie vor im Vordergrund stehen bevor psychosoziale Problemlagen berücksichtigt werden. Kommunikation mit den Bewohnern „scheint aus finanziellen Gründen nicht oberste Priorität zu haben“ (Traxler, 2005, S 113).

Das „neue Pflegeheim“ steht vor der schwierigen Aufgabe, zu einem neuen „Daheim“ für seine Bewohner zu werden. Wenn es scheitert, präsentiert es sich weiterhin als Ausnahmesituation für pflegebedürftige Menschen, vor dem die Menschen zu Recht Unbehagen empfinden. Heime, in denen Bewohner lediglich untergebracht sind und keine Möglichkeit zur Mitgestaltung haben, wo Mitarbeiter schlecht ausgebildet und unter schlechten Arbeitsbedingungen ihren Dienst tun, sind Auslaufmodelle und nicht zukunftstauglich. Eine Zukunft haben alle jene, die ihren Bewohnern eine bunte Vielfalt an sinnstiftenden Erlebnissen bieten können.

5 Generationen

Für die zukünftig alten Menschen wird sich das familiäre Netzwerk aufgrund bereits angesprochener Tendenzen wie zunehmender Singularisierung bei immer weniger geborenen Kindern weiter ausdünnen. Von besonderer Bedeutung wird diese absehbare Entwicklung für Pflegeheimbewohner sein, die in ihren Möglichkeiten zu sozialen Kontakten durch die Heimsituation zusätzlich erschwerte Bedingungen erleben.

Intergenerative Programme können eine Antwort auf gesellschaftliche Umwälzungen und soziale Probleme sein. Was unter intergenerativen Programmen zu verstehen ist und welche es konkret gibt, wird nach einer Klärung der Begrifflichkeiten „Generation“, „Generationenbeziehungen und -verhältnisse“, sowie „Generationensolidarität“ und Konflikte erläutert.

5.1 Begriffserklärung

Der Begriff „Generation“ findet seinen Ursprung sowohl im griechischen „genesis“ als auch im lateinischen „generatio“ in der Bedeutung „Zeugung(sfähigkeit), Entstehung und Nachkommenschaft“. Im genealogischen und damit ursprünglichen Sinn verwenden wir heute den Begriff „Generation“ für die Mitglieder einer Familie in absteigender oder aufsteigender Form, also z.B. für Urgroßeltern, Großeltern, Eltern und Kinder. Der genealogische Generationenbegriff ist damit auf der Mikroperspektive angesiedelt und bezieht sich auf den Nahbereich, in dem Angehörige in unmittelbaren Kontakt zueinander stehen (Wieners, 2005).

Auf der Makroebene, also auf einer anonym vernetzten, abstrakten Ebene, ist der Begriff diffuser und verlangt nach einer Bedeutungsabgrenzung zu den Begriffen „Kohorte“ und „Altersgruppe“. Der speziell von Soziologen und Demografen verwendete Begriff der „Kohorte“ meint nach einer Definition von Glenn „jene Personen innerhalb einer geografisch oder sonst wie abgegrenzten Population, die während einer vorgegebenen Zeitspanne dasselbe signifikante Lebensereignis erfahren“ (1977, zitiert nach Majce, 2000, S 106). Ein solches signifikantes Lebensereignis stellt mit

Sicherheit die Geburt dar. Mit „Geburtskohorten“ sind also Menschen gemeint, die im selben Jahr geboren wurden. Für die Sozialwissenschaftler ist mit einer Kohorte vor allem eine Längsschnittperspektive verbunden, also die Beobachtung über einen längeren Zeitraum um allfällige Veränderungen im Zeitverlauf festzustellen.

Ebenfalls auf der Makro-Ebene angesiedelt, bezeichnet der Soziologe Karl Mannheim mit „Generation“ jene Menschen, die ungefähr zum gleichen Zeitpunkt geboren wurden und daher ähnliche Erlebnisse in ihrer Kindheit, Jugend, im Erwachsenenalter und später im Alter teilen, was zu einer Art „Zusammengehörigkeitsgefühl“ (Karl, 2002, S 17) führt. Diese gemeinsam an einem historischen Ereignis orientierten Menschen bilden einen „Generationenzusammenhang“, in welchem unterschiedlich stark eingebundene und teilweise auch entgegengesetzt eingestellte Gruppen die jeweiligen Ereignisse verschieden verarbeiten und damit „Generationeneinheiten“ bilden (Mannheim 1928, zitiert nach Wieners, 2005, S 151).

Die so genannte „68-er Generation“ ist ein typisches Beispiel für Menschen, die ihre Jugend um das Jahr 1968 erlebten und damit einen „Generationenzusammenhang“ bilden, innerhalb dieses Zusammenhangs jedoch unterschiedlich im Erleben und Verhalten eingebunden waren.

Der Begriff der „Altersgruppe“ beinhaltet weniger den historischen Kontext spezieller Lebensereignisse als vielmehr eine unterschiedliche Lebensposition aufgrund des Reifungsgrades. „Altersgruppen“ werden speziell bei Vergleichen herangezogen, etwa wenn Unterschiedlichkeiten der Interessenslagen 40-Jähriger verglichen mit jener 60-Jähriger herausgearbeitet werden sollen. Hier interessiert oft die Querschnittperspektive oder die Momentaufnahme, wie z.B. Jung mit Alt interagiert (Majce, 2000, S. 107).

In der vorliegenden Arbeit soll vor allem der Begriff der „Generation“ angewendet werden, zumal es sich bei heutigen Pflegeheimbewohnern um Menschen handelt, die ähnliche historische Hintergründe haben. Diese können

aufgrund der breiten Fächerung der Alterskohorten durchaus unterschiedlich sein, dürften aber dennoch Ähnlichkeiten aufweisen. So war das Leben heute hoch betagter Menschen speziell von Krieg(en), Entbehrungen, schweren Zeiten und Überlebenskämpfen geprägt.

Seit dem 20. Jahrhundert erleben wir aufgrund der sprunghaft angestiegenen Langlebigkeit die Gleichzeitigkeit von vier, manchmal sogar von fünf Generationen innerhalb einer Familie mit möglichen positiven wie auch negativen Effekten. Einerseits kann Familiensolidarität länger durch die Gleichzeitigkeit mehrerer sozialer Rollen gelebt werden (etwa in der Elternrolle und in der „Kindheitsrolle“ alternder Eltern), andererseits besteht Konfliktpotential für einen erheblich längeren Zeitraum als je zuvor in der Geschichte.

Auf der Makroebene wird regelmäßig der Eindruck erweckt, es herrsche zwischen den Generationen Krieg im Verteilungskampf ökonomischer und sozialer Ressourcen. Im Weiteren soll nun der Frage nach den Beziehungen zwischen Jung und Alt auf familialer Basis wie auch gesellschaftlicher Ebene nachgegangen werden. Besteht Solidarität zwischen den Generationen oder überwiegt das Konfliktpotential?

Zur besseren Unterscheidung zwischen Makro- und Mikroebene schlägt Kaufmann (1993, zitiert nach Wieners, 2005, S 151). im familialen Kontext den Begriff der „Generationenbeziehung“ vor, während er auf der gesellschaftlichen, anonymen Ebene vom „Generationenverhältnis“ spricht

5.2 Familiäre Generationenbeziehungen

Das Verhältnis zwischen den Generationen bestimmt grundlegend die soziale Atmosphäre einer Gesellschaft. Wie wichtig dieses Verhältnis für den Zusammenhalt eines Staates ist, zeigen die vielen Untersuchungen, die diesbezüglich von amtlichen Stellen betrieben werden. So bestehen Untersuchungen seitens des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie

aus dem Jahre 1998, bzw. des Bundesministeriums für Soziales und Konsumentenschutz (damals BM für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz) aus den Jahren 1999, 2000 und 2005 zu diesem Thema. Geringfügige Änderungen der Stimmungslagen in den Generationenbeziehungen bzw. Generationenverhältnissen können somit rasch erfasst werden.

Wenn man auf den Bericht aus dem Jahr 1998 (Majce) zurückgreift, kann man von einem insgesamt dichten familialen Netzwerk mit starker Unterstützungsleistung innerhalb der Kernfamilie ausgehen. Es darf mit ausreichender Solidarität bei Hilfs- und Unterstützungsbedarf gerechnet werden, wobei mehr Hilfsdienste von alten für junge Menschen geleistet werden.

Der Bericht von 2005 (Majce, Rosenmayr) stimmt in der Grundaussage der ausreichenden familialen Unterstützung mit der Studie von 1998 überein, mit einer Veränderung in Hinsicht auf die Gruppe der zu unterstützenden Personen. Einerseits werden weiterhin die jüngeren Generationen als Begünstigte vieler Unterstützungsleistungen genannt, andererseits wird nun auch erstmals die Gruppe der Hochaltrigen erfasst, die teilweise häufiger Hilfsleistungen benötigt als jüngere Generationen. Zum häufigsten Hilfsdienst zählte 1998 wie auch 2005 emotionale Unterstützung durch Aussprache bei Sorgen und Kummer.

Es besteht zwischen den unterschiedlichen Generationen häufiger persönlicher Kontakt. Immerhin sehen rund zwei Drittel der über 60-Jährigen wöchentlich ihre Kinder. Die intergenerationellen Gespräche handeln in erster Linie von beruflichen Themen, Einstellungen, Werten und Geldfragen. Diese sind keineswegs Konfliktbeladen, vielmehr herrscht weite Übereinstimmung zwischen den Generationen. Allerdings berichtet die Studie auch von rückläufigen Gesprächen zwischen Jung und Alt, wie auch von einer Abnahme übereinstimmender Einstellungen, die allerdings statistisch nicht signifikant sind. Der Generationenbericht 2005 gelangt somit zur Schlusserkenntnis, dass die Familie eine äußerst tragfähige Basis bei Hilfs- und Unterstützungsbedarf liefert, allerdings warnt er auch vor der Andeutung einer Abschwächung, die sich in Zukunft noch verschärfen könnte.

Eine besondere Form der Familienbeziehung stellt wohl jene zwischen Großeltern und Enkelkindern bzw. Urenkelkindern dar. Wieners (2005) untersuchte Beziehungen daheim lebender bzw. institutionell untergebrachter Großeltern zu ihren Enkelkindern und belegte die Lebensbereichernde Wichtigkeit intergenerationeller Kontakte in beiden Kontexten, wenn auch Unterschiede zu verzeichnen wären. Im institutionellen Rahmen besteht eine größere Distanz zwischen Großeltern und Enkel- bzw. Urenkelkindern. Ein Grund dafür dürfte im mangelnden Spielraum liegen, der Bewohnern von Institutionen wenig Platz für derartige Begegnungen einräumt. Ausgehend von den überwiegend positiven Erfahrungen und dem Potential für die Lebensgestaltung der Kinder wie auch der Heimbewohner scheinen nach Wieners „Modelle der außerfamilialen Alten - bzw. Kinderarbeit wertvoll, sofern ... die AltenheimbewohnerInnen solche Kontakte befürworten“ (S 194).

5.3 Gesellschaftliche Generationenverhältnisse

Auf gesamtgesellschaftlicher Basis entsteht häufig der Eindruck der primär divergierenden und trennenden Einstellung der Generationen. Medien leisten dazu einen Beitrag, wenn Jung gegen Alt ausgespielt wird, indem es etwa um die Allokation beschränkter finanzieller Güter geht.

Wissenschaftliche Längsschnitt-Untersuchungen kommen allerdings zu einem anderen Ergebnis. Nach der Generationenstudie des BM für Umwelt, Jugend und Familie (Majce, 1998) wurde ein ambivalentes aber dennoch wohlwollendes Verhältnis zwischen den Generationen beschrieben, das allerdings von einem Großteil der Befragten für die Zukunft als „gefährdet“ dargestellt wurde. Konfliktpotential bestünde vor allem dort, wo sich Alt und Jung „als Fremde“ begegneten und das gegenseitige Bild mehr von Stereotypen bzw. Vorurteilen als von persönlicher Kenntnis gefärbt wäre. Dennoch wurde das Konfliktpotential als „gering“ eingestuft. Es wurden keine Feindseligkeiten festgestellt.

Die nachfolgende Studie aus dem Jahr 2005 betonte die meinungsbildende Rolle der Medien in Bezug auf die intergenerationellen Verhältnisse und kam zu folgendem Ergebnis: Während man als Einzelperson das eigene Verhältnis zur jeweiligen anderen Generation als „sehr gut“ bewertet, betrachtet man es auf gesamtgesellschaftlicher Basis als „schwierig und negativ“. Die mediale „Krisen-Rhetorik“ meist zugunsten jüngerer Generationen dürfte an diesem Ergebnis erheblich mitbeteiligt sein. Trotz der häufig einseitig dargestellten Themen, hinter denen man durchaus ökonomische und politische Absichten vermuten könnte, sieht rund ein Drittel der Befragten das Verbindende im Vordergrund. Für ein Viertel steht das Trennende an erster Stelle, der Rest betrachtet die Bilanz als ausgeglichenen. Im Längsschnittvergleich 1998, 2005 kann sogar von einer Abnahme des Konfliktpotentials ausgegangen werden. Das hängt u.a. damit zusammen, dass die ältere Generation keineswegs als „privilegiert“ gilt und daher auch kein Anlass für Neid besteht. Demnach kann hier, wie auch auf familiärer Basis, nicht von Altersfeindseligkeit gesprochen werden.

5.4 Intergenerative Programme

Teilnehmer der UNESCO “International research group on international programmes“ (UIRGIP) erstellten im Jahr 1999 (<http://www.unesco.org/education/uie/pdf/intergen.pdf> vom 21.09.2008) folgende Definition für Intergenerative Programme (IP):

Intergenerational programmes are vehicles for the purposeful and ongoing exchange of resources and learning among older and younger generations for individual and social benefits.

Damit erklärt sich auch der Begriff „Intergenerativ“. Es geht bei intergenerativen Programmen um das Zusammenkommen jüngerer und älterer Generationen. „Inter“ aus dem Lateinischen bedeutet „zwischen“ den Generationen. „Generativ“ oder „Generativität“ meint eine gewisse wohlwollende Haltung älterer gegenüber jüngeren Personen. Der Entwicklungspsychologe Erikson versteht darunter gesellschaftliche Erwartungen an ältere Menschen, die sich in ihren

Sozialkontakten gegenüber jüngeren Generationen als weise, offen, kooperativ und aufgeschlossen zeigen sollen. Lang und Baltes schreiben dazu:

„Von älteren Menschen wird folglich erwartet, dass sie intergenerationelle Beziehungen pflegen, Verantwortung gegenüber den Jungen zeigen, Verantwortung und Macht an die Jungen weitergeben und dabei selbst nicht zur Last fallen, und schließlich, dass sie die kulturelle Identität ihrer Gesellschaft sicherstellen und wahren helfen“ (1997, S 160).

5.4.1 Zweck

Nach der Dignity Foundation in Indien, 2001, erfüllen Intergenerative Programme (IP) folgende Aufgaben:

„Intergenerational programmes and policies are valuable approaches for addressing critical social problems, ensuring the transmission of culture across generations and building strong communities.“ (Dignity Foundation India, 2001)

Dieser Ansatz bringt drei wesentliche Punkte zum Ausdruck.

1. „addressing critical social problems“:

Große demographische, gesellschaftliche, soziale und wirtschaftliche Veränderungen in den entwickelten Ländern dieser Welt beeinflussen das Ausmaß an Interaktionen zwischen den Generationen. Sie bewirken, dass sich die alten und jungen Generationen sowohl auf der Mikroebene als auch auf der Makroebene geographisch wie auch kulturell zunehmend voneinander distanzieren und entfernen. Ein Grund dafür liegt in der „Institutionalisierung“. Diese beginnt bereits in der frühen Kindheit mit der Kinderkrippe und zieht sich über die gesamte Lebensspanne hin bis zum Altenpflegeheim.

Die deutsche Sozialpädagogin Lore Miedaner (2001, S 15) sieht bei aller Notwendigkeit institutioneller Einrichtungen einen bedenklichen Nebeneffekt. Demnach werden die Menschen „je nach Bedarfslage sozialpolitisch organisiert, sauber voneinander getrennt in „Sondereinrichtungen“ einsortiert und dort isoliert voneinander erzogen, gebildet, gepflegt, beschäftigt,

verwaltet“. Entfremdung und Beziehungslosigkeit können als Folge der Isolierung zu Konflikten führen.

Unabhängig von der geographischen Lage sehen sich die entwickelten Länder weltweit mit folgenden Trends und sozialen Problemen konfrontiert (Karl, 2002):

- Einer Ausweitung der Lebensspannweite und damit einem enormen Anstieg der alten Bevölkerung,
- der Notwendigkeit „lebenslangen Lernens“,
- den niedrigen Geburtsraten – Somit steht einer großen Anzahl von Menschen im mittleren und höheren Alter eine geringe von jungen Erwachsenen und Kindern gegenüber,
- der steigenden Anzahl erwerbstätiger Frauen,
- steigende Scheidungsraten – Damit brechen traditionelle Familienmuster auf, Ein-Eltern-Familien und wiederverheiratete Eltern führen zu neuen Familienstrukturen,
- einem unzureichenden, überlasteten öffentlichen Bildungssystem,
- einem steigenden Bedarf nach qualitativ hochwertiger Kinderbetreuung,
- einem steigenden Alkohol- und Drogenkonsum bei Jugendlichen und Erwachsenen,
- einer steigenden Gewaltbereitschaft in Schulen und öffentlichen Räumen,

- einer steigenden Anzahl von Familien mit Unterstützungsbedarf bei Lang- und Kurzzeitpflege für alte, gebrechliche Verwandte,
- einer vermehrten Armutsgefährdung von Kindern in Familien mit niedrigem Einkommen,
- einer Geringschätzung der alten Bevölkerung als „Altenlast“ durch veränderte ökonomische und wohlfahrtsstaatliche Bedingungen,
- veränderten, zunehmend verständnislosen Beziehungen zwischen Jungen und Alten.

2. “building strong communities”

Die ähnlich gelagerten Probleme führten in den entwickelten Ländern zum Bewusstsein, dass den steigenden Herausforderungen nur durch die Solidarität aller Generationen begegnet werden könne und dem sozialen Zusammenhalt besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden müsse. Viele Länder erkennen bereits die Notwendigkeit intergenerativer Programme zur Bewältigung sozialer Probleme.

Die Wichtigkeit intergenerationeller Solidarität wurde bereits 1982 im „Vienna Plan of Action on Ageing“ der United Nations betont. Dieser sollte den einzelnen Ländern zur Strategienentwicklung dienen, um im Umgang mit der stark ansteigenden alternden Population geeignete Maßnahmen in gesundheitlichen, sozialen, familienpolitischen u.a. Belangen zu setzen. In Empfehlung 32 heißt es:

“The involvement of young people -- in providing services and care and in participating in activities for and with the elderly -- should be encouraged, with a view to promoting intergenerational ties”.

(http://www.un.org/ageing/vienna_intlplanofaction.html vom 5.9.2008)

3. “transmission of culture across generations”

Der österreichische Soziologe Leopold Rosenmayr stellte fest (1990, S 75):

„Wenn die älteren Generationen Vergangenes nicht leugnen oder beschönigen, erlauben sie dadurch den jüngeren, Zugang zu anderen geschichtlichen Erfahrungen zu gewinnen. Die Gleichzeitigkeit von Ungleichzeitigen – von früh, später und ganz spät Geborenen – ist eine große Chance für das soziale Wissen. Sie ist noch weitgehend ungenutzt“.

Im Jahr 2002 wurde in Madrid ein überarbeiteter Aktions-Plan zum Thema „Altern“ präsentiert

(http://www.un.org/ageing/vienna_intlplanofaction.html 21.10.2008).

Demnach solle das Potential aller Altersgruppen genutzt werden, speziell die Erfahrung und das Potential älterer Menschen, die ihr Wissen als Mentoren zur Verfügung stellen könnten. Da staatliche Budgets immer weniger Spielraum für den Bildungssektor haben, der Wohlstand eines Landes hingegen im zunehmendem Ausmaß vom Bildungsniveau der Einwohner abhängt, stellen Intergenerative Programme eine wertvolle und ökonomische Variante dar, Bildungsressourcen zu mobilisieren. Gleichzeitig kommt es zu einer Anerkennung der Ressourcenweitergabe nach beiden Richtungen, bei der nicht nur junge Menschen von alten Menschen lernen, sondern auch vice versa, alte Menschen von jungen Menschen profitieren. Lernen wird somit zu einem lebenslangen Prozess, der sich je nach Altersstufe und individueller Neigung in den Bedürfnissen und Interessen unterscheidet.

In den drei angeführten Punkten „soziale Probleme, Solidarität der Generationen und Kultur-, bzw. Bildungsvermittlung“ drückt sich die hohe Erwartung an Intergenerative Programme aus. Auf der Makroebene sollen sie den gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Bedürfnissen, auf der Meso- und Mikroebene den Bildungs- und sozialen Bedürfnissen und auf der individuellen

Ebene den persönlichen, psychologischen und sozialen Bedürfnissen dienen. Zu letzteren Erwartungen wird dann später in der Konzepterstellung detailliert eingegangen.

5.4.2 Arten

IP gibt es in allen Facetten. Eine Systematisierung könnte etwa in der Art erfolgen, indem man zwischen Anbieter und Nutznießer eines Dienstes unterscheidet. Diese Vorgangsweise nach McCrea & Smith (1997, zitiert nach Karl, 2001, S 33) soll den wechselseitigen Profit der beteiligten Generationen nicht in Abrede stellen, aber dennoch aber eine einfache Einteilung ermöglichen. Die nun folgende Aufzählung ist nicht vollständig sondern nur exemplarisch angerissen, um die Vielfalt derartiger Programme zu dokumentieren.

Programme älterer Menschen für Kinder und Jugendliche

Dazu zählen die „Zeitzeugenprogramme“, in denen sich alte Menschen an ihre Jugend erinnern. Kinder und junge Erwachsene bekommen eine Vorstellung darüber, wie es früher zugeht. Schulkinder können im Londoner „Reminiscence Centre“ unter Anleitung älterer Menschen rund eintausend Objekte aus dem Alltagsleben der 30-er bis 40-er Jahre erleben. Wie wurde damals z.B. Wäsche gewaschen?

In Deutschland erfahren Schulkinder auf spielerische Art Wissenswertes über die Vergangenheit mithilfe von „memory boxes“ (Karl, 2002, S 25). Programme wie „Leihomas und Opas“, „BigBrother“, „BigSister“ oder „Adoptionsprogramme“ (bei denen z.B. eine ältere Person von einer Schulklasse „adoptiert“ wird), zielen auf Kinderbetreuung, Erziehung und Mentorenfunktion ab. Leihomas und Opas helfen bei der Hausübung, spielen und plaudern mit den Kindern, gehen mit ihnen spazieren oder sind einfach nur da für die Kinder. „BigBrothers and Sisters“ geben jüngeren Menschen bei Problemen Zuversicht und Rückhalt (Karl, 2002, 27).

Programme von Kindern und Jugendlichen für alte Menschen

Dazu gehören z.B. Besuchsprogramme, bei denen Kinder und Jugendliche ältere Menschen zuhause oder in Institutionen besuchen und an sozialen Aktivitäten mitwirken. Soziale Einsamkeit und Segregation alter Menschen sollen damit vermieden werden. Eine ähnliche Intention verfolgen Programme, wo der Kontakt zu den älteren Menschen auf telefonischer Basis oder mail beruht. Lernprogramme, bei denen jüngere Menschen ältere Menschen in der Anwendung neuer Technologien unterrichten, sind typische Beispiele, wo der Wissenstransfer von jung zu alt erfolgt.

„Wohnprojekte“, wo Alt und Jung unter „einem Dach“ wohnen und gegenseitig Unterstützung leisten, passen in keine der beiden angeführten Kategorien. Sie sind jedoch ein weiteres Beispiel für die ungeheure Vielfalt intergenerativer Programme.

5.4.3 Wissenschaftlicher Kenntnisstand

Im Folgenden soll nun speziell auf die Literatur eingegangen werden, die sich mit Altenheimbewohnern bzw. Altenpflegeheimbewohnern im intergenerationellen Austausch mit Kindern beschäftigt.

Im Deutschsprachigen Raum widmen sich v.a. die Sozialpädagoginnen Miedaner, Greger und Wieners diesem Thema. Welchen Forschungsfragen sie nachgingen, wird nachfolgend geklärt.

Birgit Renate Greger

Greger (1992) untersuchte, ob depressive Pflegeheimbewohner durch intergenerationelle Programme Selbstwirksamkeit erfahren könnten und so den Unkontrollierbarkeitserfahrungen durch institutionelle Rahmenbedingungen etwas entgegenzusetzen hätten.

Sie formulierte die Hypothese, intergenerative Gruppenarbeit bewirke bei den Heimbewohnern eine positive Veränderung. Dabei stützte sie sich auf die Theorie der „erlernten Hilflosigkeit nach Seligman“. Anhand zweier intergenerativer

Gruppen, in denen jeweils ca. drei bis vier hoch betagte Pflegeheimbewohner und ebenso viele Kinder zwischen vier und neun Jahren über einen Zeitraum von dreizehn Wochen teilnahmen, beschreibt Greger die positiven Fortschritte im Verhalten der Hochbetagten, wie auch der Kinder.

Die Bewohner ließen sich von den Kindern gerne zum gemeinsamen Töpfern und Basteln motivieren, was ohne Kinder viel schwieriger gelang, zeigten kein depressives Verhalten während der Aktivitäten und begannen sich für die Lebensrealität der Kinder zu interessieren. Die Bewohner erfuhren ein gesteigertes Selbstbewusstsein, sprachen über aktuelle Themen oder Wünsche (anstelle von der Vergangenheit und ihrer Krankheit zu erzählen) und begannen sich mit ihrer aktuellen Lebenssituation auseinander zu setzen.

Beobachtungsdiagramme belegen neben dem Profitieren der Bewohner auch einen deutlichen Gewinn im Sozialverhalten der Kinder. Diese zeigten bereits nach der dritten Woche ansatzweise bzw. nach der fünften Woche deutlich einen engeren Kontakt (teilweise auch Körperkontakt) zu den hoch betagten Interaktionspartnern, leisteten Hilfestellung und unterhielten sich mit ihnen.

Gregers Hypothese der positiven Veränderung durch intergenerationelle Aktivitäten konnte weitgehend bestätigt werden. Allerdings schränkt sie ein, dass IP nicht bei allen alten Menschen positive Veränderungen hervorrufen könnten und auch nicht alle Kinder gleichermaßen dafür geeignet wären. Somit müsse der Auswahl der Gruppenmitglieder besondere Beachtung geschenkt werden.

Abschließend bemerkt Greger, dass die alten Menschen durch IP Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserfahrung gewinnen könnten und „damit ihr Engagement, das Leben im Heim aktiv mitzugestalten“ (S. 144). Das Unkontrollierbarkeitserleben lasse sich allerdings nicht beeinflussen.

Lore Miedaner

Miedaner beschäftigte sich 1999 eingehend mit intergenerativer Arbeit in über dreißig Einrichtungen. Ihr Resümée besteht darin, dass zwar kaum wissenschaftlich fundierte Aussagen vorlägen, dennoch Arbeitsberichte und

kleine Untersuchungen in der Lage wären, Auswirkungen auf Kinder und alte Menschen festzustellen.

Auswirkungen intergenerativer Programme auf Kinder:

Erzieher berichteten durchwegs positiv, wonach bei regelmäßigen Gruppentreffen schon nach kurzer Zeit gute Kontakte zwischen den Kindern und den alten Menschen entstünden. Diese führten zu intensiven Beziehungen, die auch starke, altersbedingte Veränderungen der Senioren verkraften konnten. Positiv stachen die Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit der Kinder hervor, ebenso wie die kognitive Herausforderung und Bereitschaft zu unterstützendem Verhalten. Die kognitive Auseinandersetzung zeigte sich durch verbal geäußertes Interesse an Altersmerkmalen, aber auch anhand von Themen wie „sterben und Tod“. Einer etwaigen Irritierung der Kinder durch körperlich stark beeinträchtigte alte Menschen konnte durch aufmerksames Beobachten der Pädagogen vorgebeugt werden. Es gab auch Hinweise darauf, dass Kinder besonders verständnis- und liebevoll bei körperlichen und psychischen Abbauerscheinungen der Pflegeheimbewohner reagieren, wenn bereits vorher intensive Beziehungen bestanden hatten.

Auswirkung intergenerativer Programme auf Pflegeheimbewohner:

Das Pflegepersonal konnte folgenden Veränderungen bei Pflegeheimbewohnern beobachten:

- Entstehen neuer Interessen und Kontakte,
- Entwicklung der Persönlichkeit,
- Überdenken eigener Verhaltensweisen,
- Anregung zur Rückschau auf das eigene Leben,
- Stärkung der familiären Bindung und
- Veränderung im Umgang mit Konfliktsituationen

Fasst man es kurz zusammen, lautet das Ergebnis nach Miedaner (2001, S 49): „Intergenerative Kontakte tun alten Menschen gut“ und zwar in Bezug auf kurzfristige und

langfristige Entwicklungen. Allerdings müsse die Überlegung einfließen, ob Kinder im Kontakt mit ausschließlich schwer beeinträchtigten alten Menschen nicht zu einem ausschließlich negativen Altersbild kämen, bzw. positiv formuliert, ob die Integration des alten gebrechlichen und kranken Menschen als selbstverständliches Mitglied unserer Gesellschaft im Weltbild eines Kindes nicht anstrebenswert wäre.

Abschließend stellt Miedaner fest, dass intergenerative Arbeit trotz dünner Materiallage einen verfolgenswerten Ansatz darstellt, zumal Auswertungen eine positive Auswirkung bei Kindern und alten Menschen zeigten, die Lebensqualität beider Generationen verbessert werden könnte, alte Menschen „Generativität“ lebten und Kinder einen Zuwachs an Selbstwertgefühl, Einfühlungsvermögen, Handlungskompetenz und Wissen verbuchen könnten.

Tanja Wieners

Wieners (2005) untersuchte die Bedeutung und Gestaltung von Beziehungen zwischen Großeltern und ihren Enkel/Urenkelkindern im privat- familialen Umkreis bzw. im institutionellem Rahmen, wenn entweder Kinder oder Großeltern im Heim leben. Dabei wurde sowohl die Sicht der Großeltern als auch der Kinder berücksichtigt. Wenngleich nun Beziehungen zwischen leiblichen Großeltern und ihren Enkelkinder nicht Gegenstand dieser Arbeit sein sollen, interessieren dennoch mögliche Auswirkungen durch die unterschiedlichen Lebensräume privat versus institutionell und außerdem, welche Bedeutung und Gestaltungsmöglichkeit alte Menschen bzw. Kinder der intergenerationellen Beziehung zuschreiben. In der Bedeutungszuschreibung und in den Gestaltungsvorlieben liegen möglicherweise wertvolle Hinweise, die sich auch auf außerfamiliäre Beziehungen im institutionellen Bereich übertragen lassen.

Wieners kam in ihrer Studie zum Schluss, dass intergenerative Kontakte für beide Teile bereichernd und wertvoll wären, wenn auch in Abhängigkeit vom Lebensumfeld unterschiedlich. Als besonders gewinnbringend empfanden Enkelkinder im familialen Umkreis:

- die emotionale Zuwendung, Liebe und Freude, die sie durch die Großeltern als wichtige Bezugspersonen erfahren,
- Spaß und Unterhaltung,
- Geschenke erhalten und verwöhnt werden,
- neue Erfahrungen und Einblicke gewinnen

Zu den Lieblingsbeschäftigungen der Kinder zählen v.a.:

- Alltagsbeschäftigungen wie gemeinsames Kochen, Spiele und Karten spielen,
- Geschichten erzählt zu bekommen,
- oder einfach nur „Quatsch machen“

Alltägliche Aktivitäten wie „essen und kochen“ rangierten in der Beliebtheitsskala vor „besonderen und außergewöhnlichen“ Erlebnissen.

Im familialen Umfeld lebende Großeltern schätzten vor allem direkte Interaktionen mit ihren Enkelkindern beim:

- Malen, Basteln, Gesellschaftsspiele spielen, Vorlesen
- Unterhalten, Singen, Kuscheln
- Spazieren gehen, Gartenarbeiten verrichten, in den Tiergarten gehen.

Die Bedeutung der Beziehung lag für die Großeltern in der empfundenen Lebensbereicherung. Die Enkelkinder „halten jung“, sie geben dem Leben Sinn, die Großeltern genießen die Liebe und Zuneigung von den Kindern und empfinden Freude über die Fortsetzung des Lebens, bzw. darüber, Lebensläufe verfolgen zu können, am Heranwachsen und am Fortkommen beteiligt zu sein.

Institutionell untergebrachte Großeltern schätzten hingegen ihre Großelternrolle weniger als zuhause Lebende und beschrieben ihre Beziehung zu den Enkelkindern weniger lebendig und facettenreich. Immerhin konnte die Hälfte

weder eine Lieblingsbeschäftigung benennen, noch, was sie gerne mit den Kindern machen würden, was bisher noch nicht möglich war. Dieses Ergebnis lässt Fragen nach der Tauglichkeit institutioneller Rahmenbedingungen für Besuchskontakte aufkommen, inwieweit diese förderlich oder hemmend wirken. Allerdings ist auch unklar, inwieweit die in Heimen lebenden Menschen durch Einschränkungen, Herkunft oder Lebensalter selbst an den weniger intensiven Beziehungen Anteil haben. Dennoch belegt Wieners Arbeit die weit reichende Bedeutung intergenerativer Kontakte für Alt und Jung, wenn sie auch nach dem jeweiligen Lebensumfeld differiert. Auch findet sie jede Aktivitäten, die beiden Generationen gleich wichtig sind. Dieses Wissen kann bei der Erstellung eines Konzeptes für begleitete intergenerative Aktivitäten zwischen Pflegeheimbewohnern und Kindergartenkindern durchaus hilfreich sein.

Verena Krug

Krug befasste sich in ihrer Diplomarbeit mit der Veränderung der aktuellen Befindlichkeit, dem habituellen Wohlbefinden und der Einstellung geriatrischer Pflegeheimbewohner des Geriatriezentrums am Wienerwald (GZW) zur intergenerativen Integration durch die regelmäßige Teilnahme am Projekt „Granny Kids“.

Hinter dem Projektnamen verbirgt sich eine Gruppe von Bewohnern des GZW und Kindern des Betriebskindergartens der Wiener Kinderfreunde, die sich einmal pro Woche zu gemeinsamen Aktivitäten trifft. Das Projekt startete 1996 mit einer Gruppe und wurde aufgrund des großen Erfolges bereits auf neun Stationen ausgeweitet. Neben dem erklärten Ziel einer verbesserten Lebensqualität der Bewohner sollen die Kinder mit älteren Menschen spielerisch umgehen lernen, sowie ihr Verhalten verstehen und akzeptieren lernen. Mitarbeiter können durch die erweiterte Aufgabenzuteilung zu einer erhöhten Arbeitsidentifikation mit neuer Sinnfindung gelangen.

Krugs Ergebnisse zeigen, dass sich nicht nur das aktuelle Wohlbefinden der Bewohner sondern darüber hinaus eine längerfristige positive Auswirkung durch die Integration der Kinder erzielen lässt. Mit dem Kontakt zu den Kindern

erfahren sie Ablenkung von ihren Sorgen und erleben dadurch eine Auflockerung des Alltags. Der positive Einfluss macht sich auch auf das soziale Umfeld bemerkbar. Es werden Aspekte der Selbstwirksamkeit, Kontrolle und des Konfliktverhaltens durch den sozialen Austausch gefördert. Das positive Feedback durch Kinder oder Betreuer führt zu einem gestärkten Selbstvertrauen der Bewohner, ebenso wie die Möglichkeit sich selbst im Austausch mit der sozialen Umwelt erleben zu können. „Generativität“ erleben die Bewohner, wenn sie davon ausgehen, den Kindern etwas von ihrem Wissen und ihrer Lebenserfahrung vermitteln zu können.

Als wichtige einzuhaltende Punkte intergenerativer Arbeit sieht Krug neben einer entsprechenden Auswahl interessierter Bewohner das Prinzip der freiwilligen Teilnahme und der ausreichenden Rückzugsmöglichkeiten, um dem immer wieder geäußerten Bedürfnis nach Ruhe nachzukommen zu können..

Des Weiteren ist anzumerken, dass die gemeinsamen Aktivitäten Heimweh bei den Bewohnern auslösen können, das mit starken Einsamkeitsgefühlen einhergehen kann. Ein anderer Effekt könnte der verstärkte Wunsch nach häufigeren und individuellen Kontakten zu Kindern sein. Dieser Gefahren sollte man sich bei Beginn eines intergenerativen regelmäßigen Projektes bewusst sein, um gegebenenfalls weder die Bewohner noch die Kinder alleine mit ihren Gefühlen zu lassen. Ein Gespräch mit dem Pflegepersonal kann nach dem Zusammentreffen mit den Kindern Abhilfe schaffen, wenn das Bedürfnis danach geäußert wird.

Ursula Huber

Huber (2005) ging in ihrer Diplomarbeit der Frage nach, ob sich demente Heimbewohner in eine Gruppe mit Vorschulkindern integrieren lassen. Unter Berücksichtigung spezieller Vorbereitungsarbeiten und Vorkehrungen, wie auf etwaige Probleme und Irritationen zu reagieren sei, konnten beim Pilotprojekt positive Tendenzen hinsichtlich des gegenseitigen Verständnisses abgelesen werden. Neben der situativen Freude beider Generationen entwickelte sich ein prosoziales Verhalten der Kinder, zunehmendes Verständnis für die Eigenheiten

der Bewohner, zunehmendes Vertrauen bei Abnahme von Fremdheit und wachsendes Interesse an den alten Menschen im Alters- und Pflegeheim.

5.5 Zusammenfassung

Wenn auch das Problem des wissenschaftlichen Kenntnisstandes in Bezug auf Wirkungen und Folgen Intergenerativer Programme in der Repräsentativität der Studien liegt und sich bestenfalls Fragen für weitere Forschungsanliegen formulieren lassen, führen doch zahlreiche Ergebnisse zur berechtigten Hoffnung „Intergenerative Programme tun alten Menschen gut“ (Miedaner, 2001, S. 49). Auch sind die vorhandenen Studien meist auf einen geringen Zeitraum von wenigen Wochen beschränkt gewesen, sodass eine Langzeitwirkung zu wenig erforscht scheint.

Dennoch dürfte es, um es mit Koch-Straubes Worten wiederzugeben, den Vorschulkindern meistens ganz mühelos gelingen, die „Seele der alten Menschen“ zu berühren. Dies ist eine enorm wichtige Voraussetzung um in weiterer Folge wieder einen Sinn im Leben zu sehen und vorhandene bzw. verloren gegangene Ressourcen zu fördern bzw. wiederzuerlangen. Der Pflegeexperte Erwin Böhm drückte es ganz ähnlich aus, wenn er davon spricht, dass zuerst die „Altersseele bewegt“ werden müsse, bevor das „Bein bewegt werden könne“. Auch dies gelingt den Kindern mit ihrer natürlichen Herangehensweise offensichtlich ganz leicht.

Ebenso besteht die berechtigte Hoffnung, Kinder haben aus der regelmäßigen Begegnung mit Pflegeheimbewohnern nicht nur einen situativen Gewinnzuwachs, sondern darüber hinaus einen Gewinn für ihr Leben, da sie neben der persönlichen Weiterentwicklung ihres Sozialverhaltens auch bedingungslose Fürsorge, Zuneigung und Zuwendung der alten Menschen erfahren können. Wie ein Programm zu regelmäßigen begleiteten Aktivitäten zwischen Pflegeheimbewohnern und Kindergartenkindern aussehen könnte, soll in der folgenden Konzepterstellung für das Haus der Barmherzigkeit deutlich werden.

6 Konzepterstellung

In diesem Kapitel soll ein tragfähiges, realisierbares Konzept zu regelmäßigen begleiteten intergenerativen Aktivitäten zwischen Bewohnern des Haus der Barmherzigkeit und Vorschulkindern des Betriebskindergartens entwickelt werden. Vorerst wird der Konzeptbegriff erklärt, schließlich der Ort des zukünftigen Geschehens vorgestellt um dann in weiterer Folge zu theoretischen Überlegungen überzugehen, die die möglichen Ziele des Vorhabens und die Gestaltungsmöglichkeiten einer Gruppe beschreiben werden.

6.1 Konzept oder Konzeption

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden die Begrifflichkeiten „Konzept“ und „Konzeption“ häufig synonym verwendet. Nach dem Duden Fremdwörterbuch (2003) fällt die Konzeption in ihrer Darstellung allerdings weitaus umfassender und detaillierter aus als das skizzenhafte, inhaltlich begrenzte Konzept.

Die „Konzeption“ leitet sich aus dem Lateinischen „conceptio“ in der Bedeutung „Zusammenfassung, Abfassung“ ab. Dabei geht es um die Erstellung notwendiger Strategien oder Maßnahmen zur Erstellung eines Programms, einer Leitidee oder eines Werkes. Nach Wikipedia (<http://de.wikipedia.org/wiki/Konzeption>) berücksichtigt die Konzeption die notwendigen Informationen und Begründungszusammenhänge und erstellt zudem häufig eine Chancen-Risiken-Abwägung, einen Zeit- Maßnahmenplan sowie eine Ressourcenplanung (Zeit, Geld, Material, Personal). Das Konzept hingegen stellt sich stichwortartig als Rohentwurf dar.

In Anlehnung an die „Konzept und Leitbildentwicklung“ von Pedro Graf und Maria Spengler (2004) wird im folgenden der Begriff des Konzepts verwendet, da die Ausführlichkeit einer Konzeption einerseits den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, andererseits für unnötig erachtet wird. Mitarbeiter des Haus der

Barmherzigkeit haben bereits Vorarbeiten geleistet, sodass darauf bereits zurückgegriffen werden kann. Spengler und Graf sehen im Konzept „Überlegungen zu Zielen, Wegen und Mitteln, die weniger verbindlich und umfassend sind als „Konzeptionen“. Diese geringere Verbindlichkeit ist im vorliegenden Fall von Vorteil, da sich das Konzept mit und an der gelebten Praxis einer bereits bestehenden intergenerativen Gruppe im Haus der Barmherzigkeit entwickeln soll.

Die Funktion des Konzeptes sehen Graf und Spengler (2004, S 108) zum einen in der Gewinnung von Förderern, zum Anderen in der Klärung des Selbstverständnisses der mit der Entwicklung des Konzeptes beschäftigten Personen und der Ziele. Vor allem zweiter Sachverhalt ist in der folgenden Konzepterstellung wichtig, da damit sichergestellt wird, dass nicht eine allzu große Spontaneität und Begeisterung der beteiligten Mitarbeiter die intergenerative Gruppe mangels Präzisierung der Zielrichtung scheitern lassen.

Nach Miedaner (2001) müssen räumliche und personelle Rahmenbedingungen, Zielformulierungen und Überlegungen zu beiden Generationen in ein Konzept miteinbezogen werden. Es gilt Methoden und Arbeitsinhalte festzulegen, aber auch Vorarbeiten zu leisten, bei der die Bedeutung von Kindern und Alten in unserer Gesellschaft bzw. die eigene Position dazu reflektiert werden sollen. Zur Realisierung wird die breite Mitarbeiterbasis bei der Ausarbeitung einzelner Schritte als äußerst wichtig betrachtet. Die Chance eines Erfolges ist umso größer, je mehr zukünftig handelnde Personen von Beginn an involviert werden. Miedaner hält dazu fest (2001, S 58):

„Von geringer Reichweite sind sie (die Konzeptionen, Anm.) jedoch dann, wenn sie – wie es der Realität der durchgeführten Arbeit oft entspricht – nur im Team einer der beiden Einrichtungen, nur von Einzelpersonen aus dem Team oder nur von der Leitung erstellt wurden. So entstehen allzu leicht reine Legitimationskonzeptionen, die als Aushängeschild dienen, aber mit der alltäglichen Arbeit nur wenig zu tun haben“

Das Konzept, das nun im Folgenden erstellt wird, erhebt keinen Alleinanspruch auf Gültigkeit und Realisierung, sondern soll beteiligten Mitarbeitern als Basis

für eine gemeinsame Arbeitsgrundlage und systematische Arbeitsentwicklung dienen.

6.2 Vorstellung Haus der Barmherzigkeit

6.2.1 Gründung und Standorte

Das „Haus der Barmherzigkeit“ wurde 1875 in der Vinzenzgasse im 18. Wiener Gemeindebezirk als Pflegeeinrichtung für chronisch Kranke von Franz Eipeldauer gegründet. Unheilbare Kranke hatten in einer Zeit großer sozialer Nöte keinen Nutzen und wurden damals aus der Gesellschaft ausgestoßen.

Bis heute ist die private, gemeinnützige Langzeitpflegeeinrichtung auf zwei moderne Pflegekrankenhäuser, zwei Pflegeheime und zwölf Wohngemeinschaften für schwer geistig und körperlich behinderte Menschen angewachsen. Die beiden Pflegekrankenhäuser in der Seeböckgasse (16. Bezirk) und Tokiostrasse (22. Bezirk) bieten rund 600 Langzeitpflegeplätze für chronisch kranke Menschen an. Der Standort Vinzenzgasse ist aufgrund der veralteten Bausubstanz derzeit still gelegt und wird voraussichtlich in den kommenden Jahren revitalisiert. In den beiden Pflegeheimen in Wien Liesing und im Niederösterreichischen Kirchstetten werden rund 150 Menschen betreut. Das Haus der Barmherzigkeit steht unter der Patronanz des Erzbischofs von Wien. Dieser hat das Ernennungsrecht für die Institutsdirektoren und den Institutsrat, jedoch keine Eingriffsmöglichkeiten in die operativen Geschäfte oder finanziellen Angelegenheiten der Einrichtung.

Im Folgenden gilt die weitere Beschreibung dem Pflegekrankenhaus in der Seeböckgasse, da sich die Konzeptentwicklung auf diesen Standort beziehen wird. Dazu sei angemerkt, dass das Pflegekrankenhaus in der Tokiostrasse über ähnliche Strukturen verfügt und viele der nun folgend beschriebenen Charakteristiken auch auf diesen Standort zutreffen. Das zu entwickelnde Konzept lässt sich somit in adaptierter Form auch auf diesen Ort übertragen.

6.2.2 Pflegeheimbewohner und Finanzierung

Der Großteil der Bewohner ist weiblich, hoch betagt und leidet unter chronischen, mehrfachen Erkrankungen. Auf den Spezialstationen für Multiple Sklerose bzw. Wachkoma werden auch jüngere Patienten betreut. Zwei Schwerpunktstationen widmen sich der speziellen Förderung dementer Patienten. Die meisten Bewohner der insgesamt zwölf Stationen beziehen Pflegegeld der Stufe drei bis sieben.

In der Regel hat der Bewohner selbst für den Pflegeplatz aufzukommen. Reichen die Eigenmittel aus 80% der Alterspension (ausgenommen 13., 14. Gehalt und einem Basissatz) und dem Pflegegeld nicht aus, gibt es die Möglichkeit der ergänzenden Finanzierung durch den „Fonds Soziales Wien“ der Stadt Wien. Die Handhabung verläuft äquivalent zu den städtischen Geriatriezentren.

6.2.3 Angebot

Das Angebot beinhaltet medizinische und therapeutische Behandlung, sowie umfassende Pflege rund um die Uhr. Allgemeinmediziner, sowie ein Internist und ein Neurologe sind ständig anwesend. In regelmäßigen Abständen kommen Ärzte weiterer Fachrichtungen ins Haus, um den Bewohnern kleinere Untersuchungen oder Behandlungen im Haus zu ermöglichen. Im hauseigenen Diagnosezentrum können Röntgen, Ultraschalluntersuchungen, 24-Stunden-EKG, Langzeitblutdruckmessungen, Magen- und Darmspiegelungen ebenso durchgeführt werden wie kleine chirurgische Eingriffe. Darüber hinaus steht ein breites Angebot an Physio-, Ergotherapie, physikalischer Therapie, Diätetik, Musik- und Psychotherapie, klinischer Psychologie, Logopädie, Kunst- und Tiertherapie zur Verfügung.

Zu den Freizeitmöglichkeiten und sonstigen Angeboten zählen ein hauseigenes Cafe-Restaurant, das auch gerne von Anrainern der Umgebung aufgesucht wird, ein großzügiger, begrünter Dachgarten, ein Friseurgeschäft, eine hauseigene Kapelle sowie die Möglichkeit an zahlreichen Veranstaltungen und Gruppenangeboten teilzunehmen.

6.2.4 Der Betriebskindergarten

Im Privat-Kindergarten KIWI (Kinder in Wien) werden zwei Kindergruppen im Alter von eins bis sechs Jahren geführt. Jede Gruppe umfasst rund 20 Kinder, zwei Pädagoginnen und eine Helferin. Intergenerative Aktivitäten stellen einen Teil des Angebotes im Kindergarten dar. Eltern werden bereits bei Anmeldung ihres Kindes darüber informiert.

Neben gelegentlichen Besuchen der Kinder auf den Pflegestationen wurde bereits vorletztes Jahr mit regelmäßigen Aktivitäten zwischen Jung und Alt begonnen. Diese fanden zunächst alle vierzehn Tage statt. Vergangenen Herbst startete eine neue Gruppe bestehend aus fünf bis sieben geriatrischen Bewohnern und acht bis zehn Kindern. Das Treffen findet nun wöchentlich im Bewegungsraum des Kindergartens statt. Bei der ersten Einheit letzten November wurde das Thema „Familie und Wohnen“ gewählt, um das gegenseitige Kennenlernen zu erleichtern. Zwei Kindergartenpädagoginnen sowie eine Physiotherapeutin des Hauses der Barmherzigkeit planen und organisieren die Zusammenkünfte. Derzeit liegt kein schriftliches Konzept vor. Als Hauptziel nannte eine der Pädagoginnen „miteinander gut umgehen können“, während die Physiotherapeutin die „Steigerung des allgemeinen Wohlbefindens der beteiligten Bewohner“ im Vordergrund sah. Bei der Auswahl der geriatrischen Bewohner durch die Physiotherapie wurde auf eine gute „Durchmischung“ geachtet. In die Gruppe wurden intro- und extrovertierte Personen, sowie Personen mit verschiedenen Krankheitsbildern aufgenommen. Als Aufnahmekriterium diente einerseits die Beobachtung der Bewohner im Warteraum der Therapie, der unmittelbar an den Kindergarten grenzt oder die verbale Abklärung des Interesses. Im Kindergarten wurde Kindern ab drei Jahren frei gestellt, wer an den Treffen teilnehmen möchte. Dadurch kann es bei den Treffen zu einem Wechsel bei den Kindern kommen, während die Bewohner prinzipiell gleich bleiben.

6.3 Ziele

Die Arbeiten von Miedaner, Greger und Krug zeigen (vgl. voriges Kapitel) die Unterschiedlichkeit der angestrebten Ziele. Aus Sicht der alten Menschen steht bei Greger die Erfahrbarkeit von Selbstwirksamkeit als Mittel gegen die Depression im Mittelpunkt. Krug konzentriert sich auf die Verbesserung des aktuellen und habituellen Wohlbefindens. Miedaner führt eine ganze Menge möglicher Ziele an, die sich unter dem Oberbegriff „Persönlichkeitsentwicklung“ zusammenfassen lassen. Um Ziele definieren zu können, soll der Blickwinkel nun auf die altersspezifischen Entwicklungsaufgaben im hohen Alter und Kindergartenalter gelenkt werden. Auch die Frage, ob junge Menschen alten Menschen bei ihren Entwicklungsaufgaben helfen können und umgekehrt, soll zur weiteren Zielfindung behilflich sein.

6.3.1 Altersbedingte Entwicklungsaufgaben

Lang und Baltes folgen dazu einer Einteilung nach Kruse (1996, zitiert nach Lang, Baltes, 1997) und unterscheiden bei den altersbedingten Entwicklungsaufgaben im wesentlichen einerseits zwischen der Aufrechterhaltung einer selbständigen Lebensführung und andererseits der Aufrechterhaltung eines sinnerfüllten, selbstverantwortlichen Lebens.

Eine möglichst selbständige Lebensführung im Alter ist nicht nur vom gesundheitlichen Zustand und von den Umgebungsbedingungen, sondern auch von einem guten, sozial unterstützenden Netzwerk abhängig. Wie früher ausgeführt, dünnen die Netzwerke mit zunehmendem Alter aus und auch die Beziehungsqualität ändert sich. Während jüngere Personen nach Status und Anerkennung streben, steht im Alter die gefühls-emotionsbetonte Beziehung im Vordergrund. Die zu Beginn gestellte Frage nach der Notwendigkeit junger Menschen für die soziale Einbindung alter Menschen kann bejaht werden, wenn junge Menschen diese Emotionalität im alten Menschen hervorrufen können. In diesem Sinn können „leibliche oder auch geistige Enkel“ (Lang, Baltes, 1997)

diese Position einnehmen. Wie befriedigend Großelternschaft sein kann, zeigten bereits die Studien von Tanja Wieners.

Zur Aufrechterhaltung eines sinnerfüllten, selbstverantwortlichen Lebens ist wohl die Bearbeitung und Akzeptanz der eigenen Endlichkeit von elementarer Bedeutung. Diese Entwicklungsaufgabe ist u.a. davon abhängig, inwieweit es gelingt, trotz körperlicher und anderer Verluste eine positive Lebensbilanz zu ziehen (Lang, Baltes, 1997). Junge Menschen können als Zuhörer dabei behilflich sein, wenngleich es vielleicht älteren, erfahreneren Personen leichter fällt, damit umzugehen. Zugleich mit der Akzeptanz der eigenen Endlichkeit ist die Ausübung von Generativität ein Hauptthema für die Aufrechterhaltung eines sinnerfüllten, selbstverantwortlichen Lebens.

Je nach Bedeutung des Generativitätsbegriffes ist auch der Zusammenhang zur jungen Generation unterschiedlich. Generativität im Sinne von „Werte über das eigene Leben hinaus“ schaffen, kann die Jugend miteinbeziehen, muss es aber nicht, da das Leben überdauernde Werte auch ohne junge Menschen geschaffen werden können. Geht es hingegen um die Wahrung kultureller Identität, um die Weitergabe von Werten, Normen und Wissensbeständen sind intergenerationelle Kontakte und Beziehungen zwingend notwendig, um Erfahrung und Wissen an jüngere Generationen weiter zu geben. Die Wahrung kultureller Identität bezweckt den Fortbestand der Menschheit, wie auch des sozialen Gemeinwesens (Lang, Baltes, 1997) und richtet sich an die jüngeren Generationen. Die Alten stellen eine Brücke zur Vergangenheit dar, Neues kann ins Alte integriert werden, ohne wieder von vorne beginnen zu müssen. Die Menschheit muss sich nicht fortwährend neu erfinden.

Der dritte Aspekt der „Selbstbescheidung und Selbstverantwortlichkeit“ scheint auf den ersten Blick nicht der jüngeren Generationen zu bedürfen, geht es hier doch vordergründig darum, jüngeren Generationen nicht zur Last zu fallen oder die Belastung so gering als möglich zu halten. Dies kann den Verzicht auf primäre Kontrolle bedeuten, indem soziale Rollen und bisher gelebte Verantwortung auf

jüngere, nachkommende Generationen übergehen. Indem die Jungen in der Verantwortung nachrücken, manifestiert auch in diesem Zusammenhang eine Verbindung zur jüngeren Generation.

Bei der angestrebten Gruppe zwischen geriatrischen Pflegeheimbewohnern und Vorschulkindern kommen von den angesprochenen Möglichkeiten vor allem die Integration ins soziale Netzwerk und das Ausleben von Generativität durch Weitergabe kultureller Identität, also von Werten oder Normen, in Frage. Anders ausgedrückt: Kinder können alten Menschen sinnstiftende und befriedigende Erlebnisse vermitteln, indem sie emotionale Beziehungen und Freundschaften entwickeln und Erfahrungen der Alten aufnehmen.

6.3.2 Kindheitsbedingte Entwicklungsaufgaben

Nach Erikson (1991) besteht die grundlegende Aufgabe der frühen Entwicklungsjahre in der Ausbildung von Vertrauen, Autonomie und Initiative. Miedaner (2001) sieht in Anlehnung an Krappmann (1973) v.a. folgende Entwicklungsaufgaben:

- die Ausbildung von Bindungs- Beziehungs- und Empathiefähigkeit,
- die Ausbildung der Rollen- und Geschlechteridentität,
- die Entwicklung eines Wissens-, Erfahrungs-, und Handlungsrepertoires durch Auseinandersetzung mit der Umwelt und damit Gewinnung von Autonomie,
- die Bewusstseinsbildung für geltende Werte und Normen in der Gesellschaft sowie
- die Verarbeitung von Misserfolgen, Übernahme von Verantwortungsbewusstsein und Entwicklung eines Realitätssinnes.

Für die angeführten Aufgaben ist ein Austausch mit der sozialen Umwelt unumgänglich. Inwieweit ältere Personen diese Aufgaben übernehmen müssen, ist nicht ganz klar. Krappmann (1997, S 191) schreibt von der „Brücken-Hypothese“ in der Entwicklungspsychologie. Demnach sind nahe und vertraute Personen wie Großeltern wichtig, weil sie Kindern durch ähnliche Vorgangsweisen wie die

Eltern eine Brücke in die soziale, noch weitgehend unbekannte Welt bauen. Sie lernen Eigenarten ihrer Großeltern und unterschiedliches Verhalten zu ihren Eltern kennen und erlangen dadurch die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, zur Toleranz für Anderswertigkeit und Verhaltenskontrolle. Kinder erhalten dadurch die Möglichkeit, Erworbenes auf einer breiteren Basis anzuwenden und zu erweitern. Dies dient der Erweiterung von Wissen und Erfahrung und somit eindeutig der Unterstützung kindlicher Entwicklungsaufgaben.

Indem alte und gebrechliche Großeltern auf unterstützendes und solidarisches Verhalten angewiesen sind, erfahren die Kinder, dass sie gebraucht werden. Sie erleben dadurch den menschlichen Prozess des Alterns und des „Aufeinander-Angewiesenseins“.

Krappmann bezieht alle Aussagen auf leibliche Großeltern. Es besteht allerdings die berechtigte Hoffnung, dass auch nicht verwandte Personen die angesprochene Brückenfunktion erfüllen können. Allerdings ist die gute emotionale Beziehung zwischen den beiden Generationen eine notwendige Voraussetzung für die positive Einstellung gegenüber den alten Menschen trotz körperlicher und psychischer Gebrechen. Das einseitige Bild des Defizits lässt sich dadurch verhindern, sodass Kinder auch die wertvollen Eigenschaften an den gebrechlichen Menschen erkennen können.

Miedaner (2001, S 36) betont den Aspekt des Hineinwachsens in Werte und kulturelle Traditionen, zu denen auch die Versorgung hilfsbedürftiger Menschen und ehrenamtliches Engagement gehören. Ähnlich wie Krappmann sieht auch Miedaner den Wissens- und Erfahrungszuwachs, indem Kinder das Älterwerden in ihr Weltbild integrieren können. Eigenes Altern wird dadurch anders und bewusster gestaltbar, als wenn man keinen Kontakt mit SeniorInnen außerhalb der Familie gehabt hätte. Miedaner hofft so auf eine langfristige Wirkung auf die Gesellschaft, indem sich Kinder später als Erwachsene aktiv für den fairen Ausgleich zwischen den Generationen einsetzen.

Die Vorbildfunktion älterer Erwachsener bei der Bewerkstelligung angeführter Entwicklungsaufgaben scheint plausibel, wenn nicht sogar unersetzlich. Zur Bewusstseinsbildung für geltende Werte und Normen, Ausbildung von Rollen und

Geschlechteridentität, aber auch zur Entwicklung eines Wissensschatzes braucht es die Orientierung an älteren Personen. Geriatrische Pflegeheimbewohner können diese Entwicklungsaufgaben durch ihr großes Zeitbudget und ihre Zuneigung zu Kindern unterstützen.

6.3.3 Zielformulierung auf unterschiedlichen Ebenen

Ziele ergeben sich aus den bewussten und unbewussten Zielen der Gruppenmitglieder, den Zielen des Gruppenleiters, sowie des Trägers. Die Kombinationen an verschiedenen Wünschen und Erwartungen können sich widersprechen, übereinstimmen oder einander ergänzen. Unter „unbewussten Zielen“ ist gemeint, dass Mitglieder ihre Motivation oder Beweggründe oft nicht genau wissen oder auch nicht äußern können.

Ziele können auf unterschiedlichen Ebenen formuliert werden. Miedaner unterscheidet fünf Zieldimensionen: gesellschaftlich, institutionell, sozial, individuell und ethisch. Manche Ziele lassen sich auf den verschiedenen Ebenen mehrmals einordnen. Nachstehend sollen bereits solche Ziele formuliert werden, die für das spezielle Setting des Hauses der Barmherzigkeit geeignet sind. Soziale und individuelle Ebene werden nachstehend zusammengefasst, weil die Ziele nahezu deckungsgleich sind.

Gesellschaftlich

- Abbau von Barrieren, Ablegen von Fremdheit und von Vorurteilen
- Kennenlernen altersspezifischer Eigenheiten und Entwicklung von Toleranz
- Förderung eines Verständnisses für alters- bzw. kindgerechte Bedürfnisse
- Jugend-/Altersbilder erweitern
- Weitergabe von Werten und Traditionen
- Miteinander von Jung und Alt fördern

Institutionell

- Weitere Öffnung des Hauses der Barmherzigkeit
- Schaffen einer einladenden, lebendigen Atmosphäre
- Anreiz für Besucher
- Entgegenwirken von Gefühlen der Isolation und Einsamkeit sowie Langeweile bei den Bewohnern
- Schaffung von intergenerativ-beziehungsförderlichen Bedingungen, Gelegenheiten und räumlichen Gegebenheiten sowie personellen Ressourcen

Sozial und individuell aus Sicht der Bewohner

- Freundschaften und sinnstiftende Beziehungen entwickeln
- Selbstwirksamkeit erfahren und Selbstvertrauen zu eigenen Fähigkeiten gewinnen
- Die Erfahrung von Geben, Nehmen und Dazugehören machen
- Lebensfreude, Lebensqualität und Aktivität erfahren
- Neue Interessen, Standpunkte, Motivationen gewinnen
- Eine andere Perspektive erleben
- Erinnerungen wiederbeleben

Sozial und individuell aus Sicht der Kinder

- Erfahrungshorizont durch Kennen lernen alter Menschen erweitern
- Altersbilder korrigieren
- Rücksichtsvolles Handeln und Unterstützung geben lernen
- Zuneigung und Freundschaft erleben
- Über Vergangenes erfahren
- Spaß und Abwechslung erleben

6.4 Gruppenaufstellung

Da im Folgenden ein Konzept für eine intergenerative Gruppe von Bewohnern und Kindergartenkindern erstellt werden soll, hängt ein großer Teil des Gelingens von der Gruppenaufstellung ab. Da es ganz verschiedene Unterscheidungsformen bei Gruppen gibt, werden im Folgenden die Charakteristiken der angepeilten Gruppe herausgearbeitet, die den angestrebten Zielen förderlich sein können.

6.4.1 Gruppenart und Typ

Zur Klassifizierung der angestrebten Gruppe bieten sich die Kriterien therapeutisch oder sozial, natürlich oder zusammengestellt, offen oder geschlossen an.

Radebold (et al, 1989, zitiert nach Greger, 1992) unterscheidet zwischen „interessens-, aktivitäts-, und programmorientierten Gruppen einerseits und therapeutischen Gruppen andererseits. Bei der therapeutischen Gruppe leitet ein therapeutisch erfahrener Sozialarbeiter, Arzt oder Psychologe die Gruppe. Die in kurzen Intervallen stattfindenden Treffen dienen dem Zweck „Störungen“ und Krankheiten zu behandeln, um die Leiden der Gruppenteilnehmer mithilfe spezifischer Gruppeninteraktionen zu mildern.

Im Unterschied dazu ist soziale Gruppenarbeit nach Giesela Konopka (2000) eine Methode der Sozialarbeit „die den Einzelnen durch sinnvolle Gruppenerlebnisse hilft, ihre soziale Funktionsfähigkeit zu steigern und ihren persönlichen Problemen, ihren Gruppenproblemen oder den Problemen des öffentlichen Lebens besser gewachsen zu sein.“

Da die angestrebte intergenerative Gruppe „interessens-, aktivitäts-, und programmorientiert ist, um u.a. die soziale Funktionstüchtigkeit der Teilnehmer zu erhöhen, handelt es sich beim angestrebten Konzept um die Methode der sozialen Gruppenarbeit. Daraus ergibt sich, dass die Mitglieder im Gegensatz zu einer natürlichen Gruppe, wie sie z.B. in einer Familie oder in einem Freundeskreis besteht, nach bestimmten Kriterien ausgewählt werden. Es handelt sich daher um eine zusammengesetzte Gruppe.

In der Fachliteratur wird immer wieder die Wichtigkeit der freiwilligen Teilnahme an der Gruppe betont. Nun zielt die angestrebte intergenerative Gruppe u.a. darauf ab, Beziehungen zwischen Pflegeheimbewohnern und Kindern zu ermöglichen und zu vertiefen. Dies ist allerdings schwer möglich, wenn die teilhabenden Personen innerhalb der Gruppe ständig wechseln. In diesem Fall ist die Bildung einer geschlossenen Gruppe anzustreben, da die Voraussetzung zur Vertrautheit oder Konformität nur bei einer Kontinuität gleich bleibender Personen gewährleistet ist. Die Form einer „geschlossenen Gruppe“ bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Bewohner und Kinder ihr Engagement für die Gruppentreffen nach einer Einführungsphase überprüfen können, jedoch nicht die erzwungene Teilnahme. Es ist sogar davon auszugehen, dass Teilnehmer durch Krankheit, Unwohlsein oder andere Gründe ausfallen können und werden.

Die Kindergartenpädagoginnen haben sich bei der bereits existierenden intergenerativen Gruppe im Haus der Barmherzigkeit zu einer offenen Gruppe entschlossen, um allen Kindern ab drei Jahren den Zugang zu ermöglichen. Es kann also bei den wöchentlichen Treffen seitens der Kinder zu einem Wechsel kommen. Inwieweit sich dies nachteilig auf die Beziehungsentwicklung auswirken wird, bleibt abzuwarten.

6.4.2 Grundannahmen sozialer Gruppenarbeit

Soziale Gruppenarbeit geht davon aus, dass der Mensch nicht nur ein Individuum ist, sondern sein ganzes Leben mit Ausnahme der ersten Lebenswochen nach sozialer Zugehörigkeit zu einer Gruppe strebt. Dieses Bedürfnis beginnt in der frühen Kindheit und setzt sich bis ins hohe Alter fort. Die Stärke einer hilfreichen, durch Zusammengehörigkeitsgefühl geprägten Gruppe liegt in der Dynamik der wechselseitigen Beziehungen und Interaktionen der Gruppenmitglieder sowie in den Rollen und Freundschaften, die sich aus den wechselseitigen Beziehungen ergeben können (vgl. Konopaka, 2000, Northen, 1973). Lieben und geliebt zu werden, die Gelegenheit, etwas geben und empfangen zu können, abhängig sein und Abhängigkeit schaffen, sind menschliche Grundbedürfnisse, die in keinem Alter enden. Ungeachtet verringerter körperlicher oder geistiger Fähigkeiten sehnt

sich auch der alte Mensch nach aktiver sozialer Teilhabe und dem Gefühl des „Dazugehörens“. Die Integration in den Gruppenprozess bedeutet eine mögliche Veränderung der Persönlichkeit durch das Aufkommen neuer Ideen, Standpunkte, Erfahrungen und emotionaler Reaktionen (Northen, 1973, S. 31.) und somit eine Chance zur Weiterentwicklung.

6.4.3 Auswahl der Teilnehmer

Wie bereits festgestellt, handelt es sich bei der angepeilten Gruppe um eine interessens-, aktivitäts-, und programmorientierte, zusammengestellte möglichst geschlossene Gruppe. Allerdings sagt dies noch nichts über die notwendigen Eigenschaften aus, damit die Teilnehmer individuell und als Gruppe profitieren können. Northen (1973) geht davon aus, dass die Gruppe für ihre Mitglieder dann förderlich ist, wenn

- ein gemeinsames Ziel vorhanden ist,
- die Rolle der Mitglieder kollaborativ ist,
- die Beziehungen gekennzeichnet sind durch ein Überwiegen positiver Bindungen sowie wechselseitige Abhängigkeit zwischen den Mitgliedern,
- die Kommunikation frei und offen ist
- die Werte der Gruppe eine gesunde Entwicklung adaptiver Verhaltensmuster fördern

Daraus ergibt sich, dass die Gruppe ganz stark von den Beziehungen und Interaktionen lebt, die sich zwischen den einzelnen Mitgliedern ergeben werden. Die Zusammensetzung darf somit nicht dem Zufall überzulassen werden, vielmehr hängt davon ab, ob eine hilfreiche und förderliche oder eine wirkungslose oder gar schädliche Gruppe entsteht. Ein Erfolg oder Misserfolg ergibt sich aus der Auswahl des Gruppenleiters, der Bewohner und Kinder.

6.4.3.1 Anforderungen an den Gruppenleiter

Die Anforderungen an die Gruppenleitung sind vielfältig und anspruchsvoll. Nach Greger (2001) sind gerontologische und pädagogische Kenntnisse sowie ein

Wissen über intergenerative Arbeit und soziale Gruppenarbeit von Vorteil. Es sollte Motivationsfähigkeit, Engagement, Organisationsgeschick, Empathie-Kooperationsfähigkeit und Durchsetzungsvermögen vorliegen. Zur Realisierung einer intergenerativen Gruppe ist die Unterstützung durch Vorgesetzte und Mitarbeiter notwendig, sowie Zeit, in der die Planung erfolgen kann.

Konopka zufolge (2000) muss der Gruppenleiter über die verschiedenen Phasen einer Gruppenentwicklung Bescheid wissen, Gruppendynamik, Prozesse und Rollen der Teilnehmer wahrnehmen können, die Wichtigkeit der Gruppenbindung in Abhängigkeit von Gruppenziel und Gruppenleben erkennen, sowie über Konfliktlösungsmöglichkeiten und Entscheidungsfreude verfügen.

Lowy (1971, S 57) sieht den Gruppenleiter als Befähiger und Beschaffer von Möglichkeiten, Tätigkeiten, Veränderungen in der Umwelt und dem menschlichen Element „das die erwarteten Reaktionen bei älteren Menschen hervorrufen soll“.

Für Miedaner ist die Haltung der Gruppenleitung wichtig. Diese ist geprägt durch eine Vorbildfunktion, dem Prinzip von Freiwilligkeit bei den Teilnehmern, durch Fürsorgekultur und den Verzicht auf Funktionalisierung von Gruppenteilnehmern.

6.4.3.2 Bewohner

Bei der Auswahl der Bewohner stellt sich die Frage, wer für eine intergenerative Gruppe in Frage kommt und welche Überlegungen anzustellen sind.

Als erster Anknüpfungspunkt bieten sich die Zielformulierungen an. Wie schon bereits früher erwähnt, ergeben sich diese aus den bewussten und unbewussten Zielen der Teilnehmer, den Unternehmenszielen sowie den Zielen des Gruppenleiters. Wenn bei den einzelnen Mitgliedern ähnliche Beweggründe zur Teilnahme an der Gruppe bestehen, stimmt auch das Gruppenziel weitgehend überein. Dies stellt wiederum die Voraussetzung für das Entstehen einer Gruppenbindung dar, in der sich das einzelne Mitglied aufgehoben fühlt und aus

sich herausgehen kann. Die Chancen einer für die Teilnehmer förderlichen Gruppe steigen dadurch.

Northen (1973) zufolge soll bei der Auswahl der Teilnehmer gleichermaßen Homogenität und Heterogenität gewährleistet sein. Es braucht homogene Eigenschaften um die notwendige Stabilität in der Gruppe zu schaffen und Heterogenität, um die Vitalität zu sichern. Kein Mitglied soll sich in wichtigen Eigenschaften extrem von anderen unterscheiden, um einen „Schock-Effekt“ zu vermeiden.

Nach Lowy (1973) sind u.a. folgende Faktoren bei körperlich, sozial und emotional beeinträchtigten Personen zu erheben:

- Vitalität, gemessen an den Ermüdungsgrenzen und der Fähigkeit, sich ungehindert zu bewegen,
- Das Ausmaß der Seh-, Hör- und Gehbehinderung,
- Die Fähigkeit zu zwischenmenschlichen Kontakten,
- Anzahl und Qualität bestehender Beziehungen der gegenwärtigen Lebenssituation

Miedaner (2001) sieht v.a. den Willen zur Beteiligung, Gewohnheiten, den Gesundheitszustand, ein gewisses Maß an Selbstständigkeit und Handlungswillen als wichtige Auswahlkriterien. Als günstig erachtet sie, wenn eine aktivere Person an der Gruppe beteiligt ist, an der sich andere Teilnehmer orientieren könnten. Dies entspreche nach Northen dem Grundsatz von Homogenität und Heterogenität, wonach gleichzeitig Stabilität und Vitalität gewährleistet werden könne.

Greger (2001) bezeichnet das Auswahlverfahren bei psychisch erkrankten Personen als besonders bedeutungsvoll – Demnach sind Bewohner mit schweren Depressionen oder hochgradiger Demenzerkrankung nicht integrierbar –

ausschlaggebend für eine Teilnahme oder einen Ausschluss sind:

- Die Biografie und Gewohnheiten des Teilnehmers
 - Eigene Kinder, Enkelkinder
 - Interesse an Kindern
 - Früherer Beruf
 - Einzelheiten aus der Biografie
 - Rolle im Dritten Reich
- Interesse an Kommunikationsfördernden Aktivitäten
- Die Ausdauer, um an den festgelegten Treffen teilzunehmen
- Das Ausmaß körperlicher Erkrankungen – schwerst Pflegebedürftige und dauerhaft bettlägerige Bewohner sind in eine herkömmliche Gruppe nicht integrierbar
- Kommunikationsfähigkeit, Mobilität, Ausmaß benötigter Hilfsmittel wie Hörgerät, starke Brille
- Ungewöhnliche Verhaltensweisen, die andere Teilnehmer verunsichern können

6.4.3.3 Kinder

Bei der Auswahl der Kinder können Alter und Entwicklungsstand aber auch soziale Faktoren eine Rolle spielen.

Miedaner (2001) sieht hauptsächlich die Gruppe der vier- bis siebenjährigen Kinder als potentielle Teilnehmer, da die Kinder dann meist über ein gewisses Maß an Einsichtsfähigkeit und soziale Kompetenz verfügen. Jüngere Kinder eignen sich demnach besser zur Teilnahme an offenen Arrangements, etwa in der Art, dass Bewohner und Kinder ein gemeinsames Frühstück einnehmen, oder Bewohner an Alltagsaktivitäten der Kinder teilnehmen.

Kriterien können sich aber auch aus sozialen Hintergründen ergeben, z.B. Kinder werden bevorzugt ausgewählt, weil sie wenig bis gar keinen Kontakt zu ihren

Großeltern oder älteren Personen in ihrer Umgebung haben, oder weil sie sozial unsicher sind.

Greger (1992, 2001) erachtet den Entwicklungsstand, das Interesse an alten Menschen, eine gewisse Selbständigkeit und die Vorlieben als wichtige Kriterien für eine Teilnahme an einer intergenerativen Gruppe.

Northen (1973) betrachtet Kinder aus kinderreichen, sozial benachteiligten Familien als problematisch, da diese oft nicht fähig wären, enge Beziehungen in kleinen Gruppen einzugehen. Greger (1992) widerlegte diese Vermutung in ihrer Studie: „Vielmehr entstand der Eindruck, dass diese Kinder vorbehaltloser auf die alten Menschen zugehen und so schneller einen intensiveren Kontakt aufbauten im Gegensatz zu den Mittelschichtkindern der ersten Gruppe“.

6.4.3.4 Zusammenfassung

Die Frage nach der Auswahl geeigneter geriatrischer Teilnehmer an einer intergenerativen Gruppe lässt sich nicht pauschal beantworten. Die Teilnehmer sollten über eine gewisse Kontakt- und verbale Kommunikationsfähigkeit sowie Selbständigkeit verfügen. Persönliche Erwartungen, Interessen und Ziele der potentiellen Person müssen sich mit den Gruppenzielen vereinbaren lassen. Bei geringfügig beeinträchtigten Personen mit entsprechendem Interesse an Kindern mag die Entscheidung zur Auswahl leicht fallen, schwieriger wird es, wenn es sich um Menschen mit depressiven oder dementen Ansätzen handelt. Hier sind das Ausmaß und sonstige Beeinträchtigungen oder Verhaltensauffälligkeiten zu berücksichtigen. Ausschlussgrund sollte es a priori aber nicht sein.

Bei den Kindern gelten v.a. der Entwicklungsstand und das Interesse als wichtige Determinanten für eine Teilnahme, vorausgesetzt die Eltern sind damit einverstanden. Soziale Faktoren können bei der Auswahl mit einbezogen werden. Demnach würden Kinder aus Familien mit wenig oder keinem Kontakt zu Großeltern oder älteren Personen bevorzugt in die Gruppe aufgenommen werden.

6.4.4 Gruppengröße, Zeitrahmen und Treffpunkt

Prinzipiell gilt: Je größer eine Gruppe ist, desto anonymere gestalten sich die Beziehungen einzelner Mitglieder untereinander. Je kleiner eine Gruppe ist, desto mehr werden die einzelnen Mitglieder einbezogen. Da es bei der intergenerativen Gruppe u.a. darum geht, möglichst enge Beziehungen und Freundschaften zwischen Jung und Alt zu ermöglichen, ist eine kleinere, überschaubare Gruppe angesichts des hohen Alters der Bewohner und des extrem jungen Alters der Vorschulkinder einer größeren Gruppe vorzuziehen. Ist die Anzahl der Teilnehmer allerdings zu gering bemessen, besteht die Gefahr der Auflösung der Gruppe durch Abwesenheit oder Ausscheiden einzelner Mitglieder.

Greger entschied sich in ihrer Interventionsstudie für drei bis vier Heimbewohner und ebenso viele Kinder. Nach Northen beeinflusst (1973, S 120) das Lebensalter der Teilnehmer die Größe der Gruppe. Demnach gelte es die kleinen Kinder nicht zu erregen und zu verwirren, in einer Gruppe, die ihnen zu groß vorkommt.

Miedaner sieht die Gruppengröße in Abhängigkeit von den Inhalten. Während sich Großgruppen (20-60 Personen) sowie mittlere Gruppengrößen (10–20 Teilnehmer) für bestimmte Aktivitäten wie Singen, Gymnastik, Sitztanz oder ähnliches eignen, sind Kleingruppen von bis zu fünf Kindern und Senioren für gemeinsames Kochen, Backen, Basteln, Malen oder Gärtnern geeignet. Kinder fänden zudem in der Kleingruppe mehr Beachtung, könnten konzentrierter arbeiten und an etwas Interessantem teilhaben.

Die Häufigkeit, Dauer, der Zeitpunkt und die Anzahl der Treffen hängen einerseits von den Personalressourcen, institutionellen Rahmenbedingungen (Therapien, Pflegehandlungen) und Intentionen ab, andererseits von den Bedürfnissen der teilnehmenden Bewohner und Kinder.

Greger entschied sich in ihrer Interventionsstudie für einstündige wöchentliche Treffen, da Bewohner und Kinder ihre Eindrücke bis zum nächsten Mal gut verarbeiten konnten. Zudem hielten sich Ermüdungserscheinungen der alten

Menschen bzw. das Bedürfnis der Kinder nach längeren Bewegungsphasen innerhalb einer Stunde in Grenzen. Als passenden Zeitpunkt schlägt Greger die Vormittagsstunden bei dementen Personen vor, weil sie aufnahmebereiter als am Nachmittag wären, hingegen eigne sich der Nachmittag besser für depressive Bewohner, die ihr „Morgentief“ dann überwunden hätten. Demgegenüber stehen allerdings die Gewohnheiten der Kinder und ihrer Eltern. Speziell jüngere Kinder werden bald nach dem Mittagessen abgeholt und stehen für eine Teilnahme dann möglicherweise nicht mehr zur Verfügung.

Zur Festlegung der Anzahl von Treffen meint Northen, dass die Zusammenkünfte über mehrere Monate sinnvoll wären, „um solche Beziehungen für sich und andere nutzbar zu machen, um Probleme zu bewältigen und positive Ergebnisse zu festigen, ehe die Gruppe aufgelöst wird“ (Northen, 1973, S. 122) .

Auch die Auswahl eines geeigneten separaten Raumes und der Atmosphäre trägt ausschlaggebend zum Erfolg oder Misserfolg der Gruppe bei. Die Frage, ob Bewohner in die Einrichtung des Kindergartens kommen sollen oder umgekehrt, hängt von den körperlichen Einschränkungen der Bewohner ab. Als erste Wahl, bietet sich nach Möglichkeit der Besuch im Kindergarten an, da Bewohner dadurch bereits eine Abwechslung von ihrem alltäglichen Leben im Heim erfahren. Der Raum selbst sollte nach Greger hell, freundlich, ruhig, mit ansprechendem Mobiliar und bequem ausgestattet, und zudem gut erreichbar sein. Ein Sesselkreis fördert die Entwicklung der Beziehungen.

Nach Northen (1973) ist der Sesselkreis ein Symbol der Beziehungen und der Nähe. Der Abstand zwischen den Sesseln lässt Nähe oder Entfernung erkennen. Auch mit geringen Mitteln kann eine Atmosphäre geschaffen werden, die harmonisch, unterstützend und Vertrauen erweckend auf die Teilnehmer wirkt.

Miedaner (2001, S. 101) schlägt das Abwechseln der Räumlichkeiten von Kindergarten und Pflegeheim in Abhängigkeit vom gesundheitlichen Zustand der Bewohner vor. Bei Desorientiertheit der Bewohner eignet sich allerdings ein fix vorgegebener Raum besser. Auch die Frage, welcher Raum gewählt wird, hängt vom Ziel ab. Eine Gruppe kann in einem separaten Raum ungestört und konzentriert arbeiten, hingegen können im Aufenthaltsraum Impulse für andere,

schwer mobilisierbare Bewohner gesetzt werden. Im Fall der angepeilten Gruppe eignet sich der separate, ungestörte Raum zweifelsohne besser für die Erreichung der Ziele. Die Sitzordnung soll Sympathien und Freundschaften zwischen Kindern und Bewohnern berücksichtigen.

6.4.5 Gruppenphasen

Bis die Individuen einer zusammengestellten Gruppe ein Gefühl der Zusammengehörigkeit entwickeln, benötigt es Zeit (vgl. Northen, S. 64). Die Gruppe durchläuft verschiedene Stadien, die in der Literatur als „Phasen“ beschrieben werden. Jede einzelne ist geprägt durch die Veränderung der Verhaltensweisen, Beziehungen, Normen und Werte der einzelnen Mitglieder.

Für den Gruppenleiter und die beteiligten Mitarbeiter sind Kenntnisse über die verschiedenen Phasen einer Gruppenentwicklung wichtig, um Maßnahmen planen zu können, die bei der Verwirklichung der Gruppenziele behilflich sind. Die in der Literatur beschriebenen Phasen sind dabei lediglich als Richtlinien zu verstehen, da keine Gruppe exakt dem beschriebenen Verlauf folgen wird. Auch die Geschwindigkeit mit der die einzelnen Phasen durchlaufen werden, variiert je nach Gruppe.

Da die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Phasenbeschreibungen und Bezeichnungen einzelner Autoren in der gegenwärtigen Arbeit zu weit führen würde, sei nur kurz auf die Arbeiten von Greger (2001, S 140) und Northen verwiesen. Greger unterscheidet Anfangs-, Arbeits-, und Schlussphase in denen Stadien der Fremdheit, Vertrautheit, Konformität und Auflösung eintreten.

Northen (1973) beschreibt sehr detailliert fünf Phasen, die sich aus der Planung und dem Aufnahmeverfahren einer Gruppe, der Orientierung, dem Erkunden und Prüfen, der Problemlösung und der Schlussphase zusammensetzen.

6.5 Programmplanung

Gerade zu Beginn regelmäßiger Treffen sind die Gruppenteilnehmer häufig gehemmt, verhalten sich abwartend und zurückhaltend. Welche Aktivitäten eignen sich daher, um das „Eis zu brechen“, Spaß und Freude zu erleben, den Erfahrungshorizont der Kinder zu heben und das Erinnern und Aktivieren vorhandener Fähigkeiten der hoch betagten Menschen zu fördern?

In Tanja Wieners Studie (siehe Kapitel 5.4.4) zählten Alltagsbeschäftigungen wie gemeinsames Kochen, spielen, Geschichten anhören oder einfach nur „Quatsch machen“ zu den Lieblingsbeschäftigungen der Kinder. Großeltern schätzten vor allem direkte Interaktionen mit ihren Enkelkindern beim Malen, Basteln, Gesellschaftsspiele spielen, Vorlesen, Unterhalten, Singen, Spazieren gehen und Gartenarbeiten verrichten.

Miedaner schlägt ein breites Spektrum an gemeinsamen möglichen Aktivitäten vor. Dazu zählen kochen und backen, spielen, turnen, basteln, vorlesen, erzählen, gemeinsam frühstücken, singen und musizieren, Bildnerisches gestalten, gemeinsame Spaziergänge und Gartenarbeit. Die einzelnen Tätigkeiten eignen sich unterschiedlich für die Förderung spezieller Eigenschaften und Fähigkeiten. So kann z.B. beim Basteln das Erleben und ein Zuwachs von Kompetenz im Vordergrund stehen, beim bildnerischen Gestalten die Feinmotorik, Vorstellungskraft und Gestaltungsfähigkeit angeregt werden, bei Bewegung und Sitztanz die Kontaktaufnahme gefördert und Berührungsangst abgebaut werden.

Nach Greger knüpfen Kommunikationsfördernde Aktivitäten oder Medien immer an die Biografie und Interessen der Teilnehmer an, berücksichtigen Einschränkungen und orientieren sich an den Fähigkeiten beider Generationen.

6.6 Zusammenfassung

Ein nachhaltig realisierbares Konzept für eine intergenerative Gruppe lässt sich nur auf einer breiten Basis beteiligter Mitarbeiter erstellen. Die Akzeptanz des Projektes kann damit gesteigert werden, bei gleichzeitiger Förderung eines Selbstverständnisses und der Identifikation mit den Zielen. Ist eine Planungsgruppe ins Leben gerufen, besteht eine der Hauptfragen darin, was mit intergenerativen regelmäßigen Aktivitäten zwischen Jung und Alt überhaupt erreichen werden soll. Nur vorab formulierte Ziele ermöglichen nach Abschluss der Zusammenkünfte eine Evaluierung, bei der sich Erfolge, Misserfolge, ein Änderungsbedarf oder eine Bestätigung zur Vertiefung ableiten lassen.

Schließlich sind theoretische Überlegungen zum Thema „Gruppe“ anzustellen, da der Erfolg des Konzeptes letztendlich davon abhängen wird, wie die Gruppe aufgestellt wird - Das beinhaltet das Wissen über Gruppenformen, Auswahl der Teilnehmer, Gruppengröße, wie auch die Dauer und Häufigkeit der Treffen, um eine möglichst förderliche Atmosphäre für die Teilnehmer zu schaffen. Programminhalte und Anforderungen knüpfen an den Interessen, Fähigkeiten und Bedürfnissen an. Letztendlich ist auch die Auswahl einer geeigneten Umgebung und der betreuenden Personen für eine Erfolgversprechende Gruppenarbeit verantwortlich.

7 Zusammenfassung und Kritik

In der vorliegenden Arbeit sollte gezeigt werden, wie ein wenig Normalität mittels intergenerativer Kontakte und Beziehungen zwischen Vorschulkindern und Pflegeheimbewohnern in die Institution Pflegeheim einziehen kann. Ausgehend davon, dass in unserem Alltag Begegnungen und Kontakte zwischen Angehörigen aller Alterstufen ganz selbstverständlich sind, sollen diese auch Pflegeheimbewohnern ermöglicht werden. Zu bemerken ist allerdings, dass die zukünftige demographische Entwicklung dahin geht, dass immer weniger junge Menschen nachkommen, während der Anteil alter und sehr alter Menschen in den nächsten Jahrzehnten stark ansteigt. Schon aus diesem zahlenmäßigen Ungleichgewicht kann davon ausgegangen werden, dass sich intergenerative Kontakte reduzieren werden, was eine potentielle Gefahr für eine Entfremdung der Generationen birgt. Auch die Institutionalisierung ab der frühesten Kindheit, die sich über die gesamte Lebensspanne zieht, trägt zu einer Reduktion intergenerativer Kontakte bei.

Das Hauptziel der vorliegenden Arbeit bestand darin, einen Konzeptentwurf für begleitete intergenerative Aktivitäten zwischen Vorschulkindern und Pflegeheimbewohnern des Hauses der Barmherzigkeit in Wien Ottakring zu erarbeiten. Dieser kann den beteiligten Mitarbeitern als Basis und Arbeitsgrundlage für eine Weiterentwicklung der bereits regelmäßig stattfindenden Treffen zwischen Bewohnern und Kindergartenkindern dienen. Zuvor sollten allerdings folgende Unterfragen abgeklärt werden, um den theoretischen Rahmen für das Konzept abzustecken.

- Was bedeutet „Normalität“ oder das „Normalitätsprinzip“ in Langzeitpflegeeinrichtungen?

Zur Beantwortung dieser Frage sollte in Kapitel zwei erst eruiert werden, wer die heute Alten im Gegensatz zu den zukünftig Alten sind. Dies ist notwendig, um den Bedürfnissen zukünftig alter Menschen gerecht zu werden. Tatsächlich zeigt

sich dabei ein eklatanter Unterschied zwischen den beiden Vergleichsgruppen. Zukünftig alte Menschen werden gesamt gesehen besser gebildet, länger gesund, materiell gut ausgestattet und gewohnt Dinge mitzugestalten, höhere Erwartungen an die Betreuung im Pflegeheim stellen, als dies noch bei den heutigen Alten der Kriegsgeneration der Fall ist. Im Detail betrachtet wird der differentiellen Gerontologie und damit auch einer breiten Palette an verschiedenen Pflegeangeboten immer mehr an Bedeutung zukommen, da sich Lebensentwürfe zunehmend heterogener gestalten werden. Die Nachfrage nach individualisierter Pflege wird künftig zunehmen.

Kapitel drei geht daher auf die unterschiedlichen Pflege- und Betreuungsmöglichkeiten pflegebedürftiger Menschen ein und zeigt zudem die am häufigsten in Anspruch genommenen Pflegemöglichkeiten auf. Ein quantitativer Überblick über das Ausmaß pflegebedürftiger Menschen in Österreich anhand des Pflegegeldbezuges und das Aufzeigen des raschen Zuwachses verdeutlicht die Notwendigkeit eines raschen Ausbaus des Pflegeplatzangebotes. In der Realität erfolgt jedoch ein Abbau von Pflegeheimplätzen, da der Ausbau nicht Hand in Hand mit dem raschen Anstieg der sehr alten Bevölkerung einhergeht.

Die Teilfrage, was Normalität oder das Normalitätsprinzip in Langzeitpflegeeinrichtungen bedeutet, geht einfacher zu beantworten, wenn man sie vor dem Hintergrund eines normalen Alltagslebens zuhause wohnender alter Menschen betrachtet. Daher geht Kapitel vier nach einem kurzen Exkurs zu den Wurzeln institutioneller Pflege darauf ein und zeigt, dass sich die Alltagsbeschäftigungen alter Menschen nicht außergewöhnlich von denen junger Menschen unterscheiden: Medienkonsum, Freunde, Bekannte oder Verwandte einladen oder treffen, spazieren gehen, im Haushalt oder Garten arbeiten – wurden als Hauptbeschäftigungen eruiert. Speziell soziale Kontakte konnten als sehr wichtig identifiziert werden. Im Gegensatz dazu stellte sich das Alltagsleben im Pflegeheim in der Literatur als eintönig, einsam und wenig einladend dar. Als Kritik ist vielleicht an dieser Stelle anzumerken, dass die verwendete Standardliteratur größtenteils aus den 90-er Jahren des vorigen Jahrhunderts stammte

und daher den Neuerungen in der Pflege nicht ausreichend Rechnung tragen konnte. Dennoch ist eine gewisse institutionskritische Betrachtung durchaus gerechtfertigt, denn viele hinterfragungswürdige Punkte ergeben sich aus den organisatorischen Strukturen eines Pflegeheimes und weniger aus der einzelnen Pflegeperson heraus (Hierarchie, Mitarbeiterführung, Überbetonung wirtschaftlicher Ziele, etc.). Das Kapitel endet mit einer ausführlichen Diskussion, inwieweit das Pflegeheim als Schreckensgespenst oder als Chance für seine Bewohner verstanden werden kann.

Die Fragen „Wie kann das Normalitätsprinzip eingesetzt werden, bzw. welche Pflegekonzepte oder Betreuungskonzepte beinhalten es ansatzweise oder ganz?“ und „Welchen Anteil haben Intergenerative Programme (IP) an diesen Konzepten?“ wurden anhand zweier konkreter Beispiele beantwortet – Der Eden-Alternative von Dr. William Thomas und des psychobiografischen Ansatzes von Erwin Böhm. Speziell die Eden-Alternative integriert Kinder ganz selbstverständlich in den Pflegeheimalltag. Intergenerative Beziehungen haben hier einen großen und wichtigen Stellenwert, zumal die Eden-Alternative von der Annahme geprägt ist, dass sich die Natürlichkeit und Lebendigkeit der Kinder positiv auf die Bewohner auswirkt.

Das Normalitätsprinzip von Erwin Böhm ist in Bezug auf den Stellenwert intergenerativer Beziehungen weniger deutlich. Hier wird mehr die individuelle Lebensbiographie des Pflegeheimbewohners als Grundlage herangezogen, was für den jeweiligen Bewohner als normal gilt und was Normalität bedeutet. Vor dem sozialgeschichtlichen Hintergrund, dass das frühere Rollenverständnis weitaus tradiert war als heute, lässt sich annehmen, dass Kinder für Frauen eine Lebensaufgabe bedeuteten und dementsprechend eine große Rolle spielten. Verstärkt wird dieser Eindruck durch die Berichte von Pflegepersonen, wonach Frauen, die unter der Alzheimer-Krankheit leiden, häufig nach Hause zu ihren Kindern wollen, um diese zu versorgen.

Die Frage „Wie können Intergenerative Programme zur Förderung des Normalitätsprinzips beitragen oder kommen wir damit dem Normalitätsprinzip

näher?“ lässt sich einfach beantworten, indem man Kinder ganz selbstverständlich in den Heimalltag integriert. Damit kommt man dem Normalitätsprinzip dann näher, wenn die intergenerative Beziehung vom Bewohner erwünscht ist und seiner Vorstellung von Tagesgestaltung entspricht.

Da die gesamte Arbeit auf Generationen aufgebaut ist, gibt Kapitel fünf einen Überblick über derzeitige Generationenverhältnisse und -beziehungen. Demnach besteht sowohl auf gesellschaftlicher Basis als auch auf familiärer Basis weitaus Solidarität, wenngleich die Gefahr von Konflikten durch Entfremdung gegeben ist. Die aktuell aufflammenden Diskussionen um die zukünftigen Pensionen der heutigen Jungen könnten dazu beitragen. Kapitel fünf behandelt weiters sehr ausführlich intergenerative Programme, beleuchtet deren Zweck, verschiedene Unterscheidungsarten sowie den wissenschaftlichen Kenntnisstand zu Programmen zwischen betagten Menschen und Kindern.

Aus der Literatur ergeben sich somit Hinweise auf die Teilfrage „Welche Auswirkungen haben Intergenerative Programme auf Pflegeheimbewohner bzw. auf Kinder?“ Obwohl die Forschungsfragen der herangezogenen Autorinnen sehr unterschiedlich lauteten, zeigt sich ein recht konsistentes Bild der überwiegend positiven Erfahrungen. Demnach konnten beide Generationen auf unterschiedliche Weise profitieren. Allerdings muss auch zugegeben werden, dass zu dem Thema keine groß angelegten Studien existieren und die vorhandenen Untersuchungen einen zeitlich eng beschränkten Zeitraum abdeckten. Anzumerken gilt es auch, dass ausschließlich deutschsprachige Autoren mangels Verfügbarkeit englischer Literatur herangezogen wurden. Diese konnte zwar in Datenbanken ausfindig gemacht werden, allerdings nicht in der Vollversion beschafft werden.

In Kapitel sechs erfolgt schließlich die Konzepterstellung für intergenerative Aktivitäten zwischen Pflegeheimbewohnern des Hauses der Barmherzigkeit und des dort ansässigen Betriebskindergartens. Das Konzept sollte v.a. die Punkte der Zielgruppen, der Ziele, der Methoden, der Programminhalte und der räumlichen wie zeitlichen Rahmenbedingungen bearbeiten. Dass dabei möglicherweise nicht

alle relevanten Punkte behandelt werden konnten, ist wahrscheinlich, jedoch aufgrund des beschränkten Rahmens einer Diplomarbeit nicht möglich.

8 **Verwendete Literatur**

Amann Anton (2000): Wohnen ist eine Lebensform und hat mit Selbständigkeit zu tun. In: BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, Wien, S. 592-593.

Amtshelfer für Österreich, betreutes Wohnen, 2008.
<http://www.help.gv.at/Content.Node/204/Seite.2040030.html> (8.12.2008)

Aner Kirsten, Karl Fred, Rosenmayr Leopold (Hrsg.)(2007): Die neuen Alten - Retter des Sozialen? Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.

Badelt Christoph, Leichsenring Kai (2000): Versorgung, Betreuung, Pflege. In: BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, Wien, S. 408 – 453.
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) (02.03.2008)

Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge (2006). BM für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.).
https://broschuerenservice.bmsk.gv.at/PubAttachments/Pflegevorsorge_Inter.pdf
(16.04.2008)

Bisaz, Jutta (2004): Die Eden Alternative – Lebensqualität im Heim. In: Die Schwester- Der Pfleger, 43. Jahrg. 7/04, S. 516 – 518.

Bischoff Claudia (1992): Frauen in der Krankenpflege; Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert. Überarbeitete und erweiterte Neuausgabe- Frankfurt/Main, New York, Campus Verlag.

BM für Arbeit und Soziales (2006): Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation. Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. http://www.bmas.de/coremedia/generator/1732/property=pdf/fuenfter_bericht_zur_lage_der_aelteren_generation_in_der_brd.pdf (14.05.2008)

BM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Fünfter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland - Potenziale des Alters in Wirtschaft und Gesellschaft – Der Beitrag älterer Menschen zum Zusammenhalt der Generationen. <http://www.bmfsfj.de/doku/altenbericht/data/haupt.html> (15.04.2008)

BM für Soziales und Konsumentenschutz, Altenpflegeheime-Begriffserklärung. <http://www.infoservice.bmsk.gv.at/InfoService2/altenpflegeheime/begriffserklaerungen.html> (vom 8.12.2008).

BM für Soziales und Konsumentenschutz (2005): Situation pflegender Angehöriger . <https://broschuerenservice.bmsk.gv.at/PubAttachments/Studie%20Situation%20pfleger%20Angehöriger.pdf> (9.4.2008)

BM für Soziales und Konsumentenschutz (2006): Pflegevorsorge Bericht 2006. https://broschuerenservice.bmsk.gv.at/PubAttachments/Pflegevorsorge_Inter.pdf (24.04.2008)

Borscheid, Peter (1999): Alltagsgeschichte. In: Jansen Birgit, Karl Fred, Radebold Hartmut, Schmitz-Scherzer Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie, Weinheim, Basel, Beltz Verlag, S. 126 –127

Böhm Erwin (2006): Verwirrt nicht die Verwirrten. Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege, 13. Aufl., Bonn.

Brandenburg, Hermann (2004): Altenheime in der Zukunft – die Zukunft der Altenheime!?. In: Brandenburg Hermann (Hrsg.): Altern in der modernen Gesellschaft, Hannover, Schlüte Verlag, S. 49- 77.

Diakonie Umfrage: market/März 2006. http://www.diakonie.at/neu-test/editor_files/file/lebensmodelle_files/Resume_UmfrageMarket.pdf
(30.3.2007)

Erikson Erik H. (1991): Identität und Lebenszyklus. 12. Aufl. Frankfurt am Main, Verlag Suhrkamp.

Feuerstein Christiane, Havel Margarethe: Wohnformen im Alter. In BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, Wien, S. 224 – 257.
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) (2.3.2008)

Fonds soziales Wien, Pflege zu Hause. <http://pflege.fsw.at/pflege-zu-hause/hauskrankenpflege.html> (8.12.2008).

Fonds soziales Wien, Tageszentren.

<http://pflege.fsw.at/tagesbetreuung/tageszentren/index.html> (9.4.2008)

Gemeinderatsprotokoll (2003). 32. Sitzung vom 24.9.2003

<http://service.magwien.gv.at/mdb/gr/2003/> (9.4.2008)

Greger Birgit (1992): Intergenerative Gruppenarbeit mit alten Menschen und Kindern, Frankfurt am Main, Lang.

Greger Birgit (2001): Generationenarbeit. München, Jena, Urban & Fischer Verlag.

Gruber Renate (2005): Kurioses und Alltägliches – Einblicke in den Alltag im Versorgungsheim Lainz. In Arias Ingrid, Horn Sonia, Hubensdorf Michael (Hrsg.): „In der Versorgung“ – Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“, Verlagshaus der Ärzte, S. 113 – 127.

Guger Alois, Marterbauer Markus (2004): Die langfristige Entwicklung der Einkommensverteilung in Österreich. BM f. Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg) Bericht zur sozialen Lage Österreichs 2003-2004.
http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/9/2/3/CH0338/CMS1064227005975/12_einkommen.pdf (9.4.2008)

Hager, Isabella (1996): „Mir ist schon alles wurscht.....“. Das Phänomen Pflegeheim und seine „Insassen“- Lebensumstände und Wohlbefinden von alten, pflegebedürftigen HeimbewohnerInnen. Diplomarbeit. Univ. Wien.

Hatton –Yeao ALAN et al. (1999): Intergenerational programmes: public policy and research implications – an international perspective, Unesco Institute for Education, The Beth Johnson Foundation.
<http://www.unesco.org/education/uie/pdf/intergen.pdf> (21.09.2008)

Heinemann-Knoch Marianne, Schönberger Christine (1999): Pflege in Einrichtungen. In: Jansen Birgit, Karl Fred, Radebold Hartmut, Schmitz-Scherzer Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie, Weinheim, Basel, Beltz Verlag, S. 634 – 644.

Hofer Konrad (1997): Pflegebedürftig. Wien, Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GesmbH.

Hoerl Josef, Kytir Josef (2000): Private Lebensformen und soziale Beziehungen älterer Menschen. In: BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, Wien, S. 52 – 105.
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) (02.03.2008)

Karl Fred (2002): Generations and Society – Intergenerational programmes in Europe and USA. In Karl Fred, Aner Kirsten (Hrsg) : Die „neuen Alten“ – revisited – Kaffeehausfahrten – freiwilliges Engagement- neue Alterskultur – Intergenerative Projekte, Gerontologische Schriften, Band 28, Kassel, S. 13 – 36.

Klein Thomas et al. (1997): Altenheimbewohner in Deutschland: Sozialstrukturelle Charakteristika und die Wahl des Heims. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 30, Heft 1, Steinkopff Verlag, S. 54 – 57.

Klein Thomas (1998): Der Heimeintritt alter Menschen und Chancen seiner Vermeidung – Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in den Einrichtungen der stationären Altenhilfe. In Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 31, Heft 6, Steinkopff Verlag, S. 407 – 416.

Klingensfeld Helmut (1999): Heimübersiedlung und Lebenszufriedenheit älterer Menschen. Frankfurt am Main, Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Koch-Straube Ursula (1997): Fremde Welt Pflegeheim: eine ethnologische Studie. Bern, Verlag Hans Huber.

Konopka Gisela (2000): Soziale Gruppenarbeit: Ein helfender Prozess. Weinheim, Deutscher Studienverlag.

Kogler Kathrine (2005): „Dass auch der wahrhaft Arme als ein Mensch behandelt werde“. In Arias Ingrid, Horn Sonia, Hubensdorf Michael (Hrsg.): „In der Versorgung“ – Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“, Verlagshaus der Ärzte, S. 41 – 60

Kolland Franz (2000): Freizeitverhalten und Freizeitstile. In: BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, S. 324 – 343.

[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) (02.03.2008)

Kondratowitz Hans-Joachim, Schmitz-Scherzer Reinhard (1999): Über den Alltag im Alter. In Jansen Birgit, Karl Fred, Radebold Hartmut, Schmitz-Scherzer Reinhard (Hrsg.): Soziale Gerontologie, Weinheim, Basel, Beltz Verlag, S. 490 – 503.

Krappmann Lothar (1997): Brauchen junge Menschen alte Menschen? In Krappmann Lothar, Lepenies Annette: Alt und Jung: Spannung und Solidarität

zwischen den Generationen, Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, S 184 – 199.

Kuratorium Wiener Pensionisten – Wohnhäuser, Betreutes Wohnen, 2008.
(<http://www.kwp.at/betreuteswohnen.aspx> (8.12.2008))

Kytir Josef et al (2000): Gesund und krank Älterwerden. In BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, S. 258 – 323.

[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) (20.10.2008)

Kytir Josef, Münz Rainer (2000). Demografische Rahmenbedingungen: die alternde Gesellschaft und das älter werdende Individuum. In: BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, S. 22 - 51
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) (20.10.2008)

Lang Frieder R. (2004): Soziale Einbindung und Generativität im Alter. In: Kruse Andreas, Martin Mike (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht, Verlag Hans Huber, S. 362 – 371.
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) (2.3.2008)

Lang Frieder R., Baltes Margret (1997): Brauchen alte Menschen junge Menschen? Überlegungen zu den Entwicklungsaufgaben im hohen Lebensalter. In: Krappmann Lothar, Lepenies Annette: Alt und Jung: Spannung und Solidarität zwischen den Generationen, Frankfurt/Main; New York: Campus Verlag, S 160 – 179.

Laslett Peter (1995): Das dritte Alter: Historische Soziologie des Alterns. Weinheim, Juventa-Verlag.

Ledebur Sophie (2005): Armut und Alter. In Arias Ingrid, Horn Sonia, Hubensdorf Michael(Hrsg.): „In der Versorgung“ – Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“, Verlagshaus der Ärzte, S. 27-37.

Lehr Ursula (2000): Psychologie des Alterns. 9. Auflage, Wieselsheim, Quelle und Meyer Verlag.

Lowy Louis et al. (1971): Der ältere Mensch in der Gruppe. Freiburg im Breisgau, Lambertus-Verlag.

Mai Ralf (2003): Die Alten der Zukunft – Eine bevölkerungsstatistische Datenanalyse. Wiesbaden, Leske + Buderich, Opladen.

Majce Gerhard (1998): Generationenbeziehungen in Österreich. Erste Studienergebnisse. In: BM für Umwelt, Jugend und Familie, Wien.

Majce Gerhard (2000): Generationenbeziehungen und Generationenverhältnisse. In: BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, Wien, S. 106 – 163.
[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf)

Majce Gerhard, Rosenmayr Leopold (2005): „Generationensolidarität in Österreich 2005. In: BM für Soziales und Konsumentenschutz,

<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0167> (21.10.2008)

Mayer et al. (1996): Wissen über das Alter. In Mayer Karl-Ulrich, Baltes Paul B. (Hrsg.): Die Berliner Altersstudie, Berlin, Akademie Verlag, S. 599 – 634

Meleis Afaf (1999): Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Verlag Hans Huber.

Miedaner Lore (2001): Alt und jung entdeckt sich neu. Intergenerative Pädagogik mit Kindern und Senioren. Freiburg im Breisgau, Wien u.a., Verlag Herder.

Mollenkopf Heidrun, Oswald Frank- Wahl Hans-Werner, Zimmer Andreas (2004): Räumlich-soziale Umwelten älterer Menschen: Die ökogerontologische Perspektive. In: Kruse A., Martin M., (2004): Enzyklopädie der Gerontologie. Verlag Hans Huber.

Möller Ute, Hesselbarth Ulrike (1998): Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege, Hagen, Brigitte Kunz Verlag.

Nam Hyun-Yoo, 2003: Alten – und Pflegeheime in Österreich: Trägerstruktur, Angebotsstruktur und Beschäftigung.
http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/3/4/0/CH0364/CMS1080562153893/referate_schneider.pdf (30.04.2008)

Oppitz Martin (2000): Die Lage älterer Menschen aus wirtschafts- und sozialstatistischer Sicht. In: BM für soziale Sicherheit und Generationen (Hrsg.): Seniorenbericht 2000: Zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich - Ältere Menschen - Neue Perspektiven, Wien, S. 164 – 197.

[http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1\[1\].pdf](http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/seniorenbericht_langfassung1[1].pdf) (20.10.2008)

Pfabigan Doris, Jilge Astrid (2005): Einblicke und Ausblicke – Darstellung des Arbeitalltags im Geriatriezentrum „Am Wienerwald“ im Zeitraum von 1946 – 2004 aus der Sicht von Pflegenden. In: Arias Ingrid, Horn Sonia, Hubensdorf Michael(Hrsg.): „In der Versorgung“ – Vom Versorgungshaus Lainz zum Geriatriezentrum „Am Wienerwald“, Verlagshaus der Ärzte, S. 283 - 320

Pflegerisches Konzept gem. WWPG für das Geriatriezentrum Floridsdorf, 2007, http://www.wienkav.at/cache/Doku/071221_SCHR_SMZF_SMZF_pflegerisches%20Konzept_26715.pdf (2.5.2008)

Pschyrembel Wörterbuch Pflege (2003). Berlin, New York, Walter de Gruyter.

Rieder Anita (2003): Sozialmedizinische Aspekte des Alterns von Männern und Frauen. In: Rosenmayr Leopold, Böhmer Franz (Hrsg): Hoffnung Alter. Wien, WUV Universitätsverlag, S. 79 – 93.

Rosenmayr Lepold, (1995): Die Kräfte des Alters. Wiener Journal Zeitschriftenverlag Ges.m.b.H.

Saup Winfried (1994): Altenheime als „Umwelten“. In: Kruse Andreas, Wahl Hans-Werner: Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

Saup Winfried (2001): Ältere Menschen im Betreuten Wohnen: Ergebnisse der Augsburger Längsschnittstudie Band1. Augsburg, Verlag für Gerontologie Alexander Möckl.

Schaffenberger Eva, Pochobradsky Elisabeth, (2004) : Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz. ÖBIG, Im Auftrag des BM für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz.

Schneider Cornelia (2005): Gesellschaftliche Problemlagen des Alter(n)s und der Altenbetreuung als Herausforderung pflegerischen Handelns bei psychischen Alterserkrankungen. Dissertation, Universität Wien.

Schneider Cornelia (2007): Pflege und Betreuung bei psychischen Alterserkrankungen. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Schulz, Wolfgang (1998): Einführung in die Soziologie. 5. Auflage. Institut für Soziologie der Sozial und Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät.

Schulz-Nieswandt Frank (1999): Sozialökonomie. In Jansen Birgit, Karl Fred, Radebold Hartmut, Schmitz-Scherzer Reinhard, (Hrsg.) : Soziale Gerontologie, Weinheim, Basel, Beltz Verlag, S. 177-178

Seidl Elisabeth (1993): Pflege im Wandel. 2. Auflage. Wien-München- Bern, Verlag Wilhelm Maudrich.

Statistik Austria. http://www.statistik.at/jahrbuch_2006/pdf/K02.pdf (2.3.2007)

Statistik Austria: Bundespflegeld.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/index.html (16.4.2008)

Statistik Austria: Bevölkerung 1869 bis 2001 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht.

http://www.statistik.at/web_de/static/bevoelkerung_stat._jahrbuch_028676.pdf (15.04.2008)

Statistik Austria: Subjektiver Gesundheitszustand.

http://www.statistik.at/web_de/static/ergebnisse_im_ueberblick_subjektiver_gesundheitszustand_025417.pdf (15.04.2008)

Streissler, Agnes (2004): Geriatriische Langzeitpflege – Situation und Entwicklungsperspektiven. Materialien zu Wirtschaft und Gesellschaft Nr. 87. Herausgegeben von der Abteilung Wirtschaftswissenschaft und Statistik der Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien.

Thomas Willian H. (1996): Life worth living : How someone you love can still enjoy life in a nursing home – The Eden Alternative in Action. Vander Wyk & Burnham.

Traxler Nina (2005): Der Aufnahmeprozess in Wiener Alten- und Pflegeheime und die Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung für HeimbewohnerInnen. Diplomarbeit. Universität Wien.

Wahl Hans-Werner, Reichert Monika (1994): Übersiedelung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe. In: Kruse Andreas, Wahl Hans-Werner: Altern und

Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort? Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, Verlag Hans Huber.

Wieners, Tanja (2005): Miteinander von Kindern und alten Menschen – Perspektiven für Familien und öffentliche Einrichtungen. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften.

Verein für Sachwalterschaft & Patientenanwaltschaft, Heimaufenthaltsgesetz.
http://www.lebenshilfe-stmk.at/cms/fileadmin/lh_steiermark/recht/Gesetzestexte/Heimaufenthalt/heimaufenthaltsgesetz_Brosch_re.pdf (30.04.2008).

Wikipedia, Konzeption. (<http://de.wikipedia.org/wiki/Konzeption>) (16.4.2008)

WWPG, Wiener Wohn- und Pflegeheimgesetz 2005.
<http://www.wien.gv.at/recht/landesrecht-wien/landesgesetzblatt/jahrgang/2005/html/lg2005015.htm> (16.4.2008)

LEBENS LAUF

Name: Petra ZYKAN

Geburtsdatum: 4. März 1967

Geburtsort: Wien

Familienstand: Lebensgemeinschaft, 3 Kinder

Ausbildung: 1985 Matura BG Kloostergasse, 1180 Wien
1987 Abschluss kaufmänn. Kolleg, 1080 Wien
2009 Abschluss Individuelles Diplomstudium
der Pflegewissenschaft, Universität Wien

Berufspraxis: 1987 - 1989 ORF, kaufmänn. Direktion,
1989 - 1990 Reiseveranstalter INTOUR
1990 - 1995 Österr. Verkehrsbüro
1995 - 1999 Touropa Austria
1999 – 2002 IMS-HEALTH
2002 –2003 Kuoni Austria
seit 2004 Pflegekrankenhaus „Haus der
Barmherzigkeit“, Abteilung Kommunikation

Wien am 07. April 2009



Petra Zykan