

Sozialarbeit mit alten Menschen im Pflege- und Altenwohnheim

Bedarfsanalyse im Seniorenzentrum Haag

Maria Haselberger

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im Mai 2008

Erstbegutachterin:
DSA Mag.(FH) Ulrike Rautner-Reiter

Zweitbegutachterin:
DSA Mag.(FH) Maria Lesnik

Abstract

Maria Haselberger

Sozialarbeit mit alten Menschen im Pflege- und Altenwohnheim Bedarfsanalyse im Seniorenzentrum Haag

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im Mai 2008

Durch den demographischen Wandel steigt die Anzahl älterer Menschen und wird immer stärker Zielgruppe von Sozialarbeit. Sozialarbeit leistet speziell in Alten- und Pflegeheimen einen wesentlichen Beitrag zu Befriedigung altersspezifischer Bedürfnisse. Soziale Integration und die Aufrechterhaltung der Autonomie und Selbstbestimmung tragen zur Lebenszufriedenheit und Lebensqualität alter Menschen bei. Die Diplomarbeit ermittelt die Bedürfnisse der BewohnerInnen im Seniorenzentrum Haag und beleuchtet Auftrag, Ziele und Aufgaben von Sozialarbeit in Alten- und Pflegeheimen. Konkrete sozialarbeiterische Angebote gehen auf die ermittelten Bedürfnisse ein.

Bei der Übersiedlung ins Heim setzt Sozialarbeit in der Wartephase davor, bei der Heimaufnahme und der Eingewöhnungsphase Angebote, um Sicherheit und Orientierung zu vermitteln, die Integration und das Wohlfühlen im Seniorenzentrum zu fördern.

Zentrales Anliegen ist auch der Kontakt zur Familie, wo durch Stärkung und Förderung dieses Netzwerkes beispielsweise durch Konfliktregulierung und Angehörigenarbeit die Beziehungen stabilisiert werden können. Dieses primäre Netzwerk stellt eine gewichtige Ressource für BewohnerInnen dar.

Weiters wirkt Sozialarbeit bei der Ermittlung, Planung und Koordination konkreter Wünsche hinsichtlich Beschäftigung und Interessen der BewohnerInnen mit. Die Förderung und Stärkung des nachbarschaftlichen Netzwerkes, Aufbau von Ehrenamt, Unterstützung bei der Alters- und Krankheitsbewältigung sowie Präventionsarbeit zur Aufrechterhaltung von Gesundheit und Mobilität sind neben dem Schaffen von Strukturen und Möglichkeiten für weitgehende Selbstbestimmung weitere beleuchtete Aspekte im Seniorenzentrum Haag.

Social work with elderly people in care- and residential care home Needs assessment in “Seniorenzentrum Haag”

By demographic changes the number of elderly people is increasing and becoming more and more the target group of social work. Social work makes a basic contribution to the satisfaction of age-specific needs, especially in care- and residential care homes. Quality of life and life satisfaction of elderly people base on social integration and the maintainance of autonomy and self-determination. This degree dissertation identifies the needs of the residents of the “Seniorenzentrum Haag” and examines assignments, objectives and duties of social work in care and residential care homes. Special social work offers cater for the identified needs.

With the change of residence into an old people’s home, social work makes offers in the waiting phase and the home admission and familiarisation phases. These duties are the base for arranging security and orientation, and advancement of integration and well being in the care- and residential care home.

A central need is contact with the family. Through the strengthening and facilitation of this social network, through conflict regulation and work with relatives for instance, this relationship can be stabilised. This primary network is a significant resource of the residents.

Furthermore social work contributes to the assessment, design and coordination of respectable wishes concerning activities and interests of residents. The strengthening and facilitation of a neighbourly network, the organisation of honorary position, support in coping with aging and disease, as well as prevention work for maintainance of health and mobility go hand in hand with the creation of structures and possibilities for extensive self-determination in the “Seniorenzentrum Haag”.

Danksagung

An dieser Stelle danke ich all jenen, die durch ihre fachliche und persönliche Unterstützung zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Mein Dank ergeht an ...

... meinen Bald-Ehemann DI (FH) Robert Stepelbauer, der mich während meinem Studium unterstützt und beim Verfassen der Arbeit entlastet und gestärkt hat.

... meine Eltern Maria und Leopold Haselberger für ihren Rückhalt und ihre Unterstützung.

... meine Diplomarbeitsbetreuerin DSA Mag.a (FH) Ulrike Rautner-Reiter für die Motivation und die positive Energie.

... das Seniorenzentrum Haag im Speziellen an DGKS Elfriede Adlberger und Ingrid Michlmayr für ihre offenen Ohren bei Fragen und an meine InterviewpartnerInnen beim Pflegepersonal und den BewohnerInnen für ihre Offenheit.

... die BewohnerInnen des Seniorenzentrums Haag, die mich während meines Forschungspraktikums so charmant aufgenommen haben.

... die externen Professionistinnen für den Einblick in ihre Arbeit und die anregenden Gespräche.

... Prof. (FH) DSA Mag.a Gertraud Pantucek, Prof. (FH) Dr. Tom Schmid und Mag. Johannes Pflegerl für die Unterstützung bei der empirischen Forschung und die Stützen zwischendurch.

... Adin Hamzic für die konstruktive Kritik und fachliche Anregung und Mag.(FH) Oliver Jungwirth für den kritischen Blick.

... meiner Freundin Katharina Staudinger, die mich liebevoll aber bestimmt beim Überwinden der ersten Hürde(n) begleitet hat.

... Mag. Franz Staudinger und Mag. Kathrin Haslinger für die wertvolle Arbeit des Korrekturlesens.

Inhalt

1	Einleitung	1
1.1	Fragestellungen.....	2
1.2	Aufbau der Arbeit	3
1.3	Methodenwahl/ Forschungsverlauf.....	4
1.3.1	Entscheidung für die Vorgehensweise	4
1.3.2	Auswahl der InterviewpartnerInnen.....	5
1.3.3	Durchführung der Interviews	6
1.3.4	Auswertung	7
2	Seniorenzentrum Haag.....	10
2.1	Eckdaten des Seniorenzentrums	10
2.1.1	Zahl und Qualifikation der MitarbeiterInnen	10
2.1.2	BewohnerInnenstruktur und -anzahl im Seniorenzentrum Haag.....	11
2.1.3	Entstehung der Einrichtung.....	11
2.1.4	Organigramm	12
2.2	Angebote des Seniorenzentrums Haag.....	12
2.2.1	Pflegestation	12
2.2.2	Betreute Wohnungen	13
2.2.3	Ergänzende Angebote	13
2.2.4	Aktivitäten	14
2.2.4.1	Aktivitäten für BewohnerInnen intern	14
2.2.4.2	Angehörige.....	14
3	Bedürfnisse der BewohnerInnen – sozialarbeiterische Angebote: Forschungsergebnisse	15
3.1	Bedürfnisse der BewohnerInnen	15
3.1.1	Bedürfnis nach Vereinzelung	15
3.1.2	Bedürfnis nach physischer und psychischer Gesundheit	16
3.1.3	Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit.....	17

3.1.4	Bedürfnis nach Emotionen	18
3.1.5	Bedürfnis nach Leben	18
3.1.6	Bedürfnis nach körperlicher Integrität.....	18
3.1.7	Bedürfnis nach Humor und Spiel.....	18
3.1.8	Bedürfnis nach Entlastung	18
3.1.9	Bedürfnis zu denken und wahrzunehmen	19
3.1.10	Bedürfnis nach Sicherheit	19
3.1.11	Bedürfnis nach Unterstützung	19
3.1.12	Bedürfnis nach Mitbestimmung.....	19
3.1.13	Bedürfnis nach Beziehung zu Tieren, zu Pflanzen und zur Welt.....	20
3.2	Sozialarbeit	20
3.2.1	BewohnerInnenorientiert	21
3.2.2	Haus- und milieuorientiert	22
3.2.3	MitarbeiterInnenorientiert	22
3.2.4	Umfeldorientiert.....	22
4	Sozialarbeit im Seniorenzentrum Haag	23
4.1	Bedarf für Sozialarbeit im Seniorenzentrum Haag	23
4.2	Sozialarbeit mit alten Menschen im stationären Bereich	26
4.2.1	Auftrag und Ziele von Sozialarbeit mit alten Menschen	26
4.2.2	Ansätze vom Sozialarbeit mit alten Menschen.....	27
4.2.3	Aufgaben Sozialer Arbeit in Alten- und Pflegeheimen.....	28
4.2.4	Grenzen und Probleme in der stationären Sozialarbeit.....	30
4.3	Sozialarbeiterische Angebote im Seniorenzentrum Haag	31
4.3.1	Rahmenbedingungen.....	31
4.3.1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen	31
4.3.1.2	Multiprofessionalität - Sozialarbeit in Kooperation mit anderen Professionen.....	33
4.3.1.3	Krankheitsbilder	35
4.3.1.4	Pflegestation – betreutes Wohnen	36
4.3.1.5	Respektvoller Umgang.....	36
4.3.1.6	Setting für Gespräche	37
4.3.2	Aktivität und Beschäftigung.....	37

4.3.3	Heimaufnahme und Heimübertritt/ Integrationshilfen	43
4.3.3.1	Information und Beratung vor dem Heimeinzug.....	45
4.3.3.2	Unterstützung bei der Heimaufnahme	47
4.3.3.3	Intensive Begleitung bei der Eingewöhnung/ Integrationshilfen ...	50
4.3.3.4	Angehörigenarbeit.....	52
4.3.4	Autonomie	53
4.3.5	Krankheits- und Altersbewältigung.....	57
4.3.5.1	Physische und psychische Gesundheit.....	57
4.3.5.2	Mobilität.....	60
4.3.6	Soziales Netzwerken.....	62
4.3.6.1	Familiäre Interaktion	64
4.3.6.2	Nachbarschaftliche Interaktion.....	70
4.3.6.3	GesprächspartnerInnen	75
5	Zusammenfassung und Ausblick	79
	Literatur	83
	Primärliteratur	89
	Abbildungsverzeichnis	90
	Anhang	i

1 Einleitung

Von der Alterspyramide her steigt die Anzahl älterer Menschen in Zukunft deutlich an. Diese **demographische Veränderung** zeigt sich nicht nur in Österreich, sondern auch international.

Aktuelle Daten von Statistik Austria (2007: 35) verweisen darauf, dass derzeit noch jede/r fünfte ÖsterreicherIn über 60 Jahre alt ist, um bis 2020 bereits jede/r vierte zu sein. Langfristig wird jede/r dritte EinwohnerIn unseres Landes über 60 Jahre alt sein.

Dramatisch erhöht sich auch die Zahl der über 75-Jährigen in der Bevölkerung. Diese Bevölkerungsgruppe umfasste 2006 noch 647.000 Personen. 2030 wird sie bereits 1,02 Millionen betragen, um 58 % mehr als 2006. Bis 2050 steigt ihre Zahl auf 1,60 Millionen an, das entspricht einem Plus von 147 %. Ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung wird sich in diesem Zeitraum von 8 % auf 17 % mehr als verdoppeln.

Aus diesem demographischen Wandel lässt sich schließen, dass ältere Menschen auch immer stärker zur **Zielgruppe von Sozial- und Gesundheitsberufen** und folglich auch für Sozialarbeit werden.

Aktuell zeigt Gatterer (2007: 34) die **Versorgungsstruktur** älterer Menschen in Österreich auf.

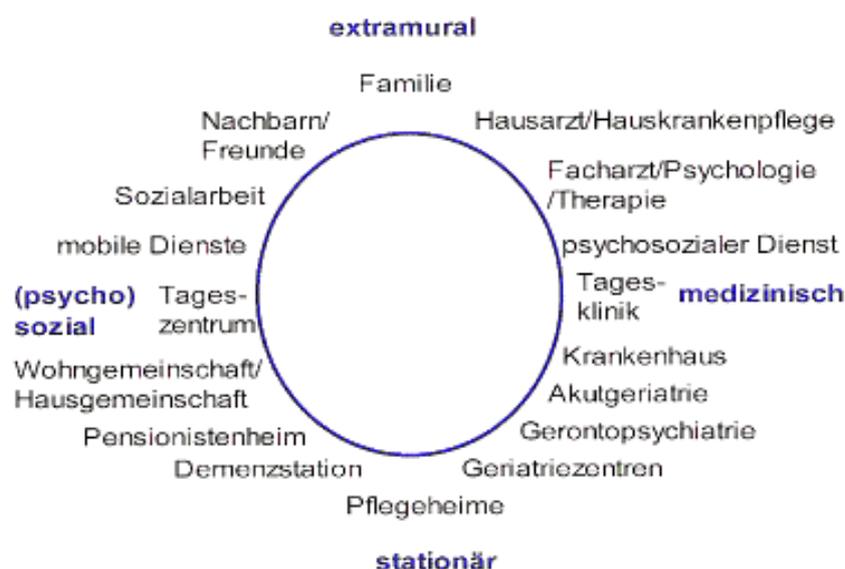


Abbildung 1: Versorgungsstrukturen für ältere Menschen in Österreich

Die Versorgung umfasst den extramuralen (ambulanten), medizinischen, stationären und psychosozialen Bereich. In meiner Diplomarbeit untersuche ich ein Pflege- und Altenwohnheim, also eine stationäre Einrichtung mit der Fragestellung, inwiefern Sozialarbeit im Bereich der Altenpflege Unterstützung bieten kann.

In Österreich waren im Jahr 2003 gesamt 10,9 Prozent der **Beschäftigten in Alten- und Pflegeheimen SozialarbeiterInnen und Zivildienstleistende**, in Niederösterreich 9,8 Prozent (Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz 2005: 12 – 13). Von 107 Alten- Pflegeheimen in ganz Niederösterreich haben laut dem Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2006) nur drei Heime SozialarbeiterInnen angestellt und zwar das Seniorenzentrum Schwechat, das NÖ Landes-Pensionisten- und Pflegeheim Hainfeld und das Geriatriezentrum Ybbs an der Donau. Somit lässt sich daraus schließen, dass von den 9,8 Prozent in Niederösterreich der größere Anteil bei den Zivildienstleistenden liegt.

Gerade aber **Sozialarbeit** bietet im Bereich der Arbeit mit alten Menschen und speziell in stationären Einrichtungen viele Ressourcen, die die Lebensqualität älterer Menschen positiv beeinflussen können.

Diese Diplomarbeit wird am Beispiel des Seniorenzentrums Haag versuchen Antwort auf die Frage zu geben, was Sozialarbeit in Alten- und Pflegeheimen bieten und leisten kann. Auf die konkreten Fragestellungen der Diplomarbeit geht das folgende Kapitel ein.

1.1 Fragestellungen

Durch die demographische Veränderung wird sich Sozialarbeit auf die Zielgruppe alter Menschen stärker fokussieren müssen. Durch dieses Faktum standen am Ausgangspunkt meiner Arbeit nachstehende Fragen:

- Was kann Sozialarbeit im stationären Bereich mit alten Menschen leisten?
- Nach welchen Zielen/ nach welchem Auftrag handelt Sozialarbeit?
- Wie gestaltet sich Sozialarbeit mit alten Menschen?

Nach der Auswahl des Seniorenzentrums als Organisation, über die ich die Diplomarbeit schreiben werde, haben sich dann folgende forschungsleitende Fragestellungen heraus kristallisiert:

- Welche Bedürfnisse äußern BewohnerInnen des Seniorenzentrums (bzw. wie schätzen ProfessionistInnen Bedürfnisse der BewohnerInnen ein)?
- Bei welchen dieser Bedürfnisse kann deren Erfüllung durch Sozialarbeit unterstützt werden?
- Besteht also Bedarf für Sozialarbeit im Seniorenzentrum Haag?
- Wenn ja, wie können sozialarbeiterische Angebote im Seniorenzentrum Haag aussehen?

Die Diplomarbeit stellt so eine Analyse der Bedürfnisse der BewohnerInnen dar, und diese Anliegen sind Ausgangspunkte für das sozialarbeiterische Angebot. Die zentralen Punkte dieser Arbeit beziehen sich somit auf bewohnerInnenorientierte und –zentrierte Aufgabenbereiche von Sozialarbeit (vgl. Karl 1993 b: 77 – 83 und Grond 2001: 16 – 17).

Diese Arbeit soll **theoretischen und praktischen** Nutzen für das Seniorenzentrum Haag haben und als Grundlage für Entscheidungen hinsichtlich weiterer Angebote dienen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Der empirische Forschungsteil stellt die Grundlage dar, auf der die Arbeit aufbaut. Theoretischer und empirischer Teil sind nicht voneinander getrennt, sondern gehen ineinander über, sind verknüpft und aufeinander bezogen.

In der Einleitung (Kapitel 1) wird auf die Fragestellungen der Arbeit hingewiesen und in diesem Kapitel der Aufbau erläutert. Weiter wird der methodische Teil des Forschungsprozesses aufbereitet.

Das Kapitel 2 gibt einen Überblick über das Seniorenzentrum Haag mit Träger, Personalqualifikation und Angebote für BewohnerInnen der Pflegestation und der betreuten Wohnungen.

Die Ergebnisse der empirischen Forschung mit den Bedürfnissen der BewohnerInnen und mögliche Themen von Sozialarbeit fließen komprimiert zusammengefasst in das Kapitel 3 ein.

Gemeinsam mit den Forschungsergebnissen stellt das Kapitel 4 den Schwerpunkt der Arbeit dar.

Zu Beginn (Kapitel 4.1) werden die Bedürfnisse der BewohnerInnen mit sozialarbeiterischen Angeboten verknüpft und so der Bedarf festgestellt. Ein weiterer Bereich (Kapitel 4.2) beschäftigt sich mit Auftrag, Zielen, Ansätzen, Aufgaben, Grenzen und Problemen in der stationären Sozialen Arbeit mit alten Menschen.

Der folgende Teil (Kapitel 4.3) beschreibt Rahmenbedingungen im Seniorenzentrum Haag und liefert anschließend konkrete sozialarbeiterische Angebote für das Seniorenzentrum.

Der letzte Teil der Arbeit gibt einen zusammenfassenden Überblick und Ausblick auf weitere Themen, die aufgeworfen wurden.

1.3 Methodenwahl/ Forschungsverlauf

Im Folgenden werden die Entscheidungen in Bezug auf die Methodik und die Durchführung der Interviews erläutert.

1.3.1 Entscheidung für die Vorgehensweise

Nach der Entscheidung über das Diplomarbeitsthema und das Festlegen des Seniorenzentrums Haag als zu beforschende Institution schien mir eine halbstrukturierte Form von problemzentrierten Leitfadeninterviews zielführend. Einerseits können thematische Kernbereiche indiziert werden, und andererseits ist für persönlich Deutungs- und Erklärungsmuster Raum gegeben.

Bei der Vorgehensweise hinsichtlich des Forschungsprozesses orientierte ich mich an den Autoren Mayring (1996: 53) und Mayer (2002: 41).

Unabdingbar erschien es für mich nicht nur ProfessionistInnen, sondern auch BewohnerInnen selbst zu befragen. Im Vorfeld der Erstellung der Interviewleitfäden fertigte ich mittels Mind-Map-Methode ein Sensibilisierungskonzept (vgl. Mayer 2002: 42) als Grundlage für mein weiteres Forschen an.

Die relevanten Themenbereiche verortete ich mittels offenen Fragen im Leitfaden. Dabei orientierte ich mich am Aufbau von Befragungen nach Mayring (1996: 52), der

von Sondierungsfragen (Einstiegsfragen), Leitfadenfragen (zentrale Fragestellungen) und Ad-hoc-Fragen (spontane Nachfragen).

Die drei Leitfädengruppen entwickelten sich über einen Zeitraum von zwei Monaten, in denen sie immer wieder überarbeitet und korrigiert wurde. Die Leitfäden liegen im Anhang bei.

1.3.2 Auswahl der InterviewpartnerInnen

Hinsichtlich der Auswahl der Stichprobe vor der Untersuchung habe ich für die einzelnen InterviewpartnerInnengruppen Merkmale festgelegt.

Bei den **internen ProfessionistInnen** war mir wichtig, Personen mit **unterschiedlichen Qualifikationen** und Personen an **Schnittstellen** in der Organisationsstruktur zu wählen.

Hierzu schreibt auch Mayer (2002: 41), dass die Auswahl der zu interviewenden Experten der Kenntnis der Organisationsstrukturen, der Kompetenzverteilung, der Entwicklungsprozesse im jeweiligen Handlungsfeld bedarf.

Das Sekretariat ist immer Anlaufstelle für Erstkontakte bei einer gewünschten Heimaufnahme und bei Anliegen von BewohnerInnen der betreuten Wohnungen. Als Ansprechpartnerin für pflegerische Anliegen der Pflegestation und teilweise der betreuten Wohnungen fungiert die Pflegedienstleitung, die weiters eine Ausbildung als Diplomgesundheits- und Krankenschwester aufweist. Beide haben eine Schnittstellenfunktion inne.

Eine Diplomgesundheits- und Krankenschwester und eine Altenfachbetreuerin als interviewte ProfessionistInnen stehen ständig in direktem Kontakt mit BewohnerInnen und haben verschiedene Professionen.

Bei den **externen ProfessionistInnen** war mir wichtig eine Person zu finden, die als eine/n ausgebildete/n SozialarbeiterIn **im Arbeitsfeld der stationären Sozialarbeit mit alten Menschen tätig** ist und eine weitere ProfessionistIn, die das **Seniorenzentrum Haag kennt und damit in Verbindung steht.**

Bei den BewohnerInnen sollte eine Mischung von BewohnerInnen der **betreuten Wohnungen** (aus verschiedenen Gebäuden) **und der Pflegestation** erreicht werden. Als Schwierigkeit auf der Pflegestation stellten sich die vielen dementen BewohnerInnen dar. So Interviewte ich auch eine Angehörige einer demenzkranken

BewohnerIn. Indikator war es auch einen **männlichen** Bewohner zu interviewen und Personen zu interviewen, die aus eigenem Willen und auch unfreiwillig bzw. auf Druck hin ins Seniorenzentrum übersiedelten.

BewohnerInnen und interne ProfessionistInnen, die diesen Kriterien entsprachen, lernte ich während meiner praxisbezogenen Forschungsphase im Jänner 2008 kennen.

1.3.3 Durchführung der Interviews

Die Interviews fanden je nach Wunsch der BewohnerInnen und ProfessionistInnen an unterschiedlichen Orten statt und dauerten zwischen 32 und 96 Minuten.

Insgesamt wurden elf Befragungen durchgeführt mit:

- fünf BewohnerInnen (drei BewohnerInnen der betreuten Wohnungen, eine BewohnerIn der Pflegestation, eine Angehörige einer Bewohnerin der Pflegestation)
- vier internen Professionistinnen (Sekretärin, Pflegedienstleitung, Altenfachbetreuerin, Diplomgesundheits- und Krankenschwester)
- zwei externe Professionistinnen (Sozialarbeiterin in einem Pflegeheim, Institutionensachwalterin)

Eine Aufstellung aller Interviews mit Bezeichnung, Wohnort oder Profession/ Rolle, Datum, Dauer und Setting ist im Anhang zu finden.

Hinsichtlich der Themenbereiche beim Leitfaden für die **BewohnerInnen** hätte ich vermutlich wenige Ergebnisse erhalten, wenn ich direkt nach ihren Bedürfnissen gefragt hätte. So habe ich hier den indirekten Weg gewählt und verstärkt nach ihrer Befindlichkeit und ihren Wünschen gefragt. Themenbereiche des Leitfadens waren:

- Beweggründe und Situation bei der Heimübersiedlung
- Unterstützungsmöglichkeiten beim Heimeinzug
- Befindlichkeit in der aktuellen Situation (positive Erfahrungen/ Sorgen)
- Konkrete persönliche Anliegen und Wünsche bezüglich Unterstützung
- Konkrete Anliegen bei Mitbestimmungsmöglichkeiten

Bei den **internen ProfessionistInnen** waren die Inhalte des Leitfadens:

- Anliegen, Wünsche, Bedürfnisse und Sorgen von BewohnerInnen und Angehörigen

- Aufgaben- und Kompetenzbereiche des/r Mitarbeiters/in
- Bedürfnisse/ Anliegen, die über die pflegerische Betreuung hinausgehen
- Bedürfnislage der BewohnerInnen hinsichtlich zusätzlicher Unterstützung und psychosozialer Angeboten
- Möglicher Aufgabenbereich von Sozialarbeit im Seniorenzentrum Haag

Bei den **externen ProfessionistInnen** stand der sozialarbeiterische Aufgabenbereich in stationären Einrichtungen allgemein und konkret im Seniorenzentrum Haag im Mittelpunkt.

Alle Interviews wurden mittels eines Laptops und Mikrophons aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Dadurch wurde „eine vollständige Textfassung verbal erhobenen Materials hergestellt, was die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung bildet.“ (Mayring 1996: 69)

Um mehr Lesbarkeit zu erreichen, habe ich die Übertragung ins normale Schriftdeutsch gewählt (vgl. Mayring 1996: 70), wobei ich möglichst nahe an den umgangssprachlichen Ausdrücken und dem Satzaufbau blieb.

1.3.4 Auswertung

Bei der Auswertung des Textmaterials orientierte ich mich an den Autoren Kelle und Kluge (1999). Die Textstellen werden bestimmten Kategorien zugeordnet (kodiert) und anschließend eine Synopse aller Textpassagen mit gemeinsamen Merkmalen durchgeführt und vergleichend analysiert.

Mit Unterstützung des Programmes MaxQData konnten beide Schritte automatisch miteinander verbunden werden.

Die Fragestellung an das Material sind durch die forschungsleitenden Fragen bereits gestellt (vgl. Kapitel 1.2). Es bedurfte jedoch eines vorbereiteten Kategorien- bzw. Kodierschemas zur genauen Zuordnung, somit wurde mittels Subsumption gearbeitet (vgl. Kelle/ Kluge 1999: 59). Dafür wurden zwei Schemata miteinbezogen. Das **Modell von Martha Nussbaum** stellte das **Kategoriensystem** für die **Bedürfnisse von BewohnerInnen** auf. Dabei stellen Grundeigenschaften die Mindestanforderung an Grundgegebenheiten für ein gutes Leben dar, mit Entwicklungspotenzial zu einer hohen Stufe an selbstbestimmtem Leben durch die

zugehörigen Funktionsfähigkeiten. Diese Funktionsfähigkeiten können auch als Bedürfnisse umschrieben werden, deren Erfüllung zu einem „guten Leben“ führt. Zwecks der Übersichtlichkeit stelle ich die Liste der Grundeigenschaften menschlichen Lebens und die beigestellten Funktionsfähigkeiten bzw. Bedürfnisse in einer Tabelle dar (Haselberger 2008, Quelle: Maiss 2002: 36 – 40):

Grundeigenschaft		Funktionsfähigkeit/ Bedürfnis
Sterblichkeit Bewusstsein über Endlichkeit und Sterblichkeit	→	Leben Erfülltes, lebenswertes menschliches Leben ohne frühzeitigen Tod
Menschlicher Körper Körperliche Existenz mit ihren Bedürfnissen, Möglichkeiten, Grenzen	→	Körperliche Gesundheit Gute reproduktive Gesundheit mit angemessener Ernährung, Unterkunft, sexueller Befriedigung und Mobilität Körperliche Integrität Schmerz vermeiden, lustvoll leben, respektvoller Umgang mit eigenen Körpergrenzen und Intimsphäre
Kognitive Fähigkeiten Fähigkeit wahrzunehmen, vorstellen und denken zu können	→	Wahrnehmen, vorstellen, denken praktische Vernunft nutzen, Bildung, Meinungsfreiheit durch künstlerische, politische und religiöse Entfaltung, Sinnfindung
Frühkindliche Entwicklung Grundlegende Erfahrungen von Nähe und Distanz, Nahrung, emotionale Zuwendung	→	Emotionen Bindungen eingehen, lieben können, Emotionen erfahren, emotionale Entwicklung, Förderung des menschlichen Miteinanders
Praktische Vernunft Planen und Führen des eigenen Lebens durch Bewerten und Verwirklichen von Werten	→	Praktische Vernunft Kritische Lebensplanung, Auffassung über das Gute, Berufsausübung, Partizipation am politischen Leben
Zugehörigkeit zu anderen Menschen Verfügen über soziale Bindungen	→	Soziale Verbundenheit Für und mit anderen leben können, Interesse, Empathie, Verständnis, Mitleid empfinden, Gerechtigkeit üben, familiäre und gesellschaftliche Interaktion Menschenwürde, Selbstachtung
Bezug zu anderen Spezies und zur Natur Erkenntnis um Wechselbeziehungen und Vernetzung mit Natur, Tieren, Universum und Grenzen Achtung	→	Andere Lebensarten Beziehungen zu Pflanzen, Tieren und zur Welt leben und Anteil nehmen
Humor und Spiel Fähigkeit zu lachen, sich zu erholen	→	Spiel Spielen, lachen, erholsame Tätigkeiten genießen
Vereinzlung Wechselseitiges Reagieren - nicht Verschmelzung, Individualität Starke Vereinzlung Leben im eigenen Kontext mit eigenen Orten, Gegenständen, eigener Geschichte, Freundschaft, sexuelle Bindung	→	Materielle und politische Kontrolle über das eigene selbst gewählte Lebensumfeld Vereinzlung Das eigene Leben leben können mit Heiraten, Gebären, sexueller Neigung, Sprache, Arbeit, Kultur Starke Vereinzlung Eigenes Leben im eigenen Kontext leben mit Eigentum, Erwerbsarbeit, respektvollem Umgang, Versammlungsfreiheit

Abbildung 2: Grundeigenschaften und Funktionsfähigkeit nach Nussbaum

Das **Kategoriensystem für Sozialarbeit** orientiert sich nach Grond (2001: 16 – 17) und Graber-Dünow (1997: 14 – 20), die Aufgabenbereiche von Sozialarbeit im stationären Bereich beschreiben (siehe Kapitel 4.3.2).

Teilweise wurde dieses System um einzelne Kategorien ergänzt (vgl. Kelle/ Kluge 1999: 68), wenn ersichtlich wurde, dass Textpassagen schwierig in das Bestehende einzuordnen sind.

Nach der Kodierung, wobei ich auch gleichzeitig Memos verfasste, wurden die Textsegmente **fallübergreifend** in einer Synopse angeordnet (vgl. Kelle/ Kluge 1999: 70). Für jede Kategorie wurden also Textsegmente und Memos aller Interviews zusammengestellt, verglichen und analysiert, wodurch Subkategorien erkennbar wurden.

So wurden die Bedürfnisse von BewohnerInnen und denkbare sozialarbeiterische Aufgabenbereiche ersichtlich, die im Kapitel 3 summarisch dargestellt sind.

2 Seniorenzentrum Haag



Abbildung 3: Postkarte Seniorenzentrum Haag

2.1 Eckdaten des Seniorenzentrums

Seniorenzentrum Stadt Haag „Liese Prokop“

Elisabethstraße 1, 3350 Haag

07434/ 44240, Fax: 07434/ 44240-10

michlmayr@seniorenzentrum-haag.at

www.seniorenzentrum-haag.at



Träger des Seniorenzentrums Haag ist die „Seniorenzentrum Stadt Haag Finanzierungs- und Einrichtungs GmbH“. Dies deutet auch schon auf die **Rechtsform** hin. Das Seniorenzentrum ist ein privates Heim und muss sich aus eigenen Einkünften **finanzieren**.

2.1.1 Zahl und Qualifikation der MitarbeiterInnen

(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorenzentrum Haag Stand April 2008)

Anzahl der Personen	Profession/ Beruf
2	Geschäftsführer
1	Heimleiter (auch Arzt)

1	Pflegedienstleiterin
1	Haustechniker
1	Diätassistentin
2	Verwaltung
4	Reinigung
13	Betriebsküche
10	Diplomierte Gesundheits- und krankenschwestern/ pfleger
12	Altenfachbetreuerinnen
2	Personen im „Freiwilligen sozialen Jahr“
	zur Zeit 2 Praktikantinnen
49	gesamt

Abbildung 4: Zahl und Qualifikation der MitarbeiterInnen

2.1.2 BewohnerInnenstruktur und -anzahl im Seniorenzentrum Haag

(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorenzentrum Haag Stand April 2008)

	Pflegestation	Bau I	Bau II	gesamt
Weiblich	30	16	29	75
männlich	14	2	15	31
Gesamt	44	18	44	106

Abbildung 5: BewohnerInnenstruktur nach Anzahl und Geschlecht

2.1.3 Entstehung der Einrichtung

Ab 1990 gab es die ersten grundsätzlichen Überlegungen für die Einrichtung. Das Gesamtkonzept wurde 2000 genehmigt mit anschließender Bedarfserhebung über betreute Wohnungen und Gründung der "Seniorenzentrum Stadt Haag Finanzierungs- und Errichtungs GmbH". 2001 wurde der Abschluss des Baurechtsvertrages unterzeichnet und im November folgte der Spatenstich zum ersten Bau. Nach der Baufertigstellung im Mai 2003 zogen im Juni 2003 die BewohnerInnen der betreuten Wohnungen ein und im Juli wurden die HeimbewohnerInnen der Pflegestation aufgenommen.

Im April 2006 folgte dann der Spatenstich für das zweite Gebäude, wo im Juni 2007 die 37 neuen betreuten Wohnungen bezogen wurden.

(vgl. Seniorenzentrum Haag Liese Prokop 2008: o. S.)

2.1.4 Organigramm

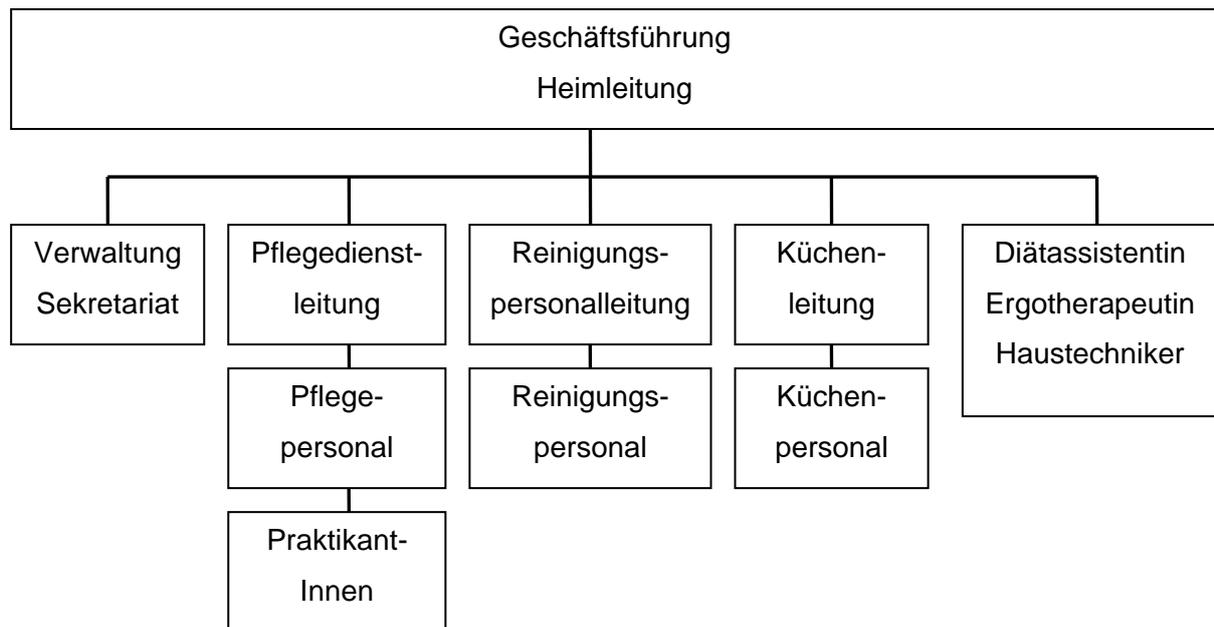


Abbildung 6: Organigramm des Seniorenzentrums Haag

(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorenzentrum Haag Stand April 2008)

Das Seniorenzentrum Haag verfügt über kein **Leitbild**. Im Anhang liegt jedoch das **Pflegeleitbild** der Pflegestation bei, wo das fachliche Selbstverständnis der MitarbeiterInnen zu finden ist.

2.2 Angebote des Seniorenzentrums Haag

(vgl. Seniorenzentrum Haag Liese Prokop 2008: o. S., Niederösterreichische Nachrichten extra 2003: 4 – 5, Niederösterreichische Nachrichten 2007: 2 - 3)

2.2.1 Pflegestation

Die Pflegestation bietet Ein- und Zweibettzimmer mit insgesamt 40 Betten und einer Versorgung rund um die Uhr. Grundpflege, die täglichen Mahlzeiten sowie Ergotherapie sind bestehendes Angebot. Ärztliche Betreuung und Physiotherapie können auf Wunsch erfolgen. Der Heimleiter ist praktischer Arzt und visitiert die Station zweimal pro Woche. Ansonsten gilt freie Arztwahl. Die Pflegestation befindet sich im ersten Obergeschoss des ersten Gebäudes. Dabei sind die zu Pflegenden räumlich und organisatorisch in zwei Gruppen („Einser-Gruppe“ und „Zweier-Gruppe“) zusammengefasst, wobei jeder Gruppe ein eigener Aufenthaltsbereich zur Verfügung steht, wo auch die Mahlzeiten eingenommen werden können.

2.2.2 Betreute Wohnungen

Beim betreuten Wohnen beherbergt das Seniorenzentrum Haag 55 Wohnungen von 35 bis 50 m² Wohnfläche und vier Aufenthaltsbereiche. Die BewohnerInnen leben selbstständig in den kleinen Wohneinheiten, können aber jederzeit Hilfe anfordern, sich von der Hausküche versorgen oder/und ihre Wäsche zur Reinigung bringen lassen. Unterstützung hinsichtlich pflegerischer Belange (Medikamente von der Apotheke) erhalten sie auf der Pflegestation und mit organisatorischen Anliegen können sie sich an das Sekretariat wenden.

"Und in unserem Fall heißt betreutes Wohnen, dass Tag und Nacht eine Diplomkrankenschwester anwesend ist. Wenn heute jemand Hilfe braucht, kann sich jemand mit dem Glockennotruf auf die Station wählen und die Schwester ist gleich dort und leitet erste Hilfe ein, holt einen Arzt oder die Rettung oder verbindet oder was halt passiert ist." (Interview D 1 Abs. 6)

Ab dem Jahr 2003 standen im ersten Gebäude im zweiten Obergeschoss 18 Wohnungen zur Verfügung, im Jahr 2007 wurden weitere 37 Wohnungen im zweiten Gebäude im ersten und zweiten Obergeschoss fertig gestellt.

Das Angebot der betreuten Wohnungen richtet sich an alle älteren oder beeinträchtigten Menschen, die im akuten Notfall jederzeit Hilfe erhalten möchten, aber noch selbstständig leben wollen. Die Pflegestation richtet sich an Personen ab der Pflegestufe 3.

Die **Kosten** für ein Bett auf der Pflegestation bzw. betreute Wohnungen sind im Anhang zu finden.

2.2.3 Ergänzende Angebote

Weitere Angebote im Seniorenzentrum Haag im Gebäude 1 sind die hauseigene Kapelle, der Café Haag-Raum (wo das Mittagessen für BewohnerInnen der betreuten Wohnungen serviert wird), 2 Seminarräume, ein Arztzimmer, ein Verabschiedungsraum und die Altenpflegeschule. In der Betriebsküche werden täglich ca. 150 Mahlzeiten zubereitet unter anderem für die Lebenshilfe, den Kindergarten und „Essen auf Rädern“.

Beide Gebäude sind mit einem überdachten Gang verbunden über den man in das Restaurant „Elisabethstube“ kommt, das öffentlich zugänglich ist. Im zweiten Gebäude sind weiters ein „physikalisches Institut“ und die Caritas Hauskrankenpflege Sozialstation Niederösterreich-West untergebracht.

2.2.4 Aktivitäten

2.2.4.1 Aktivitäten für BewohnerInnen intern

(vgl. Interviews mit internen ProfessionistInnen und BewohnerInnen)

Aktivitäten		zum Laternenfest, zum Nikolaus
- kreative Angebote wie Bastel- und Handarbeitsrunden	Ergotherapie	
- Gemeinsames Singen	- Bewegung (Einzelangebot)	- Firmgruppen
- Gedächtnistraining	- Sitzgymnastik	Pfarre
- Spielen (Karten- und Brettspiele) - Luftballon schupfen	- Aktivgruppe mit Angeboten wie Kochen, Nüsse knacken, Äpfel schälen, Obstsalat zubereiten	- wöchentlicher Gottesdienst und Rosenkranzgebet
- ursprüngliche Aktivitäten wie mit Spinnrädern Wolle herstellen, „Federn schleißn“, Heimatnachmittag mit Mundartgedichten und volkstümlicher Musik	Jahreskreisfeiern	- Adventkranzweihe in der Kapelle
- Filmnachmittage mit alten Filmen	- Weihnachtsfeier	Interne Aktivitäten nach außen
	- Faschingsfeier/ ball	- Ausflüge für Pflegestation (Sonntagberg, Rosengarten Seitenstetten, Mostviertelmuseum Haag)
	Aktivitäten von außen	
	- Kindergartengruppen besuchen die BewohnerInnen am Faschingsdienstag,	

2.2.4.2 Angehörige

Einmal im Jahr im Frühjahr gibt es einen **Angehörigentag**, wo Angehörigen von BewohnerInnen der Pflege und betreuten Wohnungen im 1. Gebäude mittels Power Point Präsentation über Feste und Aktivitäten des letzten Jahres informiert werden.

Zu Allerheiligen findet ein **Gottesdienst für Verstorbene** statt, zu dem alle Angehörigen der Verstorbenen des vergangenen Jahres zur Mitfeier der Messe und zu anschließendem Kaffee und Kuchen eingeladen werden.

Neben diesen aufgezählten Tätigkeiten geben die **Aktivitätenprogramme** vom Dezember 2007 und Jänner 2008 im Anhang einen groben Überblick über Angebote im Seniorenzentrum Haag. Für die Öffentlichkeit zugänglich sind diverse Vorträge und Seminare über das Jahr.

3 Bedürfnisse der BewohnerInnen – sozialarbeiterische Angebote: Forschungsergebnisse

Die Fragestellung der Diplomarbeit bezieht sich auf Bedürfnisse von BewohnerInnen, die in Anlehnung an das Modell von Martha Nussbaum über Grundeigenschaften und Funktionsfähigkeiten eines „guten Lebens“ durch qualitative Interviews ermittelt wurden.

3.1 Bedürfnisse der BewohnerInnen

Bei den Interviews mit den internen und externen ProfessionistInnen wurden einerseits die Bedürfnisse der BewohnerInnen und andererseits sozialarbeiterische Tätigkeitsfelder erhoben. Die Forschungsergebnisse dazu werden in den Kapiteln 3.1 Bedürfnisse der Bewohnerinnen und 3.2 Sozialarbeiterische Tätigkeitsfelder zusammengefasst.

3.1.1 Bedürfnis nach Vereinzelung

Den BewohnerInnen ist das Bedürfnis nach **Vereinzelung** ein besonderes Anliegen. Vereinzelung bedeutet, das Leben individuell im eigenen Kontext und Lebensumfeld nach eigenen Vorstellungen und Neigungen gestalten und leben zu können. Zur Kategorie der Vereinzelung zählt auch das Bedürfnis nach **Beschäftigung** und das Bedürfnis den **eigenen Interessen nachzugehen**. Die Grenzen zwischen Beschäftigung und eigenen Interessen fließen auch bei der Auswertung ineinander. Bei Beschäftigung äußern die BewohnerInnen den Wunsch nach angenehmen, altersadäquaten, anregenden, interessanten und sinnvollen Tätigkeiten. Bedeutsam ist das Anliegen, dass Beschäftigung erwünscht ist, die den BewohnerInnen von früher bekannt ist. Bei den Interessen gelten dieselben Maßstäbe, wobei zusätzlich Interesse an Aktivität mit sozialen Gruppen besteht, beispielsweise Ausflüge mit der Familie oder dem Pensionistenverein. Konkrete Beschäftigungen bzw. Interessen werden angeführt und reichen von Alltagstätigkeiten, kreativen Tätigkeiten und (sportlicher) Bewegung bis hin zu Aktivität in Gruppen und Teilnahme an

Veranstaltungen/ Festen. Der Wunsch nach Veranstaltungen und Tätigkeiten wie Theater-, Konzert- und Restaurantbesuche deckt das Bedürfnis nach **Kultur** ab.

Bei dem Grundbedürfnis nach Vereinzelung liegt ein weiteres Augenmerk auf der **Wohnortwahl**. Die eigene freie Entscheidung für die Wahl des Wohnortes wird gewichtet neben einer entsprechenden infrastruktureller und räumlicher Ausstattung. Ein bedeutsames Anliegen ist die Sehnsucht nach Heimat, nach einem Ort zu dem Zugehörigkeitsgefühl möglich ist, emotionale Verbindungen bestehen und sich die BewohnerInnen zu Hause fühlen. Der Umzug ins Seniorenzentrum und dem damit verbundenen Heimweh, stellt eine enorme Herausforderung für nahezu alle BewohnerInnen dar. Punkto **Lebensraumgestaltung** fordern sie einen Wohnort, an dem sie sich wohl fühlen und wo Gewohntes/ Altes und Neues Platz hat.

Bedeutsam beim Thema Vereinzelung sind die Faktoren **Selbstbestimmung und Selbstständigkeit (Autonomie)**. Diese beziehen sich auf die autonome Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit im Alltag - weitgehend ohne fremde Unterstützung auszukommen - und werden als besonders wichtig für ein „gutes“ Leben im Alter genannt.

Das Bedürfnis nach **Sprache** lässt sich mit dem Wunsch nach verbalem und nonverbalem Ausdruck bzw. Kommunikation beschreiben. Wechselseitiger respektvoller Umgang zwischen BewohnerInnen untereinander und dem Personal des Seniorenzentrums ist förderlich für gutes Eingewöhnen, für Sich-Wohl-Fühlen und Umgang mit Konflikten im Seniorenzentrum.

Beim Bedürfnis nach **Eigentum** geht es vor allem um die finanzielle Regelung des Alltags zu Lebzeiten und nach dem Tod.

3.1.2 Bedürfnis nach physischer und psychischer Gesundheit

Physische und psychische Gesundheit ist den BewohnerInnen ein besonderes Anliegen. Die Funktionsfähigkeit des eigenen Körpers soll erhalten bleiben, um aktiv zu bleiben und das Leben genießen zu können. Eine besondere Herausforderung ist dabei der Umgang mit den altersbedingten körperlichen und geistigen Einschränkungen. Ein Indikator dafür ist unter anderem die **Mobilität**. Diese soll aufrechterhalten werden, um alltägliche Tätigkeiten und Interessen durchführen zu können und somit die Selbstständigkeit zu bewahren. Mittel die Mobilität gewährleisten, wie Heilbehelfe, Körpertherapien und infrastrukturelle Möglichkeiten, sind erwünscht.

Hinsichtlich der **Pflege** im Alter wünschen die BewohnerInnen eine gute Rundum-Versorgung bzw. Pflege durch professionelles Pflegepersonal, Pflege durch die Familie, unterstützende Hilfen bei der eigenen Pflege, sowie Hilfe bei Pflege von EhepartnerInnen.

Gute Versorgung schließt gute **Ernährung** und **Unterkunft** mit ein. Das Bedürfnis nach **sexueller Befriedigung** wurde in keinem Interview erwähnt, was die Tabuisierung dieses Themas vermuten lässt.

3.1.3 Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit

Das allgemeine Anliegen nach **sozialer Verbundenheit** findet sich im Wunsch nach Kontakt zu anderen Menschen sowie Nähe, Zugehörigkeit und Zuwendung anstatt Einsamkeit. Schwerpunkt dabei ist auch das Bedürfnis nach **familialer Interaktion**. Der Wunsch nach Kontakt zur Familie wird vielfältig angestrebt mit Besuchen, Familienfesten und Aktivitäten mit der Familie. Rückhalt, Bestärkung Zeit mit der Familie und speziell materielle/ organisatorische Unterstützung werden neben guter Versorgung durch die Familie genannt. Zusammenhalt und ein gutes Verhältnis zur Familie und zwischen den Familienmitgliedern mit konfliktfreien Beziehungen sind erwünscht. Auch bei der **nachbarschaftlichen Interaktion** steht das konfliktfreie Miteinander (speziell auf der Pflegestation) an oberster Stelle. Guter nachbarschaftlicher Kontakt, wechselseitige Unterstützung und Gespräche fließen mit ein.

Das Bedürfnis nach **gesellschaftlicher Interaktion** kann mit dem Wunsch nach gesellschaftlicher Teilhabe und Kontakt mit bekannten Menschen im Lebens- bzw. Wohnumfeld beschrieben werden. **Freundschaftliche Interaktion** bezieht sich auf wechselseitigen Kontakt und Unterstützung im Freundeskreis. Die BewohnerInnen äußern im Zusammenhang mit sozialer Verbundenheit das Bedürfnis nach Gespräch und **GesprächspartnerInnen** und nennen dabei vielfältige Beweggründe. Motive sind Informationsgewinnung, Unterhaltung, An- und Aussprechen von Sorgen/ Problemen/ Anliegen im Zusammenhang mit Familie, Konflikten, nichtbewältigten Erlebnissen aus der Vergangenheit und der Wunsch nach Lob und Anerkennung. An den/ die GesprächspartnerIn haben sie den Anspruch einer neutralen, gleichwertigen Person, zu der sie Vertrauen haben, die Zeit hat und von der sie sich ernst genommen fühlen.

3.1.4 Bedürfnis nach Emotionen

Bei der Nachfrage nach **Emotionen** stehen für die BewohnerInnen **Freude**, **Zufriedenheit** und **Liebe** im Vordergrund. Liebe mit Nähe und Zuwendung setzt einen Gegenpol zu Einsamkeit. Das Bedürfnis nach Bindung prägt sich in unterschiedlichen Pfaden aus. Die **Bindung** zum/ zur EhepartnerIn wird vielfach benannt und umschreibt die gelebten Beziehungen mit ihren Ausformungen und Bedingungen. Die Bindung zum Leben vor dem Wohnen im Seniorenzentrum war bzw. ist stark ausgeprägt und BewohnerInnen empfinden Verluste hinsichtlich Wohnort, Arbeitsplatz, Lebensumfeld, der eigenen Identität und emotionaler Bindung. Hinsichtlich emotionaler Bindung besteht das Bedürfnis nach vermehrter familiärer Anbindung, die durch den Umzug ins Seniorenzentrum als geschwächt erlebt wird.

3.1.5 Bedürfnis nach Leben

Das Bedürfnis nach **Leben** wird ausgehend von der Sterblichkeit jedes Menschen betrachtet. Dieses Bedürfnis wird als Wunsch nach einem guten Leben (ohne frühzeitigen Tod) formuliert und stellt besondere Aufgaben an den letzten Lebensabschnitt: das Leben selbst bestimmt positiv zu gestalten und zu genießen, das Sterben und den Tod zu akzeptieren und sich darauf vorzubereiten.

3.1.6 Bedürfnis nach körperlicher Integrität

Das Bedürfnis nach **körperlicher Integrität** bezieht sich auf die Achtung der eigenen Bedürfnisse, der Intimsphäre und Körpergrenzen sowie auf Schmerzvermeidung, um im Leben nicht beeinträchtigt zu sein.

3.1.7 Bedürfnis nach Humor und Spiel

Mit dem Bedürfnis nach Humor und Spiel mit Lachen, Spaß und Freude geht auch jenes nach Ruhe, Erholung und Entspannung einher.

„Ich bin so glücklich, weil es so ruhig ist da. Du hörst kein Mäuserl rennen. Die Ruhe tut mir so gut. Und daheim ist halt immer etwas gewesen zum Aufregen.“ (Interview C 5 Abs. 8)

3.1.8 Bedürfnis nach Entlastung

Für dieses Bedürfnis spricht auch das Bedürfnis nach **physischer und psychischer Entlastung**, wo von den BewohnerInnen der Wunsch nach Erleichterung von

alltäglichen Aufgaben, von Verantwortung, von der Pflege des/ der Ehepartners/in, von Erlebnissen aus der Vergangenheit oder von akuten Problemen spürbar ist.

3.1.9 Bedürfnis zu denken und wahrzunehmen

Im Bereich des **Denkens und Wahrnehmens** und der **praktischen Vernunft** besteht das Bedürfnis nach guter Denkleistung und gutem Gedächtnis. Das Bedürfnis nach Nutzung der praktischen Vernunft ermöglicht Coping-Strategien, um mit dem Umzug ins Seniorenzentrum zurechtzukommen, eigene Entscheidungen zu treffen und das Leben zu planen und zu gestalten. Letzteres spiegelt sich auch im Bedürfnis nach **Sinnfindung** wider, bei dem Lebensziele gesetzt werden, eine positive Lebenseinstellung und –gestaltung und ein gutes zufriedenes Leben erstrebt werden.

Von der Sinnfindung lässt sich eine Brücke zum Bedürfnis nach **Religiosität** und Glauben schlagen, welche die BewohnerInnen als sinnstiftend erachten.

3.1.10 Bedürfnis nach Sicherheit

BewohnerInnen äußern ein Bedürfnis nach **Sicherheit**. Sie erfahren Sicherheit durch die Option von Hilfe/ Pflege im Notfall, durch Orientierung im Wohnumfeld, durch Gewohntes, durch Wissen über ihre Altersversorgung und die Versorgung ihrer Kinder sowie durch familiäre Unterstützung.

3.1.11 Bedürfnis nach Unterstützung

Das Bedürfnis nach Unterstützung skizziert den Wunsch **AnsprechpartnerInnen** in verschiedenen Belangen zu haben (pflegerisch, organisatorisch, medizinisch und psycho-sozial).

3.1.12 Bedürfnis nach Mitbestimmung

BewohnerInnen haben das Bedürfnis nach **Mitbestimmung** im Seniorenzentrum Haag. Sie sehen Möglichkeiten durch eine instrumentalisierte Vernetzung und Austausch der BewohnerInnen untereinander bzw. zur Leitungsebene hin.

3.1.13 **Bedürfnis nach Beziehung zu Tieren, zu Pflanzen und zur Welt**

Das Bedürfnis nach **Beziehung zu Tieren, zu Pflanzen und zur Welt** erleben die BewohnerInnen in Genuss und Erholung in Landschaft, Natur und Wetter.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass einige Bedürfnisse als zentrale Themen ersichtlich wurden, da diese für die BewohnerInnen aufgrund der Häufigkeit der Nennungen als besonders bedeutsam erscheinen. Dazu zählen das Bedürfnis nach:

- Beschäftigung und Nachgehen von Interessen
- Wohnortwahl
- Selbstbestimmung und Selbstständigkeit
- physischer und psychischer Gesundheit
- Mobilität
- familiärer Interaktion
- nachbarschaftlicher Interaktion
- GesprächspartnerInnen

Diese Schwerpunkte müssen als notwendige Anknüpfungspunkte/ Berührungspunkte von/ für Sozialarbeit gesehen werden.

3.2 **Sozialarbeit**

Bei den Interviews mit den internen und externen ProfessionistInnen wurden einerseits die Bedürfnisse der BewohnerInnen und andererseits sozialarbeiterische Tätigkeitsfelder erhoben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf bewohnerInnenorientierten Aufgaben. Haus- und milieuorientierte, mitarbeiterInnenorientierte und umfeldorientierte Angelegenheiten sind in geringerem Maße erfasst.

Von den **Rahmenbedingungen** für Sozialarbeit erscheint ein Gesprächssetting wichtig, bei dem sich der/ die BewohnerIn wohl fühlt. Weiters wird eine klare Abgrenzung zwischen den Professionen bzw. Aufgabenbereichen gewünscht. Zurückführen lässt sich das vermutlich auf die Unsicherheit bezüglich den Aufgaben und der Stellung von Sozialarbeit im stationären Pflegebereich. Sozialarbeit wird jedoch als sinnvoll erachtet.

3.2.1 BewohnerInnenorientiert

Bei bewohnerorientierten Angeboten von Sozialarbeit besteht der Wunsch **Angebote und Aktivitäten** zu organisieren. Diese sollen interessen- und bedürfnisorientiert Langeweile vorbeugen, im Alltag unterstützen, Aktivitäten anbieten und Ausflüge und Feiern organisieren. **Gruppenarbeit** mit BewohnerInnen wird nicht explizit erwähnt, fließt jedoch in den Bereich Aktivitätenprogramm in Gruppen mit ein.

Ein weiterer Schwerpunkt betrifft **Angehörigenarbeit**. In diesem Bereich werden vielfältige Angebote gewünscht: Information, Unterstützung vor, während und nach dem Heimeintritt,

Angehörigenarbeit hilft in der Entlastung des Pflegepersonals, in Form von Betreuung bei Familienkonflikten und als Begleitung in der Sterbephase des/ der Bewohners/in.

Die **anwaltschaftliche Funktion** durch Vertretungsaufgaben von Sozialarbeit, kommt bei BewohnerInnen ohne Angehörige oder bei BewohnerInnen mit konfliktreichem Familienumfeld zum Tragen.

Ein facettenreiches Bild bietet **Einzelfallhilfe**, neben den Anforderungen Zeit für Gespräche zu haben und Unterstützung zu geben. Themenkreise sind die Betreuung von „schwierigen“ und psychisch kranken BewohnerInnen, Konflikte bei (Ehe)Paaren, Tod und Sterben (Sterbebegleitung), Vergangenheitsbewältigung, Familienkonflikte, Heimweh und Schuldenregulierung.

Ein bedeutsamer Bereich ist die Unterstützung bei **Heimaufnahme und Heimübertritt** mit Kontakt im Vorfeld, Kontakt durch Sozialarbeit beim Aufnahmegespräch, Krisenintervention, Begleitung und Integrationshilfen beim Eingewöhnen ins Heim.

Konfliktberatung bezieht sich auf Kontroversen zwischen BewohnerInnen (speziell auf der Pflegestation) und BewohnerInnen und Pflegepersonal.

Beim **sozialen Netzwerken** geht es um den Aufbau und die Stärkung von Sozialkontakten, speziell um die Unterstützung der Primärnetzwerke wie Familie und Nachbarn, um Vereinsamung und Isolation vorzubeugen.

Vermittlungsarbeit zu anderen Sozialeinrichtungen, Therapie- und Rehamaßnahmen ist je nach individueller Problemlage relevant.

3.2.2 Haus- und milieuentriert

Die Förderung der Mitbestimmungsmöglichkeiten von BewohnerInnen und Zusammenarbeit bzw. Kooperation mit Professionen innerhalb des Seniorenzentrums sind haus- und milieuentrierte Aufgaben.

3.2.3 MitarbeiterInnenorientiert

Für MitarbeiterInnen besteht Bedarf an Organisation von internen Fortbildungen im Umgang mit besonderen Themen (Krisen, psychisch Kranke) und individuelle Begleitung von Personal als Entlastung bei Überforderung, Burn-out-Prävention und für Abgrenzung.

3.2.4 Umfeldorientiert

Inhalte von umfeldorientierter Sozialarbeit betreffen den Aufbau von Ehrenämtern im Seniorenzentrum Haag bzw. einer Struktur dafür, die Vernetzung nach außen und die Öffentlichkeitsarbeit.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Schwerpunkte von Sozialarbeit bei diesen Aufgaben liegen:

- Aktivitätenprogramme
- Angehörigenarbeit
- Einzelfallhilfe zu verschiedenen Themen
- Heimaufnahme und Heimübertritt
- Soziale Netzwerken (auch mit Aufbau von ehrenamtlichen Besuchsdiensten)

Diese Schwerpunkte der Forschungsergebnisse sind hier nur kurz umrissen und fließen näher diskutiert im nächsten Kapitel mit ein, wo Verknüpfungen zwischen Bedürfnissen der BewohnerInnen und Sozialarbeit bzw. Kooperationsbereiche mit anderen Professionen erörtert werden.

4 Sozialarbeit im Seniorenzentrum Haag

Dieses Kapitel geht auf die Zielsetzungen und Besonderheiten von Sozialarbeit in der Altenhilfe ein und beschreibt konkrete sozialarbeiterische Angebote.

4.1 Bedarf für Sozialarbeit im Seniorenzentrum Haag

Vor dem Hintergrund der ermittelten Bedürfnisse und Tätigkeitsfelder von Sozialarbeit gibt hier eine Tabelle Übersicht über die (möglichen) Verknüpfungen. Da es den Rahmen der Arbeit sprengen würde, gehe ich bei den sozialarbeiterischen Angeboten auf die bedeutsamsten ermittelten Bedürfnisse von BewohnerInnen ein (Haselberger 2008). Eine Übersicht über die gesamte Bedürfnislage von BewohnerInnen mit Verknüpfungen zu Sozialarbeit ist im Anhang zu finden.

Schwerpunkte Bedürfnisse	Schwerpunkte Sozialarbeit
Bedürfnis nach Beschäftigung und Nachgehen von Interessen	Aktivitätenprogramme Gruppenarbeit
Bedürfnis nach Wohnortwahl	Heimaufnahme und Heimübertritt
Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Selbstständigkeit	Einzelfallhilfe
Bedürfnis nach physischer und psychischer Gesundheit	Einzelfallhilfe Krankheits- bzw. Altersbewältigung
Bedürfnis nach Mobilität	Einzelfallhilfe Krankheits- bzw. Altersbewältigung Vermittlungsarbeit
Bedürfnis nach familiärer Interaktion	Einzelfallhilfe Soziales Netzwerken Angehörigenarbeit Konfliktberatung
Bedürfnis nach nachbarschaftlicher Interaktion	Soziales Netzwerken Einzelfallhilfe Konfliktberatung
Bedürfnis nach GesprächspartnerInnen	Soziales Netzwerken Aufbau von ehrenamtlichen Besuchsdiensten

Abbildung 7: Verknüpfung von Bedürfnissen und Sozialarbeit

Die einzelnen bedürfnisorientierten sozialarbeiterischen Angebote werden im Kapitel 4.3 „Sozialarbeiterische Angebote im Seniorenzentrum Haag“ **ausformuliert und erweitert**.

In dieser Aufstellung wird ersichtlich, dass Sozialarbeit auf vielfältige Bedürfnisse von BewohnerInnen reagieren kann und bei der Erfüllung Unterstützungsmöglichkeiten hat. Der **Bedarf** an Sozialarbeit ist folglich **festgestellt**. Die Profession verfügt über die Expertise, den gesellschaftlichen Auftrag, die Methodik und das Know-How der Arbeit am/ mit Menschen und an sozialen Problemen.

Der Auftrag wird auch durch die Niederösterreichische Pflegeheimverordnung (2002: o. S.) mit dem § 14 (2) Z. 8 – 9 verfestigt, wo die rasche und individuelle Behandlung von persönlichen Anliegen, insbesondere die Beratung in sozialen, rechtlichen und psychologischen Belangen und die rasche, objektive und angemessene Bearbeitung von Beschwerden als Rechte von BewohnerInnen gesichert sind.

Doch warum kann und soll gerade Sozialarbeit als Profession in der Altenhilfe verankert sein? Was ist das Besondere an der sozialarbeiterischen Herangehensweise?

Die Autoren Bechtler, Pina und Radebold (1981: 10 – 11) postulieren die **Besonderheit der sozialarbeiterischen Aufgabe** darin, dass „sie [SozialarbeiterInnen] gegenüber anderen Berufsgruppen ... eine umfassende „psychosoziale“ Sicht haben und besser Auswirkungen lebenslanger defizitärer Sozialisationsprozesse auf das Altern und die Alterssituation erkennen. Erst aus dieser Sicht können Ursachen, Ausmaß und objektive Bedeutung sozialer Not aufgezeigt und unter Beachtung der Bedürfnisse des älteren Menschen in seiner individuellen und gesellschaftlichen Situation soweit wie möglich überwunden werden.“

Das Besondere an Sozialarbeit nach Karl (1993 b: 17) im Gegensatz zu anderen Professionen mit einer eher spezialisierten Sicht ist die Verknüpfung von Micro-, Meso- und Makro-Ebene.

Kraus (2003: 39) formuliert die Eigenheit Sozialer Arbeit darin, „dass sie den Überblick über die privaten und öffentlichen Netze von älteren Menschen hat und mögliche Gefährdungen oder bereits erfolgte Beeinträchtigungen dieser Vernetzungen kennt.“ (Kraus 2003: 39)

Zusammenfassend kann der Anspruch erhoben werden, dass Sozialarbeit mit ihrer ganzheitlichen systemischen Sichtweise gegenüber anderen Berufsgruppen ein vernetzendes verknüpfendes Denken aufweist und damit treffender Wirkungszusammenhänge zwischen Mensch und Umwelt erkennt und unter Einbeziehung der Individualität und des Kontextes des alten Menschen ressourcen- bzw. problemlösungsorientiert und präventiv arbeitet. Konkrete Abgrenzungsbereiche zwischen den Professionen würden im Kontext dieser Arbeit zu weit führen.

Weiters liegt die Gruppe alter Menschen nach Bechtler/ Pina/ Radebold (1981: 10) im Aufgabenbereich von Sozialarbeit. Sie beschreiben drei **Zielgruppen**, an denen sich die Profession ausrichten und entsprechende Möglichkeiten zur Verfügung stellen muss:

- „als Angebot an alle älteren Menschen im Sinne einer sozialen Verpflichtung, das nicht auf soziale Notlagen zielt, sondern der Verwirklichung von generellen Bedürfnissen und Rechten dient;
- als ergänzende Hilfe in speziellen Problemsituationen, die mit dem Altern verbunden und vorübergehender Art sind;
- als ständige Hilfen für diejenigen, deren Lebenslage sie nicht in den Stand setzt, aus eigener Kraft Einschränkungen und Behinderungen zu überwinden.“

Im Seniorenzentrum Haag finden sich alle drei Zielgruppen. Das allgemeine an alle ausgerichtete Angebot betrifft vor allem BewohnerInnen der Pflegestation und der betreuten Wohnungen, die weitgehend selbstständig und selbstbestimmt ihr Leben meistern, jedoch trotz keiner akuten Lebenslage Unterstützung bei der Erfüllung ihrer Bedürfnisse wünschen. Ergänzende Hilfe in Problemsituationen ist beispielsweise beim einschneidenden Erlebnis des Heimeintrittes oder der Krankheits- bzw. Altersbewältigung erforderlich. Ständige Hilfen brauchen vor allem BewohnerInnen der Pflegestation, deren physischer und psychischer Abbauprozess schon weit fortgeschritten ist.

4.2 Sozialarbeit mit alten Menschen im stationären Bereich

4.2.1 Auftrag und Ziele von Sozialarbeit mit alten Menschen

„**Zentraler Auftrag** der Sozialarbeiter ist es, sich für die Erhaltung der Selbstständigkeit, der Selbstbestimmung einzusetzen und Sorge zu tragen für die Integration älterer und alter Menschen in die Gemeinschaft und Gesellschaft. Konkret bedeutet dies, dass sie die Ursachen für die Bedürfnisse, Probleme und Interessen der Älteren und der Gemeinschaft beziehungsweise der Gesellschaft finden.“ (Kraus 2003: 39)

Der Österreichische Berufsverband der SozialarbeiterInnen (2004: o. S.) nennt ebenso die zentralen Zielsetzungen der sozialen Integration und der Aufrechterhaltung selbstbestimmten Lebens auch bei Pflegebedarf.

Schweppe (2005: 41) konkretisiert das Ziel der Selbstbestimmung und spricht der Sozialarbeit die Aufgabe zu „alte Menschen in ihren je eigenwilligen und individuellen Lebensentwürfen zu begleiten und sie bei der Bewältigung der damit verbundenen lebenszyklischen Ambivalenzen sowie der sozialen und gesellschaftlichen Ungleichzeitigkeiten und Hindernisse zu unterstützen.“

Karl (1993b: 15) beschreibt den Kern „sozialer Altenarbeit“ als optimales Miteinanderverknüpfen von vorhandenen Ressourcen und Altenhilfe kann „nicht nur verstanden werden als Mittel zur Behebung von akuten Notlagen, sondern muss auch für die Befriedigung altersspezifischer Bedürfnisse sorgen und die Prävention zur Minderung der Risikofaktoren umfassen.“

Weiters formulieren Otto und Schweppe (1996: 66 – 67), dass die Sozialpädagogische/ Sozialarbeiterische Kompetenz in der Altenarbeit darin liegen kann, „jene soziale Ressourcen, die zur Bewältigung der ambivalenten und paradoxen Anforderungen moderner Lebensführung im Alter erforderlich sind, zu stärken und zu fördern und auf diese Weise die Entwicklung subjektiv als befriedigend und sinnvoll erlebter Lebensentwürfe zu unterstützen.“

Demzufolge umfasst Sozialarbeit im stationären Bereich (im Seniorenzentrum Haag) mit alten Menschen:

- die soziale Integration in Gemeinschaft des Seniorenzentrums Haag und Gesellschaft,
- die Aufrechterhaltung der Autonomie und Selbstbestimmung, um die eigenen Lebensentwürfe gestalten und leben zu können,

- die Verknüpfung, Aktivierung und Förderung von Ressourcen,
- die Befriedigung altersspezifischer Bedürfnisse und
- die Ursachenforschung für Probleme und Bedürfnisse.

4.2.2 Ansätze vom Sozialarbeit mit alten Menschen

Sozialarbeit soll sich an (vgl. Kraus 2003: 39 – 40) den besonderen Aspekten der Altenhilfe

- Autonomie,
- Lebenswelt,
- Biographie und
- Kompetenz des alten Menschen

orientieren und diese als Ausgangspunkt sozialarbeiterischen Handelns wahrnehmen.

Lebenswelt und Lebensweltorientierung wird meist im Zusammenhang mit ambulanter Arbeit oder Gemeinwesenarbeit mit alten Menschen erwähnt, scheint jedoch ebenso im stationären Bereich als Arbeitsprinzip nutzbringend. Woog (2003: 45) sieht die Aufgabe einer lebensweltorientierten Sozialen Altenarbeit darin, „den alten Menschen so zu stützen und zu stärken, dass sich sein Handlungs-, Entwicklungs- und Erlebnispotential in Bezug auf seine gewohnten Zeitstrukturen, die Gestaltung des vertrauten Raumes und die Erfahrung sozialer Bezüge entfalten kann.“

Nach Bauer und Otto (2004: 9) bildet der lebensweltlich orientierte Ansatz die Basis zur Bestimmung eines integrierten organisations- und handlungsorientierten Rahmenkonzepts für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und „zielt darauf, vorhandene Kompetenzen und die vorfindlichen und erschließbaren Ressourcen in einer Perspektive der Nachhaltigkeit zu nutzen und Unterstützungen an individuelle und familiäre oder netzwerklichen Lebenswelten anschlussfähig zu machen.“ (Bauer/Otto 2004: 11)

Diese lebensweltliche Perspektive sollte bei Interventionen immer einbezogen sein vor allem im stationären Bereich, wo Autonomie und Selbstverantwortung des alten Menschen ohnedies schon stark eingeschränkt sind (vgl. Thiele 2001: 91 und Karl 1993 b: 75). Bauer und Otto (2004: 9) erachten beim lebensweltlich orientierten Ansatz **Autonomie** und **Selbstbestimmung** als zentrale Fluchtpunkte.

Auch die „individuelle **Biographie** erhält in diesem Zusammenhang [Frage nach der Lebensgestaltung im Alter] eine wesentliche Bedeutung als Orientierungshilfe für die Entscheidung und das Gestalten der jeweiligen Lebensphase.“ (Kraus 2003: 35)

Insofern besteht eine starke Wechselwirkung und gegenseitige Beeinflussung zwischen der Orientierung an der Lebenswelt und Autonomie des Menschen, wo auch die Biographie (individuelles Lebensschicksal, Lebenslage und –stil) und die **(Handlungs-)Kompetenz** miteinfließen.

Woog (2003: 43 – 44) bezieht beim lebensweltorientierten Ansatz die Strukturmaximen nach Thiersch wie Alltagsorientierung, Prävention, Alltagsnähe, Integration/ Normalisierung, Dezentralisierung/ Regionalisierung und Vernetzung mit ein, die bei der Arbeit mit alten Menschen berücksichtigt werden müssen.

4.2.3 Aufgaben Sozialer Arbeit in Alten- und Pflegeheimen

Die Autoren Karl, Grond und Graber-Dünow formulierten Tätigkeitsbereiche von **Sozialarbeit mit alten Menschen im stationären Bereich** und kommen zu sehr ähnlichen Ergebnissen. Da der Schwerpunkt meiner Arbeit bei bewohnerInnenorientierten Aufgaben liegt, führe ich diese genauer aus.

Karl (1993 b: 77 - 83) beschreibt das Ansetzen von Sozialarbeit in Alten- und Pflegeheimen auf drei Ebenen:	Grond (2001: 16 – 17) beschreibt die Aufgaben von Sozialarbeit in vier Bereichen:	Graber-Dünow (1997: 14 – 20) beschreibt die Arbeitsschwerpunkte von Sozialarbeit: * sonstige Aufgaben (keine Schwerpunkte)
<p>Klientenzentrierte und bewohnerbezogene Ebene</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontaktaufnahme, Beratung, Information und Unterstützung vor Heimeintritt - Individuelle Betreuung in der Eingewöhnungsphase - Fallbezogene Kooperation mit anderen ProfessionistInnen - Ergänzung der Pflegeplanung um psychosoziale Aspekte - Einzelfallarbeit - Gruppenarbeit zur Netzwirkbildung - Freizeitaktivitäten 	<p>Bewohnerorientierte Aufgaben</p> <p>Individuelle Beratung und Begleitung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung zur Heimaufnahme - Integrationshilfen - Vermittlungsdienste zu spezifischen Angeboten - Aufbau und Erhalt tragfähiger Beziehungen - Konfliktberatung - Begleitung des Alterungsprozesses <p>Arbeit mit Gruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soziale Gruppenarbeit - Therapeutisch orientierte Gruppenarbeit - Kreativ, musisch-kulturelle Gruppenarbeit <p>Angehörigenarbeit</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information - Begleitung und Beratung - Kooperation 	<ul style="list-style-type: none"> - Heimaufnahme - Aktivitätenprogramme - Angehörigenarbeit - Sterbebegleitung - Konfliktintervention* - Einzelfallhilfe* - Unterstützung und Begleitung des Heimbeirates* - Erstellung von Sozialanamnesen und Beteiligung an der Pflegeplanung*

Institutions- und mitarbeiterbezogene Ebene <ul style="list-style-type: none"> - Teamarbeit - Fachliche Förderung und Qualifizierung der MitarbeiterInnen - Vermittlung von Fortbildung und Supervision - Arbeit mit PraktikantInnen und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen - Kooperation mit anderen TrägerInnen der Altenhilfe - Angehörigenarbeit (Information, Gruppenarbeit, Sprechstunden, Konfliktregulierung) - Institutionsanalyse und Organisationsentwicklung mit MitarbeiterInnen - innovative Arbeit an der Heimstruktur - Mitgestaltung am Milieu - Heimleitung 	Mitarbeiterorientierte Aufgaben <ul style="list-style-type: none"> - individuelle Beratung und Begleitung - Begleitung und Beratung von Teams und Gruppen - Fortbildung 	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation von Fortbildungsmaßnahmen für MitarbeiterInnen*
	Haus- und Milieuorientierte Aufgaben <ul style="list-style-type: none"> - Informations- und Vernetzungsarbeit - Zusammenarbeit mit Leitungsebenen 	<ul style="list-style-type: none"> - Milieugestaltung - Verwaltungsaufgaben - Anleitung von PraktikantInnen - Teilnahme an Dienstbesprechungen, Übergaben und sonstigen hausinternen Kommunikationsformen*
Umfeld- und gemeinwesenorientierte Ebene <ul style="list-style-type: none"> - Öffentlichkeitsarbeit - Gemeinwesenarbeit (Kontakte mit Angehörigen, GemeindegliederInnen, Vereinen, NachbarInnen) - Kontaktaufbau nach außen 	Umfeldorientierte Aufgaben <ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung mit Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe - Kontakt und Zusammenarbeit mit dem Gemeinwesen 	<ul style="list-style-type: none"> - Gemeinwesenarbeit - Öffentlichkeitsarbeit*

Abbildung 8: Sozialarbeit mit alten Menschen in stationären Einrichtungen

(Haselberger 2008)

Gatterer (2007: 12 - 13) sieht psychosoziale Maßnahmen im höheren Lebensalter als interdisziplinäre Aufgabe und nennt dabei sechs Bereiche:

- Gesellschaftspolitik
- Geroprophylaxe (Vorbeugung des vorzeitigen Altersabbaus)
- Rehabilitation, Behandlung, Restauration und Korrektur von Störungen, Schäden und Abbauerscheinungen
- Management funktioneller Restzustände (Zurechtkommen mit irreversiblen Problemsituationen bzw. Krankheiten)
- Hilfe für Angehörige der Betroffenen
- Hilfe für professionelle Helfer

Diese Aufstellung zeigt die Möglichkeiten eines breiten und vielfältigen Angebotes von Sozialarbeit in Pflege- und Altenheimen. Selten kommt Sozialarbeit das gesamte Spektrum an Aufgabe zu, denn in jeder Einrichtung gibt es Schwerpunktsetzungen und die tatsächlichen Aufgaben differieren und sind abhängig von der Struktur und den Angeboten der Organisation und den Aufgabenbereichen anderer Professionen.

Auch die folgende sozialarbeiterische Aufgabenbeschreibung für das Seniorenzentrum Haag ist spezifisch auf die vorhandenen Strukturen, Professionen und Bedürfnisse ausgelegt und kann nicht für andere Einrichtungen unbedacht und unreflektiert übernommen werden. Sie kann jedoch Anregungen liefern, welche Bedürfnisse alte Menschen in stationären Einrichtungen haben können, wie Sozialarbeit in Pflege- und Altenheimen aussehen kann und welche Rahmenbedingungen beachtet werden sollen.

4.2.4 Grenzen und Probleme in der stationären Sozialarbeit

Grenzen liegen in der **nachhaltigen Stabilisierung** der BewohnerInnen. Meist übersiedeln BewohnerInnen schon hochbetagt in einem eher schlechten gesundheitlichen Zustand ins Pflegeheim.

Sozialarbeit kann zwar unterstützend eingreifen, aber ein Überflüssig-Werden seitens der Sozialarbeit bzw. eine nachhaltige Stabilisierung ist weitgehend unmöglich (vgl. Woog 2006: 46). Sozialarbeit im stationären Bereich begleitet die alten Menschen meist bis zum Ende ihres Lebens.

Als Problem stellt sich die **fehlende Verankerung von Sozialarbeit** in Alten- und Pflegeheimen dar.

Beispielsweise wird Sozialarbeit im Bericht des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2004) über den Ausbau der Dienste und Einrichtungen im Alten- und Behindertenbereich im Kapitel über Alten- und Pflegeheime nicht miteinbezogen, obwohl es beschäftigte SozialarbeiterInnen gibt, laut dem Bericht „Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich“ des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (2005). In diesem Bericht werden jedoch SozialarbeiterInnen unter der Berufskategorie „weiteres Personal“ mit Zivildienern zusammengefasst. Dies drückt für mich die geringe Achtung und Präsenz der Profession der Sozialarbeit im Gesundheitswesen aus.

Dazu schreibt Schweppe (2005: 39 – 40), dass es der Sozialpädagogik/ Sozialarbeit bisher kaum gelungen ist, „eine eigenständige Expertise innerhalb dieses von medizinischen und pflegerischen Berufen und deren Deutungsmustern und Klientelverständnissen beherrschten Arbeitsfeldes zu entwickeln und zu

verdeutlichen, auf welche Weise sie zur Bearbeitung, Linderung oder Lösung altersspezifischer Problematiken bzw. zur Herstellung befriedigender Lebensentwürfe im Alter beitragen kann.“

Kraus (2003: 35) fordert, dass sich Sozialarbeit, um sich im Sozial- und Gesundheitssystem zu manifestieren, dringend einer Darstellung des spezifischen sozialarbeiterischen Leistungsprofils bedarf, um Transparenz zu schaffen und den nachhaltigen Qualitätsverlust durch den Wegfall von Sozialarbeit sichtbar zu machen.

Im Bereich stationärer Sozialarbeit gibt es mehrere Grenzen und Probleme. Ich habe nur diese angeführt, da sie mir besonders wichtig erscheinen. Einige weitere fließen noch bei den Rahmenbedingungen im Kapitel 4.3.1 mit ein.

4.3 Sozialarbeiterische Angebote im Seniorenzentrum Haag

4.3.1 Rahmenbedingungen

Bevor auf konkrete Aufgaben von Sozialarbeit eingegangen wird, müssen noch **Rahmenbedingungen** erläutert werden.

In welchem Umkreis bewegt sich Sozialarbeit im Seniorenzentrum? Wo sind Besonderheiten, auf die Sozialarbeit im Seniorenzentrum Rücksicht nehmen muss bzw. Bedingungen, die von Sozialarbeit mitbedacht und eingeflochten werden müssen?

4.3.1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

„Gesetzliche Grundlagen der Sozialarbeit mit alten Menschen finden sich vor allem in den Sozialhilfegesetzen der Länder. Trägerorganisationen sind entweder die Länder selbst oder private Organisationen, deren Dienstleistungen für alte Menschen in den meisten Fällen aus den Sozialbudgets der Länder finanziert oder subventioniert werden.“ (ÖBDS 2004: o. S.)

So wurde am 25. Juni 2002 aufgrund des § 51 Abs 3 des NÖ Sozialhilfegesetzes 2000 das Landesgesetzblatt (LGBl) 92/2002 verordnet. Die Niederösterreichische Pflegeheimverordnung beinhaltet neben der baulichen Gestaltung und den Mindestanforderungen organisatorische und betriebswirtschaftliche Erfordernisse wie jene über Heim- und Pflegedienstleitung, Personal, Personalplanung, Dokumentation, Verschwiegenheitspflicht, Auskunftspflicht, Vermögensvorteile und

Leistungen und Bestimmungen über die Beziehung zwischen Heim und BewohnerInnen wie die Rechte der BewohnerInnen, Heimordnung und Heimvertrag, Versicherung und Beschwerden.

Spezifisch für Sozialarbeit in Pflegeheimen gibt es keinen rechtlichen Rahmen, die Pflegeheimverordnung gibt aber speziell in einem Punkt einen Handlungsrahmen vor und bestärkt den Auftrag von Sozialarbeit in diesen Einrichtungen.

Aus meiner Sicht geben Teile des § 14 der Niederösterreichischen Pflegeheimverordnung (LGBl 92/2002: o. S.), der die Rechte von BewohnerInnen umfasst, klare Aufgabenbereiche für Sozialarbeit und Richtlinien bezüglich dem Umgang mit HeimbewohnerInnen:

„§ 14 (1) Niemand darf gegen seinen Willen in ein Heim verbracht oder daran gehindert werden, dieses wieder zu verlassen.

(2) Der Heimträger hat durch geeignete Maßnahmen darüber hinaus insbesondere folgende Rechte der Bewohner sicher zu stellen:

1. respektvolle Behandlung und höflichen Umgang
2. Achtung der Privat- und Intimsphäre
- 3. Wahrung der Selbständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung**
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...
- 8. rasche und individuelle Behandlung von persönlichen Anliegen, insbesondere Beratung in sozialen, rechtlichen und psychologischen Belangen**
- 9. rasche, objektive und angemessene Bearbeitung von Beschwerden**
10. konfessionelle Freiheit und seelsorgerische Betreuung
11. Ermöglichung eines Sterbens in Würde, wobei dem Gebot der bestmöglichen Schmerztherapie Rechnung zu tragen ist
12. Sterbebegleitung durch Angehörige oder andere Vertrauenspersonen sowie Ausschluss von Personen vom Kontakt, wenn der Sterbende dies wünscht
13. jederzeitige Besuchsmöglichkeit unter Rücksichtnahme auf die übrigen Heimbewohner und die Organisation des Heimes
- 14. Anpassung der Organisations-, Behandlungs- und Pflegeabläufe an den allgemein üblichen Lebensrhythmus, insbesondere hinsichtlich Essens- und Ruhezeiten**
15. ...
16. ...
17. ...
- 18. Beibehaltung und Förderung der sozialen Außenkontakte**
- 19. Mitwirkungsrecht bei der Freizeitgestaltung**

(3) Für Heimbewohner, die nicht in der Lage sind, ihr Vermögen selbst zu verwalten und Rechtsgeschäfte abzuschließen, ist, sofern diese Aufgaben nicht durch Angehörige übernommen werden bzw kein Sachwalter bestellt ist, die **Bestellung eines Sachwalters beim zuständigen Pfllegschaftsgericht** anzuregen.“ (LGBl 92/2002 § 14)

Auf diese Rechte wir in den folgenden Kapiteln noch verwiesen.

Bezüglich weiterer Patientenrechte verweise ich auf das Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG) - kommentiert im Artikel von Zeller (2007: S. 339 – 346) - bzw. auf die

„Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte“ der Niederösterreichischen Patientencharta LGBl 59/2002.

4.3.1.2 Multiprofessionalität - Sozialarbeit in Kooperation mit anderen Professionen

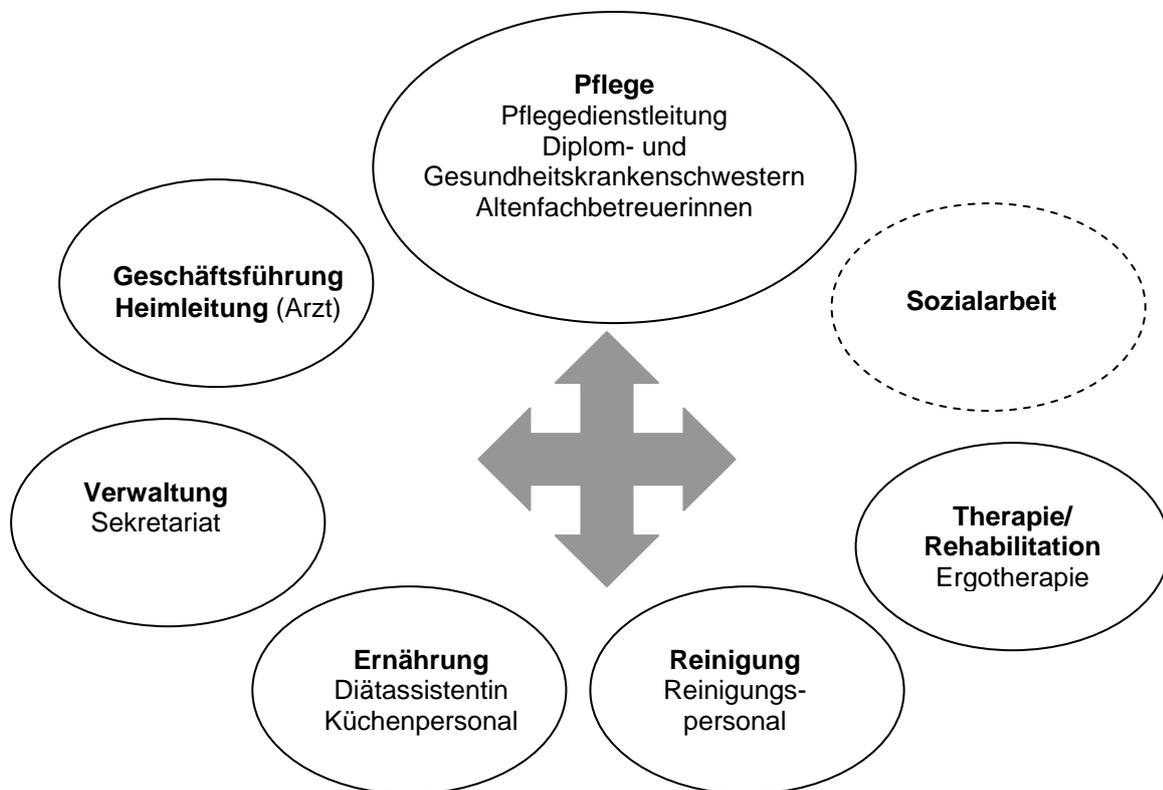


Abbildung 9: Professionen und Berufsgruppen im Seniorencentrum Haag (intern)
(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorencentrum Haag Stand April 2008)

Die Professionen im Seniorencentrum Haag sind vielfältig gestreut. Der Österreichische Berufsverband der SozialarbeiterInnen (2004: o. S.) formuliert, dass die Arbeit im Handlungsfeld „alte Menschen“ Kooperation und Auseinandersetzung mit anderen Sozial- und Gesundheitsberufen erfordert, beispielsweise mit der Gesundheits- und Krankenpflege, der traditionell am stärksten mit hochbetagten Menschen befassten Berufsgruppe.

Die Abgrenzung zwischen den Professionen würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Hier wird der Fokus auf die Kooperation und das Verbindende zwischen den Professionen gelegt.

Wechselseitige Zusammenarbeit zwischen den Professionen und Berufsgruppen wirkt sich auf eine ganzheitliche Betreuung von BewohnerInnen aus. Dafür muss im Seniorencentrum eine Basis und Struktur für die Einbindung der Sozialarbeit als

Profession geschaffen werden, denn gerade Sozialarbeit schafft durch die systemische Sichtweise einen Gesamtblick. Eine klare Abgrenzung und Trennung zwischen den Professionen bringt jedoch auch Klarheit über die Aufgabenbereiche. Wertschätzender Umgang und kooperatives Arbeitsklima beeinflussen wesentlich. Vor allem muss ein Einblick über Auftrag, Ziele und Aufgabe/ Rolle von Sozialarbeit gegeben werden.

Croy und Gatterer (2007: 191 – 192) zählen beeinflussende Faktoren auf, deren Berücksichtigung bei der Kommunikation im multiprofessionellen Team zu einer Verbesserung beitragen kann:

- Verteilung der Rollen (Wer hat welche Kompetenz?)
- Fachliche Ausbildung und Kompetenz (Sichtweise über Bewältigung von Problemen)
- Unterschiedliche Sprache („Fachchinesisch“)
- Organisationsstruktur
- Persönlichkeit der KommunikationspartnerInnen
- Rahmenbedingungen
- Unterschiedliche Position der Sichtweisen

Bei manchen Bedürfnissen erscheint es schwierig, diese offensichtlich Sozialarbeit zuzuordnen bzw. liegen diese Aufgaben oft im Grenzbereich zwischen mehreren Professionen. „Psychosoziale Tätigkeitsinhalte ... können nicht von einer Berufsgruppe monopolisiert werden. Wesentliche Aspekte davon waren schon immer Anteil der Arbeit von betreuenden und pflegerischen Berufsgruppen, deren Arbeit „am Körper“ ... nicht ohne Gespräch, Empathie, Eingehen auf das Umfeld des Klienten/ Patienten gelingen kann.“ (Karl 1993 b: 20)

Sozialarbeit sollte auf der Ebene der Zusammenarbeit mit anderen MitarbeiterInnengruppen bemüht sein, die Anteile sozialarbeiterischen Handelns anderer Berufsgruppen zu erhalten (Karl 1993b: 27). Die Betonung liegt hier auf den Anteilen, was aber nicht mit Aufgaben von Sozialarbeit gleichzusetzen ist. Auch Sozialarbeit eignet sich im Gesundheitsbereich laufend medizinisches und pflegerisches Wissen an, kann aber nicht die Pflege oder Behandlung übernehmen.

Gerade in solchen nebeneinander liegenden und übergreifenden Bereichen stellt sich dann die Frage, wer diese Aufgaben übernimmt, wobei eine gute Koordination und Zusammenarbeit mit anderen Professionen wichtig ist.

Im Seniorenzentrum Haag muss die **Basis und Struktur für die Zusammenarbeit bzw. Einbindung von Sozialarbeit** erst geschaffen werden. Eine Teilnahme der/des Sozialarbeiters/in an den monatlichen **Dienstbesprechungen** schafft Einbindung in die Struktur. Dadurch wird der direkte Kontakt zur Heimleitung institutionalisiert.

Wichtig ist es, eine **Austausch- bzw. Begegnungsplattform** durch ein wöchentlich oder zweiwöchentlich stattfindende Teambesprechung zu schaffen, bei der Bedürfnisse, schwierigere Problemsituationen einzelner BewohnerInnen und die Warteliste besprochen werden können und dies vor allem im Austausch mit der Pflegedienstleitung (Pflegeabteilung) und dem Sekretariat (betreute Wohnungen).

Direkt für akute bewohnerInnenspezifische Anliegen seitens der BewohnerInnen oder des Pflegepersonales und **kurzfristigen Austausch** eignet sich die Teilnahme bei der Kaffeebesprechung auf der Pflegeabteilung. Als Fixpunkt kann die Frage initialisiert werden, ob es Anliegen, Beschwerden, Wünsche an die Sozialarbeit gibt bzw. wie das Befinden einzelner BewohnerInnen liegt (etwa bei vor kurzem übersiedelten Personen). Gleich anschließend besteht die Möglichkeit die BewohnerInnen aufzusuchen.

Bechtler, Pina und Radebold (1981: 151) formulieren hier folgerichtig, dass dieses heterogene Angebot nur dann wirksam ist, wenn es in einen kooperativen Arbeitsansatz einmündet.

4.3.1.3 Krankheitsbilder

Die hauptsächlich vorzufindenden Krankheitsbilder auf der Pflegestation sind **dementielle Erkrankungen** mit vierzehn Betroffenen und **Parkinson** mit elf Erkrankungen (Stand April 2008).

Teilweise leben und lebten auch jüngere BewohnerInnen mit psychischen Erkrankungen, beispielsweise mit chronischer Residualschizophrenie oder Depression, im Seniorenzentrum – bei diesen wird aber meist versucht, eine passendere Wohneinrichtung für sie zu finden. Alkoholismus, Depression sind weitere Erkrankungen neben Themen wie Tod und Krisen von BewohnerInnen.

Sozialarbeit muss Know-How über medizinische, psychologische, soziologische, soziale und gesellschaftliche Komponenten von altersbedingten Erkrankungen und Abbauprozessen mitbringen und Krisenintervention, Validation und Sterbebegleitung

methodisch in die Arbeit einbringen. Speziell das Wissen um die Entwicklungen und Folgen auf physische, psychische und soziale Bereiche der häufigsten Erkrankungen Demenz und Parkinson sind unabdingbar für eine adäquate Gesprächsführung und für Interventionen.

4.3.1.4 Pflegestation – betreutes Wohnen

Das Seniorenzentrum Haag bietet Einzel- und Zweibettzimmer auf der **Pflegestation**. Personen ab der Pflegestufe 3 werden aufgenommen (erst dann ist eine Übernahme der Kosten vom Land Niederösterreich möglich) und eine pflegerische und versorgerische Rundumbetreuung geboten.

Bei den **betreuten Wohnungen** gibt es größere und kleinere Wohneinheiten.

"Und in unserem Fall heißt betreutes Wohnen, dass Tag und Nacht eine Diplomkrankenschwester anwesend ist. Wenn heute jemand Hilfe braucht, kann sich jemand mit dem Glockennotruf auf die Station wählen und die Schwester ist gleich dort und leitet erste Hilfe ein, holt einen Arzt oder die Rettung oder verbindet oder was halt passiert ist." (Interview D 1 Abs. 6)

Das Seniorenzentrum ist eine Kombination aus Altenwohn- und Pflegeheim.

Dies beinhaltet auch, dass bei den betreuten Wohnungen relativ große Autonomie gegeben ist. Wird diese durch Erkrankungen und Abbauprozesse verringert, besteht zuerst die Möglichkeit, sich Pflege zuzukaufen. Ist der pflegerische Aufwand überaus groß, erfolgt eine Übersiedlung auf die Pflegestation.

Durch diese beiden Wohn- bzw. Angebotsformen liegen bei den BewohnerInnen einerseits ähnliche, aber auch unterschiedliche Voraussetzungen für Sozialarbeit vor. Beispielsweise sind die Möglichkeiten der Selbstständigkeit und Mobilität bei den Wohnungen noch viel stärker vorhanden.

Auf diese Situation muss Sozialarbeit achten und teils unterschiedliche Angebote mit verschiedenen Zielsetzungen für Pflegestation und betreute Wohnungen gestalten.

4.3.1.5 Respektvoller Umgang

Die BewohnerInnen äußerten vielfach das Bedürfnis nach respektvollem Umgang, das mir als Rahmenbedingung erscheint, weil es für Kommunikation in Alten- und Pflegeheimen unabdingbar ist. Respektvoller und höflicher Umgang ist auch ein Recht von BewohnerInnen und gesetzlich verankert (vgl. Niederösterreichische Pflegeheimverordnung 2002 § 14 (2) Z. 1)

Unter wechselseitigem respektvollem Umgang verstehen sie einen freundlichen, liebevollen, achtsamen Umgang zwischen Personal und BewohnerInnen und

bewerten dies als wichtigen Faktor für schnelleres Eingewöhnen ins neue Lebensumfeld. Dieser respektvolle Umgang wird auch in dem Bewusstsein erwartet, dass sich nicht alle Sympathien entgegenbringen, vor allem auch in der Pflege, wo beim Umgang mit den Körpergrenzen und der Intimsphäre besonders sensible Handhabung gefordert wird.

BewohnerInnen sehnen sich auch nach Lob und Anerkennung.

Hinsichtlich der Kommunikation sind auch die Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung zu beachten, sowie auch die Interaktion zwischen SozialarbeiterIn und älterem/r BewohnerIn. Nähere Ausführungen dazu sind beispielsweise bei Bechtler, Pina und Radebold (1981: 110 – 135) zu finden.

4.3.1.6 Setting für Gespräche

Grundsätzlich sollte für den/die SozialarbeiterIn ein Raum zur Verfügung stehen, der als Setting für BewohnerInnenkontakt geeignet und wo die infrastrukturelle Ausstattung für die Arbeit gegeben sein muss - beispielsweise adäquate Möbel, ein Computer (für die Dokumentation), Telefonanschluss und Büromaterial.

4.3.2 Aktivität und Beschäftigung

Vielfach äußerten die BewohnerInnen ihr **Bedürfnis nach Beschäftigung und dem Nachgehen von Interessen**, bei dem auch das Bedürfnis nach Kultur miteinbezogen wird.

Sozialarbeit kann auf diese Bedürfnisse mit der Organisation und **Koordination von Angeboten bzw. Aktivitäten** reagieren und Programme gestalten. Im Seniorenzentrum Haag kann dies nur in Kooperation mit dem Pflegepersonal, der Ergotherapeutin und der Diätologin geschehen, da derzeit alle diese Professionen in Aktivitäten eingebunden sind. Durch Abstimmung kann doppelten Angeboten vorgebeugt werden und die einzelnen Angebote können je nach Kompetenz der Profession entsprechend vorbereitet und koordiniert werden. In Fachkreisen wird diskutiert, ob SozialarbeiterInnen zur Durchführung von Angeboten qualifiziert sind bzw. ob dies überhaupt vorrangig Aufgabe sozialarbeiterischen Handelns ist. Karl (1993 b: 79) erklärt dazu, dass sich die Rolle des Sozialarbeiters im Heim nicht in der Durchführung von nach außen vorzeigbaren Veranstaltungen und Ausflügen erschöpfen soll. Nach Graber-Dünow (1997: 16) setzen Angebote eine spezielle Ausbildung voraus und diese sollen je nach Inhalt den verschiedenen Professionen

zugeordnet werden. Im Seniorenzentrum Haag ist eine Ergotherapeutin beschäftigt, die „Aktiv-Gruppen“ und Sitzgymnastik anbietet. Weitere Angebote werden vom Pflegepersonal selbst geplant und durchgeführt oder auch organisiert und Know-How von außen herein geholt. Auch die angestellte Diätassistentin bietet beispielsweise Gedächtnistraining mit dem Computer an und leistet die Koordination der Veranstaltungen und umfangreicherer Angebote. Monatlich stellt sie einen Veranstaltungsplan über alle fixen Programmpunkte im Seniorenzentrum zusammen (siehe Anhang).

Trotz dieser bestehenden Angebote gibt es das Bedürfnis der BewohnerInnen nach Beschäftigung und dem Nachgehen von Interessen. Aus meiner Sicht soll Sozialarbeit hier eine **er- und vermittelnde Rolle** übernehmen bzw. die Mitgestaltung durch die BewohnerInnen gefördert werden (vgl. § 14 (2) Z. 19 der Niederösterreichischen Pflegeheimverordnung, wo das Mitwirkungsrecht von BewohnerInnen bei der Freizeitgestaltung formuliert ist). Die konkreten Wünsche der BewohnerInnen müssen ausgeforscht, an die anderen Professionen weitergegeben und entsprechende Möglichkeiten koordiniert werden.

In den Interviews mit den BewohnerInnen und internen ProfessionistInnen wurden bereits **Kriterien** genannt, die Angebote und Aktivitäten erfüllen sollen. Sie müssen

- interessenorientiert,
- bedürfnisorientiert,
- angenehm,
- lustvoll,
- altersadäquat,
- sinnvoll,
- zerstreud (Zeitvertreib) sein,
- Identifikation soll möglich sein und
- sie sollen an der Erfahrungs- und Lebenswelt anknüpfen.

"Das sind halt Sachen, die sie von früher kennen und das gefällt ihnen." (Interview G 11 Abs. 12)

Der alte Mensch soll eine Beziehung zu der ihm angebotenen Tätigkeit haben und sie als sinnvoll erleben argumentiert Graber-Dünow (1997: 16).

„Auch „für ältere Menschen bringt nicht irgendeine rasch aufgegriffene Beschäftigung Befriedigung, sondern die möglichst stark vom Selbst gewählte und bejahte. Befriedigung ist dann eher zu erwarten, wenn Ansatzpunkte und Bereitschaft von früher her vorhanden sind, bei Aktivität also, die in langen Prozessen im Lebenslauf

grundgelegt wurden“ (Rosenmayr/ Kolland 1992, 70).“ (Otto und Schweppe 1996: 58)

Durch die Interviews mit internen und externen ProfessionistInnen werden diese Wünsche der BewohnerInnen belegt und weiters ergänzt um Richtlinien den Umgang mit Angeboten und BewohnerInnen betreffend.

"Ein paar Sachen halt, zuviel sollst du wieder nicht, weil das wird ihnen dann zuviel. Da fährt dann keiner mehr mit." (Interview J 11 Abs. 7)

Aktivitäten sollen daher nach dem Prinzip „weniger ist mehr“ und dafür umso qualitätsvoller angeboten werden. Die Angebote sollen von der körperlichen und geistigen Kraft ältere Menschen nicht überfordern. Einladungen sollen immer wieder allen BewohnerInnen ausgesprochen werden, wobei akzeptiert werden muss, wenn BewohnerInnen nicht teilnehmen möchten. Trotzdem sollen die Angebote motivierend präsentiert werden, denn viele BewohnerInnen scheinen selbst wenige Ideen zu haben bzw. wenig Eigeninitiative zu ergreifen.

Hier offenbart sich in den Interviews eine **Ambivalenz**. Einerseits besteht seitens der BewohnerInnen der Wunsch nach Aktivität und andererseits werden trotz diesem Wunsches Angebote oftmals nicht angenommen. BewohnerInnen ziehen sich zurück, oft mit der Argumentation, wegen körperlicher Gebrechen nicht mehr teilnehmen zu können. Für eine bessere Verständlichkeit dieses Phänomens gebe ich als Beispiel einen Teil eines Interviews mit einer Bewohnerin wieder:

„M: Das heißt, da haben Sie dann dekoriert, oder was haben sie gemacht?

I: Nein, nein, das hab ich nicht gemacht. Und jetzt sehe ich ja so schlecht, gell? Jetzt könnte ich ja gar nichts mehr tun.

M: Und würden Sie gerne etwas machen?

I: Naja, aber es geht nicht mehr.

M: Was würden Sie denn gerne machen?

I: Was halt, da fragen sie mich immer: Wollen sie nicht mitmachen? Dann sag ich: ja gern, aber ich sehe halt nicht. ...“ (Interview I 3 Abs. 3 – 8)

Die Bewohnerin möchte gerne bei Aktivitäten teilnehmen (was sich nochmals im späteren Verlauf des Interviews zeigt), argumentiert ihr Untätig-Werden mit ihrem schlechten Sehvermögen. Sie resigniert dadurch hinsichtlich der Teilnahme an Angeboten, die sie objektiv, trotz ihres schlechter werdenden Sehvermögens, noch nützen könnte. Auch in den Interviews mit ProfessionistInnen zeigte sich, dass BewohnerInnen schwer motivierbar sind. Sie betrachten das Leben im Seniorenzentrum als letzte Lebensphase, in der körperliche und geistige Fähigkeiten

eingeschränkt sind. Wenig Selbstinitiative und geringer Antrieb ist spürbar. Dieses Phänomen lässt sich vermehrt auf der Pflegestation erkennen.

Für Sozialarbeit stellen sich nun die Fragen nach einem **Erklärungsansatz** für dieses Phänomen, um einen **adäquaten Arbeitsansatz** beim Anbieten von Aktivitäten zu finden.

Grond (2001: 25 – 26) nennt Überlegung der Verhaltenserwartung von Aktivität im Alter, wo als Maßstab für „erfolgreiches“ Altern in unserer Leistungsgesellschaft das Maß an Aktivität herangezogen wird. Das kann fälschlicherweise zu Erfolgs-, Aktivierungszwang, Zwang zur Eigeninitiative und zu einer Rehabilitationsideologie führen. Diese Faktoren müssen im Vorfeld reflektiert werden, um als ProfessionistIn nicht in Gefahr zu laufen, diese unbewusst als Maßstäbe anzuwenden.

Aber wie soll mit der Passivität von BewohnerInnen umgegangen werden?

Soll der Rückzug der BewohnerInnen von der aktiven Lebensgestaltung akzeptiert werden? Oder sollen BewohnerInnen motiviert und auch animiert werden an Angeboten teilzunehmen, um ihr Leben aktiv zu gestalten?

Beispielsweise vermittelt Petzold (1988: 67 - 74) sowohl einen **Erklärungsansatz** als auch eine **Herangehensweise**.

Im Alter kommt es zu „multipler Deprivation“ durch Einschränkungen in körperlicher (motorischer, sensorischer, perzeptueller), geistiger (kognitiver, emotionaler) und sozialer Hinsicht und zusätzlich zu negativen Selbst- und Fremdattributionen. Beides trägt zu einer „sozialen Depotenzierung“ in allen Bereichen bei.

Petzold unterscheidet zwischen Kompetenzen (Fähigkeiten, die zur Erreichung von Zielen notwendig sind) und Performanzen (Fertigkeiten als Umsetzung von Fähigkeiten in die Praxis). „Gerade bei alten Menschen finden wir häufig das Phänomen, dass sie noch um Möglichkeiten wissen, dass Handlungspotentiale vorhanden sind, dass die Fähigkeit dieses oder jenes zu tun noch da wäre, dass aber all dieses nicht mehr im Lebenszusammenhang und Lebensalltag realisiert werden kann.“ (Petzold 1988: 69)

Wo aber Performanzen verloren gehen, gehen auch die Kompetenzen verloren. Somit liegt der Ansatzpunkt für Aktivitäten offensichtlich bei den Performanzen.

„Die direkte Abhängigkeit der Kompetenzen legt es nahe, Interventionsmaßnahmen auf den Performanzbereich zu richten, um hier vorhandene Potenziale zu erhalten, oder soweit sie beeinträchtigt sind, zu restituieren und zuweilen sogar noch neu bzw.

weiter zu entwickeln.“ (Petzold 1988: 70) Mit „multipler Stimulierung“ und Erlebnisaktivierung kann dieser mehrdimensionalen Problematik entgegengewirkt werden.

Diese Ansicht vertreten auch Reichert und Wahl (1994: 41), wo gute Aktivitätsangebote die bisherige Erfahrungswelt der BewohnerInnen überschreiten sollen, ohne zu neuartig zu sein. Diese Autoren (1994: 40) sehen das individuelle Aktivitäts- und Rückzugsbedürfnis durch die Lebensgeschichte, die Persönlichkeit und kognitive, sprachliche und sensorische Störungen als Hauptpunkte beeinflusst.

Auch Grond (2001: 20 - 21) meint bei einem seiner Punkt, dass Kompetenz von dosierter Diskrepanz zu fordern abhängig ist. Er beschreibt drei verschiedene Modelle: Das Defizitmodell besagt, dass Fähigkeiten im Alter automatisch abnehmen - unter anderen auch Interessen und Aktivität. Beim Disusemodell bleiben gebrauchte Organe länger funktionsfähig als untrainierte und das Kompetenzmodell fokussiert auf Entwicklungschancen im Alter. Grond (2001: 24) stellt die zu- und abnehmenden Fähigkeiten im Alter dar:

<i>Im Alter nehmen zu</i>	<i>bleiben unverändert</i>	<i>nehmen ab</i>
Erfahrung Urteilsvermögen Alte sind eher - sprachlich gewandt - denkfähig, genau - selbstsicher - kooperationsbereit - verantwortungsbewußt - zuverlässig - menschlich reif - positiv eingestellt	Allgemeinwissen Aufmerksamkeit Konzentration Langzeitgedächtnis Lernfähigkeit	geistige Beweglichkeit Aufnahme- geschwindigkeit Abstraktionsvermögen Kurzzeitgedächtnis Risikobereitschaft Umstellungsfähigkeit

Abbildung 10: Zu- und abnehmende Fähigkeiten im Alter

Alle vorgestellten Modelle und Ansichten erscheinen begründet und zutreffend – eine nähere Gegenüberstellung würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Bedeutsam erscheint es, alle Zugangsweisen bei der Arbeit mit alten Menschen mitzudenken, da sie für die individuelle Arbeit mögliche Erklärungen für unklare Situationen anbieten.

Alle genannten Herangehensweisen bzw. Modelle der Autoren Petzold, Grond, Reichert und Wahl erachten die Persönlichkeit und **individuelle Lebens- und Erfahrungswelt** der BewohnerInnen als unabdingbar und greifen sie als Ausgangspunkt für Interventionen auf. Dem entsprechen auch die ermittelten Kriterien in den Interviews für Aktivitätsangebote. So ist im Vorfeld von Angeboten eine genaue Analyse notwendig, um diese Kriterien und diesen Anspruch erfüllen zu können. Es erscheinen „Lebensweltanalyse“ und „Biographiearbeit“ unabdingbar, um auf das Bedürfnis nach Beschäftigung und dem Nachgehen von Interessen individuell und adäquat reagieren zu können. Lebensweltorientierte Einzelfallhilfe mit der entsprechenden Methodik und auch Soziale Diagnostik sind Teil der Ausbildung von Sozialarbeit. Sozialarbeit als Profession kann diesen Anforderungen gerecht werden.

Im Seniorenzentrum Haag werden bereits **kurze Biographien** für BewohnerInnen der Pflegestation angefertigt. In diese wird jedoch laut Interviews mit internen ProfessionistInnen selten Einsicht genommen bzw. werden sie kaum als Ausgangspunkt für pflegerische Arbeit und Aktivitätsangebote herangezogen.

„K: Normalerweise, ist das, dass man immer wieder ein wenig dazufügt, wenn jemand jetzt wieder ein bisschen weiter redet, dass man wieder dazuschreibt. Das sollte der Sinn sein. Und dass man mal schauen kann, wenn der wieder in einer körperlich schlechteren Phase ist: Was hat er gerne getrunken? Was hat er gerne gemacht? Dass ich gewisse Sachen mal nachlesen kann. Warum verhält er sich zum Beispiel so? Also in dies Richtungen eigentlich. Wo ist er arbeiten gewesen? Wo ich sage wir arbeiten seltenst mit Biographien. Also bei uns wird es zwar geschrieben, aber nachschauen tut keiner.“ (Interview K 6 Abs. 4)

Sie erscheinen als interessantes und brauchbares „Weiterarbeitsinstrument“, wenn sie herangezogen würden.

Sozialarbeit kann das Pflegepersonal mit dem Erstellen der Biographien entlasten, diese erweitern, in angemessener interessenserweckender Form verarbeiten/positionieren, sodass MitarbeiterInnen einfach nachschlagen können. Für Sozialarbeit können sie als Teil der Lebensweltanalyse und Anamnese gesehen werden und speziell im Bereich von Aktivität und Beschäftigung konkrete Anregungen für Angebote geben.

Das Erstellen von Kurzbiographien darf jedoch nicht mit Biographiearbeit verwechselt werden. Biographiearbeit ist nach dem Verständnis von Müller und Petzold (2004: 257) „Erarbeitung und Teilen von Biographie“ und sollte nicht als Technik (...) offeriert werden.“ Diese Kurzbiographien können Ausgangspunkt für Biographiearbeit sein.

Letztlich kann auch **Gemeinwesenarbeit** mit der Öffnung der Einrichtung nach außen und dem Knüpfen von Kontakten beispielsweise zu Vereinen, zur Gemeinde und zu kulturellen Veranstaltungen das Angebot an Aktivitäten erweitern. So wird im Seniorenzentrum schon teilweise daran gearbeitet, dieser Punkt ist aber noch ausbaufähig.

Prinzipiell ist noch anzumerken, dass Aktivitäten immer einen **sozialen Aspekt** beinhalten. Gruppenaktivitäten kommen dem Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit und Sozialkontakten entgegen. Der Österreichische Berufsverband der SozialarbeiterInnen (2004: o. S.) spricht Sozialarbeit die Schaffung von Voraussetzungen zu, „unter denen es sehr alten Menschen möglich ist, ihre gemeinsamen Interessen zu erkennen, sie zu artikulieren, einzusetzen und die Gemeinsamkeit als Bereicherung zu erleben.“ Über die Bedeutsamkeit sozialer Beziehungen und Netzwerke wird im Kapitel 4.3.6 näher eingegangen.

4.3.3 Heimaufnahme und Heimübertritt/ Integrationshilfen

BewohnerInnen haben das Bedürfnis, den **Wohnort selbst zu wählen**, das bedeutet, aus eigener freier Entscheidung ins Seniorenzentrum umzuziehen. Dies trifft weitgehend auf die BewohnerInnen der betreuten Wohnungen zu.

"Bei der Pflege ist das anders, ja. Da werden viele herein gestellt. Aber die kennst du heraus, die nicht gerne herein gehen und die gerne herein gehen. Es gibt auch in der Pflege Leute, die gerne herein gehen. Und die, die herein geschickt werden, denen merkst du es an. Der ist traurig, kann sich nicht gut einleben, dem geht's nicht so gut dabei." (Interview D 4 Abs. 5)

Laut der Niederösterreichischen Pflegeheimverordnung (2002) **§ 14 (1)** darf niemand „gegen seinen Willen in ein Heim verbracht oder daran gehindert werden, dieses wieder zu verlassen.“ In der Praxis sieht dies auf der Pflegestation und bei den betreuten Wohnungen zuweilen anders aus, wenn eine Druckausübung durch Angehörige für den Einzug auf BewohnerInnen spürbar ist. Nach Reichert und Wahl (1994: 32) wirken sich die Kontrolle und Freiwilligkeit eines Umzuges des/ der BewohnerIn erheblich auf die Wahrscheinlichkeit einer guten Anpassung an die Lebensumwelt Heim aus.

Manche BewohnerInnen kommen direkt nach einem Krankenhausaufenthalt ins Seniorenzentrum, andere aus der eigenen Wohnung, bzw. dem eigenen Haus, oder von mit der Familie geteilten Wohnorten. Gründe sind meist die erhöhte

Pflegebedürftigkeit oder die schwindende Fähigkeit (infolge von Krankheit oder physischen oder psychischen Abbauprozessen) den Haushalt selbst zu führen.

„Ja, ja, weil ich bin sehr schwer herein gegangen. Aber ich habe mich dann abgefunden. Weil ich war ganz alleine im Haus. [...] Ja, sehr traurig. Wenn nicht jemand gekommen ist habe ich so viel geweint und habe gesagt: Mein Gott, das hätte ich mir nicht verdient, dass ich hier herein komme. Aber ich habe mich damit abgefunden.“ (Interview I 1 Abs. 9 + 15)

Nach dem Einzug taucht bei BewohnerInnen das Bedürfnis auf, das Seniorenzentrum als letzten Wohnort zu akzeptieren und hier wohnen zu bleiben.

Im Allgemeinen haben die BewohnerInnen das Bedürfnis nach **Heimat**, nach einem zu Hause, wo sie sich wohl fühlen. Sie möchten sich zu einem Ort zugehörig fühlen, bzw. an einem Ort wohnen, wo sie ihr Leben gelebt haben, mit Wohnen, Arbeit, Familie, wo Verbindungen bestehen, zu gewohnter Naturumgebung.

„Ich bin glücklich, nein, ich habe schon geweint, als ich weg gegangen bin. Wenn du einmal sechsfünfzig Jahre auf einem Haus bist und gearbeitet hast und dich geschunden hast, und als Alte musst du weg.“ (Interview C 2 Abs. 1)

Sporken (1986: 133) beschreibt dies als das Bedürfnis nach einem Platz zum Leben. BewohnerInnen haben trotz Wohnen im Seniorenzentrum den Wunsch in der eigenen Wohnung/ im eigenen Haus zu verbleiben.

Hier taucht das „**Heimweh**“ als umfassendes Problem im Seniorenzentrum auf. Dazu sollen Wege gefunden werden, wie Heimweh erleichtert bzw. besser damit umgegangen werden kann.

„So zum Beispiel die Frau ..., die mit ihrem Heimweh. (...) Die will die ganze Zeit nach Steyr. Ja und es fehlt uns einfach vollkommen die Zeit, dass ich sage, ich setze mich jetzt zu ihr hin und rede eine halbe Stunde mit dem, weil er Heimweh hat.“ (Interview K 1 Abs. 4)

„Ja, bei manchen länger. Dann ist Weihnachten auch immer so eine Zeit, wo sie wieder mehr Heimweh haben oder wenn der Geburtstag kommt. Aber Weihnachten ist immer so eine Zeit. Wenn Herbst, Winter und Weihnachten kommen ist eine Zeit, wo sie wieder mehr zeigen, dass sie nach Hause wollen. Da werden sie wieder nachdenklicher, weil der Familienkreis nicht da ist.“ (Interview J 1 Abs. 7)

Bezüglich Wohnortausstattung stellen BewohnerInnen der betreuten Wohnungen einige Ansprüche nach einer großen und hellen Wohnung. Selbstständiges Wohnen, mit einer (behindertengerechten) Gartenanlage und guter Infrastruktur bzw. Ausstattung am Wohnort, die verschiedene Möglichkeiten bietet, soll möglich sein.

Nach Bechtler, Pina und Radebold (1981: 145) benötigt der Ältere bei der Heimübersiedlung eine lange Vorbereitung und Beratung und später eine Hilfestellung beim Einleben in die neue Umgebung.“

Karl (1993 b: 77) spricht der Sozialarbeit eine prozessorientierte Begleitung zu, wo die Kontaktaufnahme vor dem Heimeintritt und Integrationshilfen eine präventive Wirkung haben.

Das Bundesministerium für Soziale Sicherheit und Generationen (2002: 7 – 8) sieht die **Übersiedlung** desgleichen als **Prozess** und unterscheidet **5 Phasen**:

1. Phase, in der Unterstützungsbedarf notwendig wird
2. Entscheidungs- und Wartephase zwischen der Bewerbung um einen Heimplatz und der Heimaufnahme
3. Umsiedlungsphase
4. Phase der kurzfristigen Anpassung (bis zu 6 Monaten nach der Übersiedlung)
5. Phase der längerfristigen Anpassung im Heim

Je besser die Bewältigung einer Phase gelingt, desto bessere Ausgangsbedingungen stehen für die Bewältigung der nächsten Phase zur Verfügung.

Für eine/n SozialarbeiterIn im Seniorenzentrum Haag liegt das besondere Augenmerk auf den Phasen 2 bis 5. Sozialarbeiterische Interventionen leisten hier einen wesentlichen Beitrag:

- Information und Beratung vor dem Heimeinzug (2. Phase)
- Unterstützung bei der Heimaufnahme, bei akuten Krisen (3. Phase)
- Intensive Begleitung bei der Eingewöhnung/ Integrationshilfen (4. und 5. Phase)
- Angehörigenarbeit

4.3.3.1 Information und Beratung vor dem Heimeinzug

Der Erstkontakt bzw. die Anfrage bezüglich eines Platzes im Seniorenzentrum auf der Pflegestation geschieht meist durch Angehörige über das Sekretariat, und sollte möglichst mit den Wohnplatzbewerbern gemeinsam erfolgen. Das Sekretariat ist AnsprechpartnerIn für alle organisatorischen Fragen wie Aufnahmeverfahren, Formular für Heimaufnahme bzw. Pflegegeld, Kosten, Förderungen, Angebot des Seniorenzentrums, Umgang mit Wäsche, Post und Behelfe, die die BewohnerInnen mitbringen sollen. Die Pflegedienstleitung führt auf Wunsch noch durch das Haus - speziell auf die Pflegestation, wo der/ die Bewerberin und seine/ihre Angehörigen die

räumliche Situation, Atmosphäre und den Tagesablauf, also das zukünftige Lebensumfeld sehen und kennen lernen können.

Die Heimaufnahme bei den betreuten Wohnungen verläuft ähnlich, nur dass sich meist die BewohnerInnen selbst melden und nähere Informationen über kleine und große Wohnungen mit Kosten und Heizpauschale, Förderungen und ein Angebot wünschen.

Prinzipiell gibt es mehr Anfragen als Plätze und folglich eine Warteliste. Wenn ein Bett frei wird, werden die AnwärterInnen auf der Warteliste durchgerufen. Die kürzeste Wartezeit lag bei drei Tagen, eine lange Wartezeit kann sich über Monate ziehen.

Die Differenz in der Vorbereitung auf das Wohnen im Heim gestaltet sich je nach dem, ob ein „Dringlichkeitsfall“ eintritt oder schon eine längere Vormerkung gegeben war. Bei kurzfristigen Pflegefällen kann weder Sozialarbeit noch Sekretariat vorbereiten, dann braucht es eine umso intensivere Einzelbetreuung, um einen möglichst positiven Eingewöhnungsprozess zu erreichen.

Bei vorgemerkten Personen kann eine Vorbereitung durch Sozialarbeit angestrebt werden, auch wenn der Zeitpunkt des Umzuges nicht punktuell gegeben ist. Eine gute Vernetzung zwischen Sekretariat und Sozialarbeit greift hier positiv ineinander, wenn beim Erstkontakt, meist mit Angehörigen, auf die mögliche Unterstützung durch Sozialarbeit beim Übergang hingewiesen wird.

Der fluktuierende Einfluss von Warteliste und Wartezeit bildet auch die Schwierigkeit für Sozialarbeit bei der Betreuung im Vorfeld. Nach Janmaat und Munnichs (1980: 52) liegt ein erster Kontaktbesuch im Heim günstig zwischen 2 Monaten und 6 Wochen vor dem Einzugstermin, nur kann diese Zeitspanne schwer bestimmt werden. Ein bis drei Wochen davor kann ein Hausbesuch durch Sozialarbeit erfolgen und direkt nach dem persönlichen Erstgespräch im Heim kann der Kontakt mit dem/der SozialarbeiterIn wieder forciert werden.

Karl (1993 b: 77 – 78) schlägt im Vorfeld Interventionen vor, die ich ausführen und ergänzen möchte:

Mittels eines **persönlichen Besuches** vor der Heimaufnahme können die individuelle Situation, Probleme, Bedürfnisse und Wünsche des Heimplatzbewerbers/ in wie auch diejenigen der Angehörigen in deren Umfeld erfasst werden. Dies ist schon Teil einer **psychosozialen Anamnese**, bei der durch die Erhebung der Belastungen die Intensität der sozialarbeiterischen Unterstützung verordnet werden

kann. Information, Beratung hinsichtlich des Einzuges bzw. der Situation im Seniorenzentrum und die Freiwilligkeit für den Umzug sind bedeutsame Voraussetzungen für eine gute Integration ins neue Wohnumfeld. So kann ein Herausarbeiten der Motive für eine Veränderung der Wohnsituation und der damit verbundenen Erwartungen (vgl. Herr/ Weakland 1992: 265) unterstützen, um eine realistische Erwartungshaltung zu erreichen. Die **Kontrolle und Sicherheit** des alten Menschen über den Umzug vermag durch das Aufzeigen der Vor- und Nachteile bekräftigt werden. Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2002: 42) schlägt auch die Vermittlung von Informationen hinsichtlich häufiger Probleme bei der Übersiedlung und mögliche körperliche und psychische Reaktionen vor.

Eine Beratung im Hinblick auf **überbrückende Hilfemöglichkeiten** (ambulante bzw. mobile Dienste) bis zum Umzug kann erleichtern.

Wird der/ die HeimplatzbewerberIn direkt vom Krankenhaus überstellt, sollte auch dort ein Besuch erfolgen und mit dem Sozialdienst des Krankenhauses kooperiert werden. Wichtige Fakten über spezielle Bedürfnisse und Anliegen können an die Pflegedienstleitung für die Pflegeplanung weitergegeben werden.

Der alte Mensch soll dazu motiviert werden, eigene Möbel (vor allem bei den betreuten Wohnungen), Bilder und andere positiv besetzte Gegenstände mitzubringen, um den Abschied von der gewohnten Umgebung besser zu gestalten (vgl. auch Streller-Holzner 1991: 17 und Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen 2002: 46).

Eine Visitenkarte mit Telefonnummer und Erreichbarkeit für allfällige Fragen, Informationen und Unterstützung oder auch für den Wunsch nach einem weiteren Zusammentreffen bis zum Einzug kann dem/der zukünftigen BewohnerIn Sicherheit geben, weil ein/e direkte/r AnsprechpartnerIn verfügbar ist.

Angehörige übernehmen in dieser Phase viele Aufgaben und sollen daher in Gespräche und Interventionen miteinbezogen werden (siehe Kapitel 4.3.3.4). Bei BewohnerInnen mit wenig sozialer Unterstützung kommt dem/ der SozialarbeiterIn eine noch wichtigere Rolle zu.

4.3.3.2 Unterstützung bei der Heimaufnahme

Nun ist es soweit, der/ die BewohnerIn zieht in das Seniorenzentrum ein.

Der Heimeintritt ist gekennzeichnet durch den Eintritt in die letzte Lebensphase mit wenig Aussicht auf Verbesserung. Daher bleibt immer ein traumatisches Erlebnis

gekoppelt mit Verlusterlebnissen von Angehörigen, gewohntem Lebens- und Wohnumfeld bzw. Eigentum und es erfordert das Einstellen auf eine neue Situation mit neuen Menschen, neuer Wohnumgebung und Tagesstruktur (vgl. Interview F 4 Abs. 2).

In den Interviews mit internen und externen ProfessionistInnen wurden begünstigende und erschwerende Faktoren für den Heimeintritt ersichtlich (siehe Anhang).

Im Seniorenzentrum Haag erfolgt zuerst das Aufnahmegespräch mit dem Sekretariat mit einer ungefähren Dauer von 15 – 30 Minuten, wo die Bedeutsamkeit des freundlichen, persönlichen Erstkontaktes betont wird.

"So wie du den ersten Kontakt hast, so ist dann das Heim auch lange in Erinnerung."
(Interview D 10 Abs. 7)

Themen sind Ergänzung der Daten im Heimverwaltungsprogramm, Kopie von Geburtsurkunde und Staatsbürgerschaftsnachweis für die Meldung bei der Gemeinde, Organisation der Wäschereinigung, Essenvorlieben, Nachfragen wegen möglicher Besachaltung, Daten von Angehörigen, die im Notfall verständigt werden müssen und Umgang mit Post und Taschengeldverwaltung. BewohnerInnen erhalten sogar ein Willkommensgeschenkspaket. Das Aufnahmegespräch wird von der Pflegedienstleitung weitergeführt, wobei der/ die BewohnerIn das Zimmer kennen lernt.

Bei den betreuten Wohnungen kommt es noch zu Unterstützung bei behördlichen Anliegen wie Förderung, GIS-Gebühren- und Telefonkostenbefreiung bzw. Pflegegeldantrag.

Am ersten Tag überwältigen viele neue Eindrücke, sodass dem/ der BewohnerIn Zeit und Ruhe gegönnt werden soll. Je nach individueller Situation und Krisenpotential kann Sozialarbeit sofort begleiten oder sich erst am zweiten oder dritten Tag vorstellen.

Beispielweise zog eine leicht demente Bewohnerin unfreiwillig ins Seniorenzentrum ein. Ihr Mann, nur körperlich beeinträchtigt, wollte einziehen, musste jedoch unerwartet ins Krankenhaus und so konnte die Frau nicht mehr alleine zu Hause bleiben. Im Seniorenzentrum schaffte sie es nicht aus dem Bett aufzustehen und weinte ständig. Hier kann und soll Sozialarbeit sofort Unterstützung mittels Krisenintervention leisten.

Prinzipiell werden Hausordnung, Tagesablauf, Regeln vom Pflegepersonal mitgeteilt, jedoch steht Sozialarbeit auch bei Nachfragen wegen Unklarheiten zur Verfügung.

Am ersten Tag darf allerdings nur das Allernötigste besprochen werden, da durch die hohen Bewältigungsanforderungen ohnehin nicht alle Informationen aufgenommen werden (vgl. Janmaat und Munnichs 1980: 55).

Folgende sozialarbeiterische Aufgaben sind eine Zusammenschau von Interventionen in den ersten Tagen von Janmaat und Munnichs (1980: 50 – 57), dem BMSG (2002: 50 – 55) und wurden ergänzt mit Erkenntnissen aus den Interviews:

Der Aufbau von Vertrautheit, Sicherheit und Orientierung durch Kontakte nach innen und außen und der Aufbau einer weitgehend **personalisierten Wohnumgebung** sind die hauptsächlichen Unterstützungsintentionen in dieser Phase. Stark belastende Themen müssen angesprochen werden und sie erweitern dadurch die bisherigen Daten der psychosozialen Anamnese. Der/ die neue BewohnerIn braucht Zeit, um seine/ ihre Befindlichkeit, Ängste und Sorgen ansprechen zu können. Zuweilen ist eine Aufklärung über Aufenthalt und Verbleib auf der Pflegestation belangreich, etwa bei BewohnerInnen, die direkt vom Krankenhaus kommen oder dement sind. Eine entsprechende Weitergabe von wichtigen Informationen an das Pflegepersonal von Sozialarbeit besteht, da das Pflegepersonal den/ die BewohnerIn ebenso noch nicht kennt.

Sozialarbeit kann bei der **Zimmergestaltung** mit den persönlichen Gegenständen unterstützen, sofern dies noch nicht durch Angehörige erfolgt ist. Dabei können auch Informationen über **alltägliche Gewohnheiten und Rituale** eingeholt und bei der Umsetzung begleitet werden. Beispielsweise bieten gewohnte Spaziergänge, Einkäufe, Kaffe- oder Teepausen, Radio- oder TV-Sendungen, Hobbys (Stricken, Sammeln, (Karten)spiele, Tageszeitung abonnieren/ lesen und regelmäßige Tätigkeiten wie ein Nickerchen oder Gymnastik) Sicherheit. Eine Haus- bzw. Stockwerkserkundung hilft bei der ersten Orientierung im neuen Wohnumfeld. Kontakte zu BewohnerInnen (Ausnahme ZimmerkollegInnen) und Personal können langsam angebahnt werden, um in dieser belastenden Situation nicht zu überfordern. Derartige Interventionen erwiesen sich 2 – 3 Tage nach Heimübersiedlung als günstig. Das **Ansprechen von Verlusten und Gewinnen bzw. Ressourcen** zur Kompensation ermöglicht eine gute Abschätzung und positive Sichtweise der Situation für BewohnerInnen wie auch für Sozialarbeit. Fragen bezüglich formeller (Hausordnung) und speziell informeller Regeln können Thema von Sozialarbeit sein. „Der faktische Umzug in ein Altenheim ist für viele alte Menschen ein schockierendes und für ihr Gefühlsleben belastendes Ereignis.“ (Janmaat und Munnichs 1980: 47)

Die Übersiedlung wird meist als Krise erlebt. Sonneck (2000: 149) konkretisiert den Umzug in ein Seniorenheim als **Veränderungskrise**. Diese Lebensveränderungskrise verläuft in Phasen (vgl. Sonneck: 36 – 37):

1. Phase: Konfrontation
2. Phase: Belastung wird nicht bewältigt – Gefühl zu versagen
3. Mobilisierung aller inneren und äußeren Bewältigungskapazitäten
 - a. Bewältigung der Krise oder
 - b. Resignation mit Gefahr der Chronifizierung der Krise oder
4. Phase: Vollbild der Krise
5. Phase: Bearbeitung
6. Phase: Neuanpassung

Nach Sonneck (2000: 37) können Veränderungsphasen in jeder Phase beendet werden, wenn Lösungsstrategien bzw. Bewältigungsvermögen entwickelt werden. Der/die SozialarbeiterIn muss hier die jeweilige Phase der Krise erkennen, mittels der Methode der Krisenintervention adäquate Interventionen setzen. Dabei geht es in erster Linie um die Stabilisierung der akuten Situation und in weiterer Folge um die Bewältigung (vgl. dazu die Ausführungen zu Krisenintervention von Sonneck 2000: 61 – 95).

4.3.3.3 Intensive Begleitung bei der Eingewöhnung/ Integrationshilfen

In der Phase der kurz- und längerfristigen Anpassung, der Integrationsphase ist eine **individuelle Betreuung** (vgl. Karl 1993 b: 78) angezeigt. Laut internen ProfessionistInnen dauert die kurzfristige Eingewöhnungsphase unterschiedlich. In den ersten 4 - 5 Wochen tritt verstärkt Heimweh auf.

Bedeutsam scheint es, Einstiegs- bzw. Integrationshilfen in den Pflegeheimalltag zu schaffen (vgl. BMSG 2002: 65 – 67).

Führung und Orientierung durchs Haus kann unterstützend beim **Kontakte knüpfen und Kennenlernen** wirken (vgl. BMSG 2002: 58 – 59). Die BewohnerInnen hatten Gründe für den Einzug ins Seniorenzentrum. Nun geht es um das **Identifizieren von zentralen Zielen und Interessen** beispielsweise Gesundheit, Wohlergehen von Angehörigen, geistige Leistungsfähigkeit, Beziehung zu Freunden und Bekannten, Hobbys und andere Interessen, Finanzielles, Wohnqualität, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit, um ihre Bedürfnisse zu erfüllen und ein Einleben möglichst angenehm zu gestalten. Je nach den Zielen werden dann die Kontakte in

den zentralen Interessensbereichen hergestellt bzw. Interventionen in diese Richtung gesetzt.

Die individuelle Situation bestimmt den Ausgangspunkt, an dem (meist ungefähr nach einer Woche) Aktivitäten, Angebote, Kontakte und Infrastruktur innerhalb des Seniorenzentrums forciert werden. Das Kennenlernen von Ansprechpersonen wie Ergotherapeutin, Pfarrer, Diätologin, mobile Friseurin, Sekretariat, Küchenpersonal und Heimleitung ermöglicht eine Verringerung der Hemmschwelle und unterstützt in Richtung selbstständige Kontaktaufnahme zu späteren Zeitpunkten.

Das Umfeld mit **Infrastruktur im und rund um das Heim** soll bald kennen gelernt werden: Veranstaltungen, Mobilitätsmöglichkeiten, Einkaufsmöglichkeiten, Hobbys, Angebote, Gruppenaktivitäten und Elisabethstube.

Des Weiteren sind auch wieder **Aktivitäten und Kontakte aus dem Seniorenzentrum hinaus**, etwa Beziehungen zu Angehörigen, FreundInnen und NachbarInnen, anzustreben.

Sozialarbeit begleitet in all diesen Bereichen und übernimmt vielfach eine vernetzende, kontaktende und brückenschlagende Rolle.

Neben diesen begleitenden Aufgaben gehen grundsätzlich akute Schwierigkeiten/Krisen vor, wo adäquate Interventionen notwendig sind. Gerade hier zeigt sich die Stärke von Sozialarbeit, denn Krisenintervention, lösungs- bzw. ressourcenorientiertes und ganzheitliches Arbeiten mit Anknüpfung an der Lebenswelt und der Umgang mit umfassenden Problematiken sind Besonderheiten der Profession.

„Von großer Bedeutung ist auch die **Art, in der die Heimbewohner dem Neuling entgegenkommen**. Wie weit sich ein neuer Heimbewohner wirklich zu Hause fühlen kann, wird schließlich wesentlich auch davon bestimmt, ob er im Heim einige Mitbewohner findet, mit denen er vertrauten Umgang pflegen kann.“ (Janmaat und Munnichs 1980: 50)

Der/ die neue BewohnerIn kann den anderen vorgestellt werden - auch mit Namen, Wohnort, Interessen - so können Inputs und Anknüpfungspunkte für Gespräche gegeben werden. Beim Mittagessen können beispielsweise Personen mit ähnlichen Biographien, Interessen zusammensitzen. Eine interne Professionistin gibt die Aussage einer Bewohnerin wider:

"Jetzt auch wenn neue Bewohner kommen, den braucht ihr jetzt aber nicht zu uns an den Tisch setzen." (Interview D 3 Abs. 2 + 4)

Sporken (1986: 137) betont jedoch, „dass auch alte Menschen selber den Auftrag haben, dafür zu sorgen, dass ihre Altersgenossen einen Platz zum Leben haben.“

So können **integrierte BewohnerInnen** bewusst von dem/der SozialarbeiterIn ausgewählt und angesprochen werden, als Art „**MentorInnen**“ und **BegleiterInnen** für Neuankömmlinge zu fungieren und dabei gute Integrations- bzw. Einstiegshilfen in den neuen Alltag schaffen.

„Nach der Eingewöhnungsphase sollte sich der Sozialarbeiter aus der intensiven Einzelfallarbeit zurückziehen und erst auf Wunsch des Bewohners wieder tätig werden.“ (Karl 1993 b: 78)

Eine Ausnahme bilden hier demente BewohnerInnen, bei denen das Prinzip aufsuchender Sozialarbeit zum Tragen kommt.

4.3.3.4 Angehörigenarbeit

Angehörige sind fast immer in den Umzugsprozess involviert. In positiver und/ oder negativer Form, begleiten sie meist als Ressource hinsichtlich organisatorischer, materieller Unterstützung. Ein/e SozialarbeiterIn begleitet insofern nicht nur den/ die BewohnerIn, sondern auch die Angehörigen. Eine positive verlaufende Entscheidungs- bzw. Wartephase, Umsiedlungs- und Integrationsphase von BewohnerIn und Angehörigen bedingt sich gegenseitig. So steht außer Frage, dass es sinnvoll ist, speziell auch Angehörige zu begleiten.

Die Begründung für Angehörigenarbeit liegt in der unterstützenden Funktion von Angehörigen für BewohnerInnen, die damit maßgeblich den Prozess positiv beeinflussen, in der Belastung von Angehörigen selbst und in der entlastenden Funktion für das Pflegepersonal.

"Wo betreut werden müsste, sind die Angehörigen. Bewohner selber sind dann nicht mehr so schwierig, wie die Angehörigen. Die Schuldgefühle und das alles." (Interview G 5 Abs. 6)

Vor dem Heimumzug Bedarf es genauer **Information der Angehörigen** über die Heimaufnahme - dies wird vom Sekretariat abgedeckt – und einer **Vorbereitung auf die Schwierigkeiten** für Angehörige, selbst in der Umsiedlungs- und Integrationsphase.

Angehörige sind oft überfordert, ängstlich und gereizt und haben Schuldgefühle bzw. ein schlechtes Gewissen. Teilweise kommen noch innerfamiliäre Konflikte wegen dem Heimeinzug des/ der Bewohners/ in hinzu. Diese Stimmung bringen Angehörige ins Seniorenzentrum mit, wodurch Konfliktpotential entsteht.

Auch Gatterer (2007: 194) greift dieses Thema auf und bringt eine passende Beschreibung für die Erkenntnisse meiner Forschungsergebnisse:

„In dieser Situation [dauerhafte Übersiedlung in ein Pflegeheim] empfinden viele Angehörige Schuldgefühle, weil sie ihre vermeintliche Pflicht, für den anderen zu sorgen, nicht mehr erfüllen können, das Gefühl haben den alten Menschen „abzuschieben“ und der Aufenthalt in einem Pflegeheim meist nicht dem Wunsch des Patienten entspricht. Viele Angehörige sind daher übermäßig besorgt und ängstlich und üben ständig Kritik an den Pflege- und Betreuungspersonen.“

So geht es hier um eine **Entlastung der Angehörigen** hinsichtlich ihrer Schuldgefühle und um Beratung, wie sie mit der neuen Situation umgehen können.

Die **Klärung der Rolle als „besuchende Angehörige“** und der Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern im Heim bezeichnet Karl (1993 b: 78) als vorbeugende Konfliktregulierung.

Die Eingewöhnungsphase dauert nach Aussagen aus einem Interview (vgl. J 6 Abs. 2) bei den Angehörigen oft länger als bei den BewohnerInnen selbst. Das Gewissen beruhigt sich, sie gewöhnen sich an die Situation und bauen Vertrauen in die Pflege auf. Hier bedarf es einer **Klärung der Kompetenzen und Vermittlung** zwischen Pflegepersonal und Angehörigen (siehe auch Kapitel 4.3.6.1 familiäre Interaktion) und eines Aufbaues von Vertrauen ineinander.

Bei den Interviews ist der Wunsch einer internen Professionistin zum Ausdruck gekommen, Angehörige mit psychischen Problemen oder umfassenderen Themen zu jemandem schicken zu können, weil nur wenige Zeitressourcen beim Pflegepersonal vorhanden sind.

4.3.4 Autonomie

Die BewohnerInnen sprechen das Bedürfnis nach **Selbstständigkeit und Selbstbestimmung** des eigenen Lebens an und es drückt sich vor allem in Angst vor deren Verlust aus. Beispielweise mutmaßt eine Bewohnerin, nichts mehr selbstständig machen und bestimmen zu können, wenn sie im Rollstuhl sitzt.

„Naja, weil ich mir denke, würde eh vielleicht eine Pflege herüber kommen. Dass ich ständig jemanden brauche, davor fürchte ich mich. Alles muss hergetragen werden, alles muss weg getragen werden. Ich weiß auch nicht. Könntest du eh nichts machen, man muss es nehmen wie es kommt, und man denkt halt auch oft: Wenn es nicht ist, ist es einem lieber. So kann ich doch in die Freiheit hinausgehen.“ (Interview C 10 Abs. 2)

Alltagstätigkeiten wie essen, trinken, Hygiene, ankleiden und mobil sein möchten die BewohnerInnen selbstständig durchführen können.

Die **Selbstständigkeit** soll aufrechterhalten werden und bei geringerer Autonomie wird Unterstützung gewünscht.

„Ich habe keine so großen Probleme, ich bin noch so selbstständig. Ich regle mir das fast alle selber. Und weiß wo ich hingehen muss, wenn ich etwas brauche. Aber viele haben das nicht mehr.“ (Interview A 11 Abs. 6)

„Ja genau. Auch beim Essen. Sie isst eh selber, aber manchmal füttern sie sie, wahrscheinlich, weil sie keine Zeit haben. Sie isst eh, wenn du es ihr zusammen schneidest, ja freilich hört sie dann wieder einmal auf und du musst sie daran erinnern weiter zu essen.“ (Interview E 5 Abs. 7)

BewohnerInnen sollen weitgehend alle Tätigkeiten, die sie noch selbst ausführen können, auch selbst tätigen.

Das Bedürfnis nach Selbstbestimmung bedeutet, über das Leben selbst zu bestimmen und eigene Entscheidungen zu treffen, beispielsweise über Alltagstätigkeiten, Freizeittätigkeiten (lesen, mit Nachbarn tratschen, allein sein, Gottesdienstbesuch – trotz veränderter Tagesstruktur).

„Wenn mir zeitlang ist, setzen wir uns hinaus in den Gang bei den Tischen und tratschen ein wenig. Wenn ich nicht will, bleibe ich herinnen und lese. Ich lese viel und dabei bin ich eh froh, wenn ich alleine bin.“ (Interview C 3 Abs. 2)

Bei schwer Erkrankten besteht ebenfalls der Wunsch nach **Selbstbestimmung**, wobei ein Verlust derselben durch Entmündigung als negativ bewertet wird. Dabei soll in Zeiten von Gesundheit für den Fall von Erkrankung bestimmt werden (Patientenverfügung).

Ein weiterer Wunsch ist jener nach Unabhängigkeit, bei der die BewohnerInnen keine Rücksicht nehmen müssen und frei und unabhängig sind.

Diese Bedürfnisse sind insofern verständlich, da als Nachteile von Heimen nach Thiele (2001: 91) die Autonomie stark eingeschränkt wird und Kompetenzen zu selbstbestimmten Tätigkeiten mit zunehmender Verweildauer im Heim immer mehr abnehmen und selbstständige Lebensführung kaum möglich ist.

„Der Bewohner muss sich an Funktionsabläufe und Zeitkorsette anpassen, die ihm größtenteils Selbstverantwortung und Autonomie abnehmen.“ (Karl 1993 b: 75)

Die Wahrung der Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Selbstverantwortung ist aber auch als Recht von BewohnerInnen in der Niederösterreichischen Pflegeheimverordnung verankert (vgl. § 14 (2) Z. 3) neben der Anpassung der

Organisations-, Behandlungs- und Pflegeabläufe an den allgemein üblichen Lebensrhythmus, insbesondere hinsichtlich Essens- und Ruhezeiten (vgl. § 14 (2) Z. 14). Hier zeigt sich eine Diskrepanz zwischen dem gesetzlich verankerten Recht und der tatsächlichen Praxis. Sozialarbeit muss hier zu Beginn einen Mittelweg zwischen beidem gehen, um für dann die Anpassung der Einrichtung an die Bedürfnisse des/der Bewohners/in zu kämpfen.

Filipp (1986: 82 – 83) verweist in ihrem Beitrag auf eine Studie, wo sich die Betonung und Förderung von Autonomie und Selbstverantwortlichkeit positiv auf das subjektive Wohlbefinden, das Aktivitätsniveau und den Gesundheitsstatus auswirkt.

Sporken (1986: 141) verlangt das Respektieren und Fördern von Selbstständigkeit und Verantwortlichkeit des alten Menschen, verweist aber zugleich auf ein Spannungsfeld, da BewohnerInnen ja wegen einer bestehenden Hilfsbedürftigkeit in ein Altenheim ziehen. Es geht nach Philipp (1986: 89 – 90) um die richtige Dosierung der Unterstützung und Hilfe, um die Autonomie und Selbstverantwortlichkeit von BewohnerInnen zu wahren, aber auch die Grenzen dieser zu erkennen um sie nicht alleine zu lassen. Wahl (1991: 96 – 97) beschreibt dies als eine der wahrscheinlich „schwierigsten Aufgaben überhaupt, für einen ganz bestimmten alten Menschen mit bestimmten Kompetenzen in einer ganz bestimmten Umwelt die richtige Balance zwischen Sicherheit und Autonomie zu finden.“ (Wahl 1991: 97)

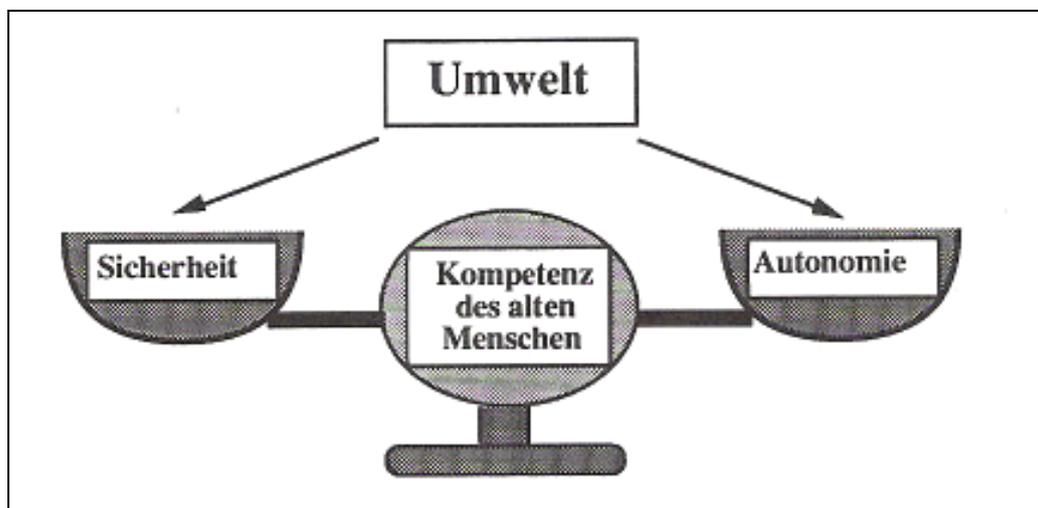


Abbildung 11: Balance zwischen Sicherheit und Autonomie

Um diese Balance in der eigenen Arbeit zu erkunden und dem entsprechen individuell umzusetzen, braucht es vielfach auch eine Reflexion der eigenen Rolle und Gefühle als SozialarbeiterIn, als HilfsleistendeR.

Wahl (1991: 151) gibt folgende Fragen für Selbst- und Fremdbeobachtungen bzw. Reflexion, die zwar für Pflegepersonal ausgerichtet sind, aber genauso auf die Interaktion zwischen SozialarbeiterIn und BewohnerIn umgelegt werden können.

„Wo überall im Verlauf einer Pflegeinteraktion wurde geholfen? Wo wurde nicht geholfen? Wo wurde zuviel geholfen? Welche Kompetenzen zeigte der alte Mensch im Einzelnen? Wie kam die Hilfe zustande? Durch eine Initiative der alten Person oder der Pflegeperson?“

Der Aufgabenbereich von Sozialarbeit liegt hier einerseits in **der Unterstützung bei der Alterns- und Krankheitsbewältigung**, denn die Autonomie wird durch Krankheit und Abbauprozesse im Alter beeinflusst. Damit befasst sich das nachfolgende Kapitel 4.3.5 näher. Andererseits geht es um die **Schaffung von Möglichkeiten für die subjektive und objektive Erfüllung des Bedürfnisses nach Autonomie und Selbstbestimmung**.

Konkret verweise ich auf die beiden Autoren Saup und Schröppel (1993), die speziell auf diese Selbstbestimmungsmöglichkeiten in stationären Einrichtungen eingehen und ein Interventionsprojekt mit Evaluationsstudie beschreiben. Beispielsweise kann mittels **Eröffnen und Aufzeigen von Wahl-, Entscheidungs-, Einfluss- und Mitwirkungsmöglichkeiten** (vgl. Saup/ Schröppel 1993: 72) im direkten Lebensumfeld sowohl des Bedürfnis nach Autonomie als auch nach Kontrolle und Sicherheit erfüllt werden.

Ansatzpunkte von Sozialarbeit ergeben sich in der Umgestaltung von Strukturen, von Arbeitsweisen des Personales oder subjektiven Sichtweisen von BewohnerInnen.

Neben der Begleitung von BewohnerInnen mittels Einzelfallhilfe zur Förderung von Autonomie und Selbstbestimmung werden seitens der Sozialarbeit nicht unbedingt konkrete Angebote gesetzt, sondern eher besondere Anforderungen an die Arbeitsweise der Einrichtung (Pflegeprozess, Organisationsstruktur) bzw. des Personales (Einstellung gegenüber dem/ der BewohnerIn – vgl. die Fragen von Wahl 1991: 151) gestellt, die Sozialarbeit einbringen kann. Die Förderung der Autonomie soll so auch als Rahmenbedingung gesehen werden, die durch Organisationsentwicklung und Personalentwicklung (mittels internen und externen Weiterbildungen und Reflexion) integriert werden kann.

4.3.5 Krankheits- und Altersbewältigung

4.3.5.1 Physische und psychische Gesundheit

Das Bedürfnis nach **physischer und psychischer Gesundheit** gewinnt an Bedeutung, wo Homfeldt (2005: 87) formuliert, dass die Gesundheit die Lebenserwartung, die Lebensqualität, aber auch die persönliche Einflussnahme ganz unmittelbar beeinflusst.

Bei der **physischen Gesundheit** geht es um einen positiv Verlauf/ Genesung, wobei die Definition dieser vom gesundheitlichen Ausgangspunkt bzw. der Erkrankung abhängig ist. Der Körper soll funktionsfähig sein und Mobilität, gutes Sehvermögen, Spüren des Urindranges, Vitalität und Interaktion (speziell mit dem/ der EhepartnerIn) ermöglichen.

„Aber naja, vielleicht wenn ich gesagt, wenn ich so kleine Schritte mit einem Wagerl dass ich selbst aufs Klo fahren kann, dann. Das wäre es halt dann. Vielleicht.“ (Interview B 6 Abs. 2)

Ein besserer Gesundheitszustand wirkt sich auf das Aktivitätsniveau (weniger Langeweile) aus und das Leben kann noch genossen werden. Auf die Frage an eine Bewohnerin, was anders wäre, wenn sie nicht so müde wäre, antwortet sie:

„Ja, nicht so langweilig.“ (Interview I 7 Abs. 7)

Eine Diagnose einer Erkrankung wirkt insofern erleichternd, da dann auf die Krankheit dementsprechend reagiert und sie behandelt werden kann (vgl. Interview A 14 Abs. 5). Körperliche Tätigkeiten sollen an den individuellen Körper- bzw. Gesundheitszustand und die mögliche Mobilität im Alter angepasst werden.

„Das schon. Mir geht halt das soviel ab, daheim hatte ich einen Garten und da bin ich immer hinauf gegangen und habe ein bisschen gearbeitet. Das hat mich so gefreut, wenn ich ein wenig etwas herunter tragen konnte. Und Blumen hatte ich und das ist mir schon ein wenig abgegangen. Aber was soll es, irgendwann musst du mal nachlassen. Es nutzt nichts.“ (Interview C 3 Abs. 6)

Zusätzlich zu dem Bedürfnis nach psychischer Gesundheit besteht der Wunsch nach Unterstützung und Begleitung in Krisenzeiten wie bei schwerer oder chronischer Erkrankung. Eine Bewohnerin nahm psychologische Unterstützung während einer Krebserkrankung in Anspruch und äußert dazu:

„Ja, das war mir eine große Hilfe. Die hat gesagt: Sonst gehen sie unter, wenn sie das nicht akzeptieren, dass sie auch ein Recht auf Eigenständigkeit haben und auf Leben haben und einfach auf (...) für sich selber etwas tun können. Und mittlerweile kann ich das.“ (Interview A 9 Abs. 5)

Eine Bewohnerin veränderte sich durch ihre Alzheimer-Erkrankung im Verhalten. Sie ist aggressiv und verwirrt und hat eine ordinäre Sprache gegenüber Männern. Diese Verhaltensänderung kann durch Angehörige schwierig akzeptiert werden.

Der körperliche Abbauprozess bedingt durch das Altern, Krankheiten und Unfälle von BewohnerInnen auf der Pflegestation zeigt sich besonders innerhalb eines Jahres. Sozialarbeit kann BewohnerInnen beim **Bewältigungsprozess von Krankheit oder alterbedingten Erscheinungen** begleiten. Wahl (1991: 56) gibt einen Überblick über Schritte bei Bewältigungsprozessen, die bei der Begleitung durch Sozialarbeit bewusst sein müssen:

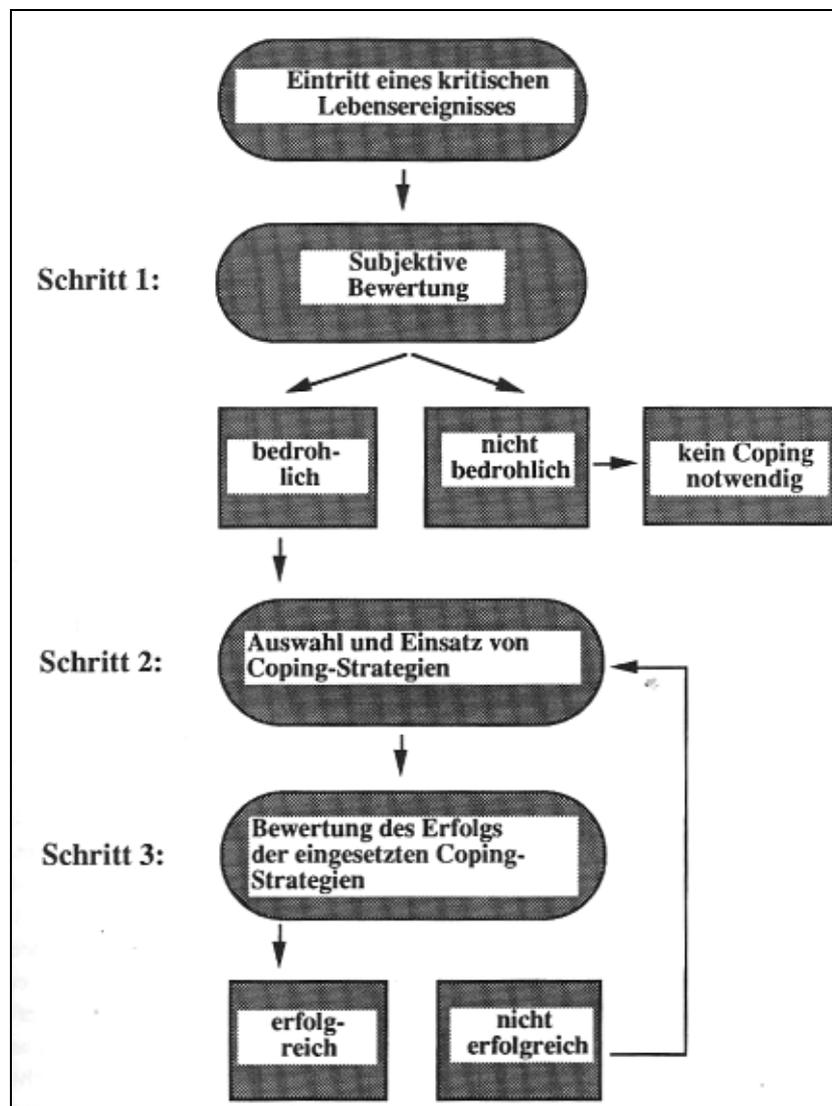


Abbildung 12: Schritte des Bewältigungsprozesses

Prinzipiell sind die Bewältigungsstrategien älterer Menschen sehr unterschiedlich und können nicht als bessere oder schlechtere (vgl. Wahl 1991: 59) beurteilt werden.

Sozialarbeit kann aber unterstützen, die Entscheidungsmöglichkeiten zu erweitern und Personen darin zu bestärken, die für sie subjektiv beste und erfolgreichste Bewältigungsstrategie für größtmögliche Lebensqualität zu wählen. Gerade bei alten Menschen empfehlen Janmaat und Munnichs (1980: 99) sie anzuleiten, von den Möglichkeiten, die ihnen noch geblieben sind, Gebrauch zu machen (vgl. Ansetzen bei den Performanzen Kapitel 4.3.1).

Auch in höherem Alter kann eine positive Änderung des Lebensstils krankheitsabwehrend und gebrechlichkeitsvorbeugend wirken (vgl. Homfeldt 2005: 90). So liegt im **Entwickeln positiver und gesunder Lebensstile eine präventive Aufgabe von Sozialarbeit**. Das Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2001: 23) fordert dazu, dass die Prävention für „Gesundes Altern“ auszubauen ist. Präventionsmaßnahmen in den Bereichen Ernährung und körperliche Aktivität sowie die Reduktion von Alkohol und Tabakkonsum sind besonders wichtig, da mehr Prävention mehr gesunde Lebensjahre und ein Hinausschieben von Behinderungen und Pflegebedürftigkeit bringt.

Individuelle Begleitung und Informations- bzw. Veranstaltungsreihen zu diesem Thema in Kooperation mit allen Professionen können im Seniorenzentrum Haag initiiert werden.

Homfeldt (2005: 91) gibt für solche Angebote konkrete Anknüpfungsthemen und eine konkrete Aufgabenbeschreibung vor:

„Positive Lebenseinstellung, die Fähigkeit zu Stressverarbeitung, aber auch Vertrauen und das Gefühl, in einer verstehbaren, sinnvollen und beeinflussbaren Welt zu leben, zu wichtigen persönlichen Quellen des Widerstandes gegen Krankheit entwickeln. Einer gesundheitsbezogenen Arbeit fällt in diesem Sinn die Aufgabe zu, lebensweltlich begründete Ressourcen bzw. gesundheitliche Schutzfaktoren zu identifizieren und zu fördern.“ (Homfeldt 2005: 91)

Sozialarbeit fungiert auch als **Drehscheibe** zu weiteren spezifischeren Angeboten wie Physiotherapie (Sturzprophylaxe, für bettlägrige Personen), Ergotherapie (nach Schlaganfall), Psychotherapie und/oder Reha-Maßnahmen. Gerade bei medizinischer Indikation besteht die Notwendigkeit in Kooperation und Absprache mit dem Pflegepersonal, dem Arzt und der Ergotherapeutin zu handeln. Weiters kann bei BewohnerInnen der betreuten Wohnungen zum Psychosozialen Dienst, zum

Sozialamt, zu Rat & Hilfe und zu anderen Sozialeinrichtungen weitervermittelt werden, wenn die Anliegen über die Möglichkeiten von Sozialarbeit im Seniorenzentrum hinausgehen.

Hinsichtlich psychischer Erkrankungen (hauptsächlich Demenz) wird die Anregung von Sachwalterschaft bedeutend und sie ist auch als Recht von BewohnerInnen in der Niederösterreichischen Pflegeheimverordnung (2002: § 14 (3)) verankert, wobei hier die Bezeichnung als Recht fehl am Platz ist, da Besachswaltung aus Sicht der BewohnerInnen noch immer der kompletten Entmündigung und Abnahme von Selbstbestimmung und Autonomie gleich kommt. Sozialarbeit soll weitgehend die in Kooperation mit der Familie des/der Betroffenen so unterstützen und gestaltet, dass Besachswaltung erst als letzter Möglichkeit herangezogen wird.

Kommt es trotzdem zu Besachswaltung, soll Sozialarbeit über die Notwendigkeit mitbestimmen und bei der Auswahl von geeigneten Angehörigen mittels einer Stellungnahme bei Gericht mitwirken oder auf eine/n SachwalterIn vom Verein verweisen,

Der Untersuchungsprozess bei Gericht gestaltet sich für BewohnerInnen als neue oft belastende Erfahrung, bei der Begleitung durch Sozialarbeit unterstützend wirken und Sicherheit geben kann.

Eine Zusammenarbeit mit Gericht und Sachwalterschaft seitens Sozialarbeit liegt hier nahe.

4.3.5.2 Mobilität

Bei den interviewten Personen äußern fast ausschließlich BewohnerInnen der betreuten Wohnungen ein Bedürfnis nach Mobilität.

Es geht ihnen um die **Aufrechterhaltung der Mobilität**, um alltägliche und gewohnte Tätigkeiten durchführen zu können, wie sich selbst die Kleidung zurechtzulegen und anzukleiden, auf die Toilette gehen zu können, einkaufen zu gehen, im Auto Platz zunehmen und mitzufahren

„Aber naja, vielleicht wenn ich gesagt, wenn ich so kleine Schritte mit einem Wagerl dass ich selbst aufs Klo fahren kann, dann.“ (Interview B 6 Abs. 2)

Hier steht auch im Zentrum aus der direkten Lebensumgebung hinaus zu kommen und beweglich zu sein, um Ausflüge zu unternehmen, an andere Orte zu gelangen, Radzufahren, in die Kirche zu gehen, Unternehmungen mit dem Pensionistenverein zu machen und zu reisen.

„Das wäre es halt, weil ich möchte nicht nur da im Heim oder Umgebung sein, obwohl es eh schön ist da. Aber ein bisschen raus, weil ich bin sehr viel gereist. Würde mich schon interessieren auch in der Gegend herumfahren oder irgendwo wieder einmal schön essen hinfahren und so gell. Und in ein Theater fahren oder in ein Konzert.“ (Interview B 6 Abs. 1)

„Und ich möchte auch weiterhin ein bisschen fort fahren können. Nicht soweit, aber. Sieben Mal bin ich mit dem Flugzeug geflogen, wie ich noch gesund war. Und jetzt möchte ich das halt auch noch ein wenig.“ (Interview C 7 Abs. 11)

Mobilität ist dabei auch ein Indikator für ein möglichst hohes Maß an Autonomie und Selbstbestimmung.

Weiters besteht das Bedürfnis nach **Mittel und Möglichkeiten**, um die Mobilität zu gewährleisten und zu erhalten. Therapien wie Ergo-, Physiotherapie und Lymphdrainage, die den Körper stärken und Heilmittelbehelfe wie Handrollstuhl, Elektrorollstuhl und die infrastrukturellen Möglichkeit sie zu nutzen, werden als Wunsch geäußert. Ein behindertengerechtes Fahrzeug für Ausflugsfahrten als Angebot des Seniorenzentrums Haag oder vom Roten Kreuz Haag bzw. von Busunternehmen bei Ausflugsfahrten, Shuttledienste in die Stadt zum Einkaufen oder ein City-Taxi für Personen ohne Auto bzw. Führerschein, ein Taxiunternehmen, das dies anbietet, werden genannt.

„Ja das ist hier eine kleine Schwierigkeit. So ein City-Taxi brauchen wir hier. Für viele Bewohner, es haben nicht alle ein Auto. Die zwei Damen, die bei uns am Tisch sitzen (...) die hatten nie ein Auto und sind natürlich von den Männern abhängig gewesen. So gefällt es ihnen hier, aber sie haben Schwierigkeiten wohin zu kommen. Zur Haltstelle sind es 20 min zu gehen. ... Und diese beiden Damen leiden da ein bisschen darunter, dass sie nicht mobil sind.“ (Interview A 10 Abs. 7)

Als weiterer Bereich wird Unterstützung durch die Familie bei der Mobilität gewünscht.

„Und wenn ich einkaufen gehe und mehr brauche, kommt sie [die Tochter] mit dem Auto.“ (Interview C 5 Abs. 12)

Sozialarbeit setzt hier auch bei **Einzelfallhilfe** zur **Alters- bzw. Krankheitsbewältigung** (siehe Kapitel 4.3.5.1) und zur **Stärkung der Autonomie** (siehe Kapitel 4.3.4 Autonomie) an. Weiters geht es um **Unterstützung bei der Alltagsbewältigung** durch Vermittlung von beispielsweise Haushaltshilfen und Reinigungsdiensten. Da die Sozialstation der Caritas St. Pölten, die diese Angebote offeriert, im Seniorenzentrum untergebracht ist, liegt eine Kooperation nahe.

Vernetzungen hinsichtlich möglicher **Mobilitätsdienste** zwischen den BewohnerInnen können gefördert werden. Manche Personen sind noch mobil durch ein eigenes Auto und können andere mitbefördern. Ein „schwarzes Brett“, wo solchen Diensten angeboten werden, kann eingesetzt werden – dies bedarf jedoch einer genauen Abklärung mit den BewohnerInnen. Hier sollte aber eher die Eigeninitiative der BewohnerInnen gefördert und an ihren Ideen angeknüpft werden. Derzeit gibt es kein Taxiunternehmen und keine Shuttledienste in Haag. Von einem Bewohner wurde die Organisation von solchen Shuttlediensten angeregt. Beispielsweise könnte ein- oder zweimal in der Woche ein behindertengerechter Kleinbus bestimmte Orte in der Stadt abfahren und nach ein bis eineinhalb Stunden wieder retour fahren. Die Vermittlung von Seniorenreisen und –ausflügen und auch die eigene Gestaltung solcher Reisen für kleine und größere Gruppen wurden als Idee angedacht. Sozialarbeit sollt hier **die Initiativen der BewohnerInnen ergreifen, unterstützen und bei der Umsetzung behilflich sein.**

Bei allen Belangen hinsichtlich Therapien im physischen Bereich und Heilmittelbehelfen sollte an die Pflegestation, Ergotherapie und das Sekretariat weiter verwiesen werden, die diese Aufgaben auch bis jetzt übernommen haben.

4.3.6 Soziales Netzwerken

Das **Bedürfnis nach sozialer Verbundenheit/ sozialem Kontakt** zu anderen Menschen mit familialer, nachbarschaftlicher, gesellschaftlicher und freundschaftlicher Interaktion und dem Wunsch nach GesprächspartnerInnen nimmt einen bedeutsamen Stellenwert bei den befragten BewohnerInnen ein.

Sie möchten jemanden zum Reden haben, nicht allein sein mit den Sorgen, sich zugehörig fühlen, Nähe spüren und Zuwendung erfahren, anstatt Einsamkeit und dafür ein gutes Auskommen mit allen bzw. sich mit allen zu verstehen erreichen.

„Ja, haben wir eh schon oft geredet. Genau wie andere auch, die ihre Schicksale erzählt haben. (...) Da ist man nicht allein, da ist man wirklich nicht allein mit den Sorgen. (...) Alles ist zum Aushalten und muss man überwinden.“ (Interview C 9 Abs. 2)

Die Beziehungen zu Familie, FreundInnen, NachbarInnen sind unter **primären bzw. informellen sozialen Netzwerken** einzuordnen und „sind auf Grundlage einer gefühlsmäßigen oder praktischen Gemeinschaft gewachsen und beruhen auf Freiwilligkeit.“ (Thiele 2001: 47)

Sekundäre bzw. formelle Netzwerke sind durch ein professionelles Interesse charakterisiert und gewinnen mit zunehmendem Alter durch stärkere Hilfs- und Pflegebedürftigkeit an Bedeutung (vgl. Thiele 2001: ebdt.)

Vor allem Familie, NachbarInnen und prinzipiell GesprächspartnerInnen erscheinen eine gewichtige Ressource zu sein. Auch der Österreichische Berufsverband für SozialarbeiterInnen (2004: o. S.) zählt zu den wichtigsten persönliche Ressourcen sehr alter Menschen in Österreich ihre familiären und Nachbarschafts-Beziehungen.

Viele verschiedene AutorInnen (vgl. Netz 1996: 19 – 20, Petzold 2004: 274 – 283, Thiele 2001: 47 – 60, Woog 2006: 33 – 35, Reichert/ Wahl 1994: 39) beschreiben die Bedeutsamkeit primärer bzw. informeller Netzwerke speziell für alte Menschen für deren Lebensqualität und Lebenszufriedenheit. Thiele (2001: 49, 52) und Netz (1996: 19) schreiben informellen sozialen Netzwerken Schutz vor Einsamkeit und Isolation, Abfederung von gesellschaftliche und persönliche Veränderungen und Unterstützung vor allem auch in Krisen- und Krankheitssituationen zu. Umso gewichtiger wird dies, da dieses Netzwerk einer quantitativen und qualitativen Veränderung, insbesondere durch das Wegsterben von Angehörigen und Freunden, unterliegt (Netz 1996: ebdt.).

„Sozialkontakte sind schließlich auch wichtig, weil sie Intimitäts- und Sexualitätsbedürfnisse befriedigen können.“ (Reichert/ Wahl 1994:39)

Nach Thiele (2001: 50) spielen für die Aufrechterhaltung und Gestaltung sozialer Beziehungsnetze die Faktoren Lebensalter, Geschlecht, Familienstand, Vorhandensein von Kindern, Bildungsstand und Wohnsituation eine Rolle.

Es obliegt SozialarbeiterInnen „die Aufgabe, Netzwerke in dieser Weise entwickeln zu helfen und entsprechend zu intervenieren.“ (Thiele 2001: 55) Auch nach Petzold (2004: 274) „kommt der Analyse sozialer Netzwerke im Hinblick auf ihre Vitalität und Kraft besondere Bedeutung zu, und wird die Sorge um die Erhaltung und Restitution sozialer Netzwerke ein wesentliches Moment von Therapie darstellen.“

Als bedeutsames diagnostisches Instrument erscheint dabei die **Netzwerkanalyse/ Netzwerkkarte** (vgl. Pantucek 2005: 141 – 150), die unterstützen kann, Ressourcen und Schwachstellen in den verschiedenen Sektoren Familie, Freunde/ Bekannte, professionelle Beziehungen und Schule/Beruf (Dieser Sektor hat in der Phase nach der Erwerbstätigkeit weniger Bedeutung.) zu ermitteln und ausgehend davon Interventionen zur Aktivierung und Verbesserung des sozialen Umfeldes zu setzen. Besonders gewichtig erscheint dies auch bei vereinsamten und/oder isolierten

Personen. Einsamkeit bezieht sich auf das subjektive Gefühl, mit weniger Menschen Kontakt zu haben, als man das möchte. Dem gegenüber bedeutet Isolation, dass eine Person objektiv zu wenige Sozialkontakte hat (Künzel-Schön, Marianne 2000: 91).

Thiele (2001: 55) nennt beim Zusammenhang zwischen sozialen Netzwerken und psychischer Gesundheit folgende **bedeutsame Faktoren für ein soziales Netz**:

- mehr qualitative starke Beziehungen als viel Kontakte
- enges Vertrauensverhältnis zu mindestens einer Person
- Wissen um Unterstützungsperson(en) in Krisen
- Sich selbst als Teil eines größeren Zusammenhanges fühlen

Sozialarbeit muss somit bei Interventionen das soziale Umfeld betreffend diese Faktoren als einzubeziehende Intentionen betrachten.

Woog (2006: 33) beschreibt auch eine präventive Wirkung von sozialen Netzen, in dem ein bloßes Bewusstsein über die Aktivierbarkeit von Kontakten für Menschen hilfreich ist.

Ansatzpunkte für professionelle Interventionsarbeit sieht Thiele (2001: 55) bei der Unterstützung von existierenden Netzwerken, der Neuschaffung künstlicher Netzwerke, bei Nachbarschafts- und Gemeindeunterstützungsprogrammen und der sozialökologischen Sicherung von Netzwerken.

4.3.6.1 Familiäre Interaktion

Beim Bedürfnis nach familialem Kontakt ist bei den Interviews die höchste Anzahl von Zuordnungen von Interviewtextsegmenten zu einem Code zu finden.

Das Bedürfnis nach **Kontakt zur Familie** gestaltet den Schwerpunkt. Dies äußert sich in dem Wunsch nach Besuchen von Familienangehörigen. Bei den Familienangehörigen wurden vor allem Töchter, Söhne und deren EhepartnerInnen, Geschwister genannt. Für einige BewohnerInnen nehmen die Enkel und Urenkel einen wichtigen Stellenwert ein.

„Und die Enkelkinder sind mir ja auch so abgegangen, jetzt auch noch. Die gehen mir wirklich ab.“ (Interview C 4 Abs. 8)

Im Seniorenzentrum wohnen größtenteils allein stehende verwitwete Personen, wo festzuhalten ist, dass neben dem Partner bzw. der Partnerin die erwachsenen Kinder eine – mit zunehmendem Altern und zunehmender Beeinträchtigung wichtigere – Rolle als Unterstützungsgeber für ältere Menschen einnehmen (Künzel-Schön 2000: 137).

Nichten und Neffen gewinnen bei einem kinderlosen Bewohner an Bedeutung.

„Ja ich bin jetzt zweiundvierzig Jahre verheiratet, wir haben leider keine Kinder bekommen, aber ich habe drei Geschwister und ich habe auch elf Nichten und Neffen. Und das ist ein Verhältnis, als wenn ich eigene Kinder hätte. Ich habe sie gern, sie haben mich gern. Auch meine Geschwister, da sind wir in Haag bekannt, das ist ein Verhältnis, das ist beispielgebend. Wir stehen so zusammen.“ (Interview B 8 Abs. 2)

„Dieses Netz [jenes kinderloser alter Menschen] setzt sich jedoch anders zusammen als das der älteren Eltern: Es ist in der Regel kleiner und die Unterstützungspartner sind vor allem Freunde und entferntere Verwandte. (...) Eine wesentliche Rolle für kinderlose Ältere spielt die Wechselseitigkeit der Unterstützung: Je häufiger kinderlose Ältere andere unterstützen, umso mehr fühlen sie sich sozial eingebunden.“ (Künzel-Schön 2000: 139)

Das Bedürfnis, gemeinsam Familienfeste zu feiern wie Geburtstag, Weihnachten, Muttertag ist wichtig.

„Dann sitzen wir ja sowieso wieder beisammen, die ganze Familie. Oder auch bei meinem Geburtstage jetzt, machen wir auch hier, dann ist die Mutti auch dabei.“ (Interview E 7 Abs. 2)

Familialer Kontakt wird auch außerhalb des Seniorenzentrums besonders von BewohnerInnen der betreuten Wohnungen angestrebt, beispielsweise Besuche bei Angehörigen, Ausflüge und Einladungen zum Mittagessen.

„Mein Gott, die holt mich so auch öfters. Am Sonntag zum Essen. (...) Oder sie bringt mir oft was, wenn sie gewisse Sachen hat.“ (Interview C 11 Abs. 15)

Der Wunsch nach Kontakt bzw. Gestaltung des Kontaktes zur Familie beim Wohnen im Seniorenzentrum gestaltet sich individuell bei jedem/r BewohnerIn vermutlich nach dem Familienkontakt, wie er auch vor dem Einzug üblich war. Dabei kann es auch möglich sein, dass kein Kontakt willkommen ist (vgl. Interview G 4 Abs. 4).

Gewünscht ist **Unterstützung, Bestärkung und Rückhalt** durch die Familie.

„Ja und die ganzen Bekannten und die Familie. Ich habe drei Geschwister und die sagen, es ist unwahrscheinlich, wie positiv ich eingestellt bin zu allem.“ (Interview B 4 Abs. 6)

So erklärt auch Thiele (2001: 49), dass in erster Linie von alten Menschen familienzentriert, auf allgemeiner Gegenseitigkeit beruhende Hilfe erwartet wird, vor allem vom Ehepartner und den eigenen Kindern.

Kontakt zur Familie bei der Eingewöhnung ins Seniorenzentrum beschreiben die BewohnerInnen der betreuten Wohnungen als unterstützend. Konkret werden Leistungen bei der Übersiedlung, beim Wohnen im Seniorenzentrum durch Übernahme bürokratischer/organisatorischer und finanzieller Angelegenheiten und hinsichtlich der Mobilität für Einkäufe und Besorgungen erwartet sowie konkrete

materielle Unterstützungsleistungen durch beispielsweise Lebensmittel- und Zeitungskauf.

„Jaja und ich habe mich leichter getan, weil ich weiß, dass die Tochter da ist. Dass sich die umschaute um mich, wenn irgendetwas ist. Gleich am Anfang gibt es auch allerhand. Das zum Anmelden, das und das. Ja das hat alles sie gemacht. (...) Auch jetzt, wenn ich irgendeinen Scheck bekomme oder so. Geh, gib ihn mir auf, sage ich. bekomme oder so. Geh gib ihn mir auf, sage ich. ... Ja das ist etwas wert.“ (Interview C 11 Abs. 4)

So bestätigt auch die Autorin Künzel-Schön (2000: 148), dass die Familie eher für materielle und finanzielle Hilfe, oft auch für emotionale Hilfe zuständig ist.

Sozialarbeit muss hier bei der **Stärkung und Förderung des primären familiären Netzwerkes** ansetzen um einerseits den Kontakt zu Familienangehörigen für höhere Lebenszufriedenheit zu sichern und andererseits die materielle, finanzielle, organisatorische/ bürokratische und funktionelle Unterstützung durch die Familie zu gewährleisten.

BewohnerInnen erstreben **Versorgung und Pflege im Alter und bei Krankheit durch die Familie**, wünschen sich aber auch, dass die Familie, die eigenen Kinder gut versorgt sind bzw. dass es ihnen gut geht und sie selbst die Kinder nicht belasten (durch Pflege, Erkrankung, Tod).

„Das waren alles Beweggründe, dass wir zwei da versorgt sind, das können wir uns leisten, das leisten wir uns einfach. Es bleibt natürlich nicht mehr so viel über wie früher, aber die Kinder sind schon versorgt und es ist allen damit geholfen. Den Kindern genauso.“ (Interview A 14 Abs. 1)

Prinzipiell kann hier vermutet werden, dass eine enge Verbindung zwischen dem Wohlergehen des/ der Bewohners/in und dem der nahen Familienangehörigen besteht.

Dies lässt auch auf Rückschlüsse die Bedeutung des Bedürfnisses nach einem **guten Verhältnis bzw. einer konfliktfreien Beziehung** zwischen den Angehörigen/ Familienmitgliedern zu.

„Ja, denen war das egal. Die Schwiegertochter hat gesagt, das ist schon zehn Jahre aus, sie schaut sich mal nicht um, um mich. Dann weißt du es eh, wenn es dir schlechter geht, dass du nicht auf sie hoffen kannst.“ (Interview C 1 Abs. 3)

BewohnerInnen erleben familiäre Konflikte als belastend. Konflikte zwischen dem/der BewohnerIn und Angehörigen werden sowohl bei betreuten Wohnungen als auch auf der Pflegestation angesprochen, wobei dies verstärkt auf der Pflegestation aufzutreten scheint. Der Umstand wird vor allem von internen ProfessionistInnen so

erlebt, die Konflikte in den Familien der BewohnerInnen für die eigene Arbeit als belastend erleben. Rückzuführen ist das vermutlich darauf, dass BewohnerInnen der betreuten Wohnungen weitgehend freiwillig die Entscheidung treffen ins Seniorenzentrum zu ziehen und BewohnerInnen der Pflegeabteilung diese Möglichkeit weniger haben. Einzug passiert oftmals auf Druck durch Familienangehörige.

Dadurch kommt es zu Störungen der Beziehung, wo Sozialarbeit vermittelnd eingreifen kann. Konflikte im Zusammenhang mit dem Heimeintritt wurden schon im Kapitel 4.3.3 ausgeführt.

Bei **Familienkonflikten** kann Sozialarbeit mittels Einzelfallhilfe, Konfliktberatung und bei entsprechender Ausbildung mit Mediation unterstützen und „in gemeinsamen Familiengesprächen ein besseres Verständnis zwischen den Generationen ermöglichen und Entlastung, Klärung und Hilfestellung anbieten“ (Bechtler/ Pina/ Redebold 1982: 21). BewohnerInnen werden durch **Schwierigkeiten und Konflikte zu und zwischen Familieangehörigen** speziell der Kinder stark belastet.

„Wir haben zum Beispiel Leute schon da gehabt, die haben daheim, die Kinder untereinander große Schwierigkeiten und Streitereien. Da geht es nur um das Geld, um das Erben, um die Häuser und alles was da ist.“ (Interview D 7 Abs. 2)

Konfliktthemen betreffen beispielsweise das Erben von Geld und Immobilien. BewohnerInnen wünschen sich eine finanzielle Regelung bzw. Erbrechtsregelung. Speziell Erbschaftsregelung ist aus meiner Sicht ein Graubereich für Sozialarbeit, wo es eher kontraproduktiv wirken kann, sich einzubringen. Die Weitervermittlung an eine juristische Beratung wäre hier angebracht. Möglich sind aber **Entlastungsgespräche** mit BewohnerInnen über konfliktträchtige Familiensituationen und die Stärkung des eigenen Willens bzw. der Selbstbestimmung des/ der BewohnerIn. Ausführlich setzen sich die Autoren Herr und Weakland (1992) mit der Beratung älterer Menschen und ihrer Familien auseinander und geben eine genaue Unterweisung über den Problemlösungsprozess in der Familie aus einer systemischen Perspektive.

Angehörige haben auch manchmal zu wenige Informationen oder Verständnis über den Gesundheitszustand mit den Besonderheiten von Krankheitsphasen oder den Pflegebedarf. Eine interviewte Professionistin drückte dies bei einer schwierigen Situation mit einer Angehörigen so aus:

"Wie erklärst du ihr das, wenn sie es nicht begreifen will." (Interview J 5 Abs. 2)

Auch Gatterer (2007: 192) schreibt über diesen Faktor. Er sieht Angehörige als wesentliche PartnerInnen bei der Betreuung alter Menschen und nennt einige Faktoren, die bei der **Kommunikation mit Angehörigen** zu berücksichtigen sind:

- emotionale Betroffenheit
- psychische und physische Belastungen
- eigene Hilflosigkeit
- subjektive Sicht der Probleme
- fehlende oder geringe Kompetenz für Krankheitsbilder
- eigene Ängste und Befürchtungen
- stärkere Verantwortung für den Familienangehörigen
- fehlend Information über die tatsächliche Situation (bei einem stationären Aufenthalt)
- kontextuelle Faktoren

Hier kann Sozialarbeit eine **Mittlerrolle** zwischen medizinischer bzw. pflegerischer Indikation, Willen des/ der BewohnerIn und den Anliegen der Angehörigen übernehmen. Der Fokus von Sozialarbeit muss natürlich auf dem Wohlergehen des/ der Bewohners/in liegen. Dies kommt einerseits dem/ der BewohnerIn zugute, entlastet aber auch das Personal und die Angehörigen selbst. Wichtig sind hier Informationsgespräche mit Angehörigen. Gatterer (2007: 194) beschreibt hier, dass das Angebot von Gruppen- oder Einzelgesprächen zwischen Patienten, Angehörigen und Betreuungsteam hilft, Spannungen abzubauen, Kompetenzen und Rahmenbedingungen zu klären und den Austausch zwischen Menschen zu fördern, die grundsätzlich ein gemeinsames Ziel haben – den alten Menschen adäquat zu betreuen.

Nach Mathuse (2003: 107) ist es in erster Linie „Ziel der Angehörigenarbeit ..., Informationen über die Erkrankung, den Verlauf und zu Fragen des alltäglichen Umgangs mit den Patienten ... im Heim zu geben. Beratungsarbeit hat oft an diesem Punkt eine aufklärende, vorbeugende und nicht zuletzt ermutigende Wirkung.“

Durch bessere Information können Angehörige die Möglichkeiten und Grenzen der BewohnerInnen besser einschätzen. So können BewohnerInnen auch von Angehörigen optimaler gefördert werden. Beispielweise trauen sich die Angehörigen einen Ausflug mit einem/ einer pflegebedürftigen BewohnerIn zu.

Um Angehörige dazu zu bewegen, diese Hilfe auch von sich aus in Anspruch zu nehmen, sollte sie bei der Aufnahme des/der BewohnersIn über **Angebote der**

Sozialarbeit im Seniorenzentrum für Angehörige informiert werden, beispielsweise mittels Informationsmaterial. Eine Fixzeit/ Sprechstunden für Anliegen von Angehörigen kann angeboten werden, in deren Rahmen Gespräche mit Information und Beratung in Anspruch genommen werden können. Für Sozialarbeit sind auch Nachfragen über die Biographie und Lebenssituation des/ der Bewohners/in möglich, was vor allem bei dementen Personen bedeutend erscheint. Ein weiteres Angebot für Angehörige kann eine Selbsthilfegruppe sein, die nach Thiele (2001: 47) eine neuere Form von Netzwerken darstellt und zu den tertiären Netzen zählt. Dabei muss das Interesse bzw. der Bedarf der Angehörigen noch ermittelt werden. Sozialarbeit „kann beim Aufbau von Gruppen- und Selbsthilfearbeit Organisationshilfen geben, Fachreferenten suchen oder die Gruppe moderieren.“ (Mathuse 2003: 107)

Der Angehörigenarbeit kommt aus meiner Sicht besondere Bedeutung zu, da die Lebenszufriedenheit und –qualität von BewohnerInnen mit den sozialen Unterstützungsnetzwerken verbunden ist und somit eine positive Beziehung zu den Angehörigen eine Wirkung auf den/ die BewohnerIn hat (vgl. Kapitel 4.3.6).

Weiters kann Einzelfallhilfe von Sozialarbeit bei Konflikten zwischen (Ehe)Paaren unterstützen, beispielweise bei Beziehungskonflikten zwischen Frau und Mann und/ oder dem Umgang damit beraten, wenn bei einem Partner der körperliche Abbauprozess schon weiter fortgeschritten ist (vgl. Alterns- und Krankheitsbewältigung im Kapitel 6.3.5).

Bei meinen InterviewpartnerInnen war keine Person ohne bzw. mit wenigen Familienkontakten dabei. Trotzdem erscheint mir diese Zielgruppe eine sehr bedeutsame, da interne ProfessionistInnen immer wieder erwähnten, dass manche BewohnerInnen keinen Besuch bekommen und diese oftmals zu den „schwierigen“ BewohnerInnen zählen. Gerade hier soll Sozialarbeit eingreifen, um das fehlende bzw. gering ausgebildete familiäre Primärnetzwerk zu stärken oder auch zu kompensieren. Mit der Stimulation und dem Aufbau informeller und formeller Netzwerke, kann Unterstützung und ein Sprachrohr für den/ die BewohnerIn geschaffen werden. Der Sozialarbeit kommt hier eine **„anwaltschaftliche“ Funktion** für isolierte BewohnerInnen zu.

4.3.6.2 Nachbarschaftliche Interaktion

Der hauptsächliche Unterschied zwischen nachbarschaftlichen Kontakten auf der Pflegestation und bei den betreuten Wohnungen liegt darin, dass auf der Pflegestation zwischen BewohnerInnen mehr Konflikte und Unstimmigkeiten auftreten. Beispielsweise treten Spannungen zwischen ZimmerkollegInnen auf (auch bedingt durch dementielle Erkrankungen) und Kontroversen mit „schwierigen“ BewohnerInnen, die die anderen stören, beleidigend und/ oder bestimmend mit anderen umgehen. Weiters können BewohnerInnen die Kontaktfrequenz und -intensität weniger selbst steuern und regulieren. Pro (Pflege-)Gruppe gibt es nur einen Aufenthalts- und Essensbereich, wo oft Kontakte „gezwungenermaßen“ stattfinden bei Frühstück, Mittagessen, Nachmittagskaffee und Abendessen. (Es besteht die Möglichkeit die Mahlzeiten im eigenen Zimmer einzunehmen, wodurch es jedoch zu geringeren Sozialkontakten mit NachbarInnen kommt.) Die BewohnerInnen der Pflege haben bedingt durch ihre Mobilität weniger Möglichkeiten nach außen zu gehen, um Kontakte zu knüpfen oder einen anderen Ort aufzusuchen. Diese können sich zwar in ihr Zimmer zurückziehen, um Kontakte zu vermeiden, jedoch teilen die meisten ein Zweibettzimmer, sodass vollständige Rückzugsmöglichkeit selten gegeben ist.

Die BewohnerInnen der betreuten Wohnungen können die Kontaktfrequenz vielmehr selbst bestimmen. Sie haben die Wahl an nachmittäglichen Treffen teilzunehmen oder nicht, können beim Mittagstisch beisammensitzen und haben jederzeit die Möglichkeit aus der Einrichtung nach außen zu gehen.

Folglich lässt sich vermuten, dass auf der Pflegestation deshalb mehr Konflikte auftauchen,

- da die Kontaktfrequenz und -intensität „gezwungenermaßen“ stärker ist, wodurch mehr zwischenmenschliche Reibungsflächen entstehen und
- außerdem erschwerend durch die Häufigkeit des BewohnerInnenwechsels eine ständig wiederkehrende Gewöhnungsphase der BewohnerInnen untereinander hinzu kommt (vgl. G 3 Abs. 2 + 4).

Hier äußerten interviewte BewohnerInnen der Pflegestation und interne ProfessionistInnen vielfach das **Bedürfnis nach konfliktfreiem Miteinander** zwischen BewohnerInnen auf der Pflegestation. Interne ProfessionistInnen weisen diesbezüglich auf den Wunsch von BewohnerInnen nach Gesprächen über Konflikte mit dem GesprächspartnerInnen (Pflegepersonal) hin.

„Viel von früher. Wenn es irgendwelche akute Probleme gibt, so mit den Zimmernachbarn, mit den Bettnachbarn, dass sie das dann ansprechen. Weil man eben wirklich zu zweit ist.“ (Interview K 7 Abs. 4)

„Dass sie es zum Beispiel mit der Zimmernachbarin nicht mehr aushalten, weil die Zimmernachbarin schnarcht in der Nacht, und die stiehlt mir alles, und mit dieser unmöglichen Frau halte ich es nicht mehr aus. ... Aber sie haben es gesagt und ausgesprochen und es geht ihnen dann besser, glaube ich.“ (Interview D 2 Abs. 7)

Auf der „Einser-Gruppe“ der Pflegeabteilung besteht ein stärkeres nachbarschaftliches Netz vermutlich durch die höhere Anzahl von BewohnerInnen mit geringeren physischen und psychischen Abbauprozessen (BewohnerInnen sind weniger körperlich und geistig eingeschränkt - vgl. Interview J 7 Abs. 2).

Kontakte zwischen BewohnerInnen der Pflegestation und der betreuten Wohnungen gibt es nur in geringem Ausmaß. Wenn Kontakte vorkommen, dann meist deshalb, weil der Kontakt bzw. die Bekanntschaft schon vor dem Einzug ins Seniorenzentrum bestanden hat.

Thiele (2001: 94) berichtet über die Vorteile „aus einer solchen Durchmischung [Kombination von Alten- und Pflegeheim] von bereits leicht Pflegebedürftigen und noch relativ gesunden Bewohnern, die sich entsprechend des differenzierten Hilfebedarfs gegenseitig Unterstützung gewähren können.“

Dieser Gewinn wird auch im Seniorenzentrum ersichtlich. Vor allem die BewohnerInnen der betreuten Wohnungen aus dem ersten Bau haben ein stabiles nachbarschaftliches Sozialnetzwerk. Sie geben aufeinander Acht und sorgen füreinander, wenn beispielsweise jemand krank ist (vgl. Interview J 6 Abs. 4). Dadurch benötigen sie auch die Unterstützung der Pflegeabteilung bzw. des Sekretariates weniger. Diese Entwicklung liegt vermutlich daran, dass die BewohnerInnen vor der Eröffnung der Pflegestation eingezogen sind und sich zuerst das nachbarschaftliche Unterstützungsnetzwerk aufgebaut haben (vgl. Interview G 9 Abs. 9). Die BewohnerInnen des zweiten Baues zogen in ein bestehendes System ein, wo sie sofort Hilfe von der Pflegeabteilung und vom Sekretariat erhielten.

Dort gestaltet sich der Nachbarschaftskontakt durch tägliches Zusammensetzen in den Aufenthaltsbereichen bei Gesprächen nach dem Mittagessen oder auch am Abend. Gegenseitige Kontakte und Besuche außerhalb dieser Treffen gibt es offensichtlich weniger als im ersten Bau.

Zusammenfassend lässt sich die Bedürfnislage der BewohnerInnen der Pflegeabteilung und der betreuten Wohnungen hinsichtlich nachbarschaftlichen Kontakts folgendermaßen darstellen:

- Bedürfnis nach **sozialem Netz** zwischen Nachbarn: sich selbstständig untereinander managen, sich in Gruppen zusammensetzen
- Bedürfnis nach **wechselseitiger Unterstützung** mit aufeinander Achten, umeinander Sorgen, Zusammenhalt zwischen Nachbarn bezüglich Mobilität
„Ja, da drüben habe ich gleich eine Nachbarin. Die sind eh so wie Schwestern. Jaja, wenn sie etwas braucht komme ich zu ihr, wenn ich was brauche kommt sie zu mir. Jaja, wir halten recht zusammen.“ (Interview C 12 Abs. 2)
- Bedürfnis nach **gutem, nachbarschaftlichem Kontakt/** guter Nachbarschaft bzw. **nach konfliktfreiem Miteinander** zwischen BewohnerInnen auf der Pflegestation

„Ja ja. Ich habe immer gesagt, am wichtigsten sind eh die Nachbarn, mit denen muss man gut auskommen. Wenn man mal jemanden braucht, ist einem der Nachbar der nächste.“ (Interview A 7 Abs. 4)

„Ja, das sind lauter nette Leute, die Bewohner hier. Aber ich bin nicht so, dass ich mich so anbietere oder ich gehe in keine Wohnung. Das mag ich nicht so sehr. Aber wir treffen uns am Gang, wir sitzen beim Essen beieinander und sind da lustig. Und ja, getratscht und da draußen kann man sitzen. Jetzt habe ich keine Zeit, weil ich fast nie da bin am Nachmittag. Das ist auch recht nett.“ (Interview A 3 Abs. 10)

„Und das funktioniert ganz gut bei den zweien. Ja, die Frau ... redet eh recht gern und da haben sie sich ausgemacht, wenn jemand hereinkommt, weil reden tut sie ja nichts mehr, muss die Mutti husten. (...) Und ab und zu wird sie auch husten, ich weiß es ja nicht genau. Ja, oder dann sucht sie sie wieder einmal. Das erzählt sie mir ja, die Frau ...: Wissen sie eh, heute ist sie selber aufgestanden, und ich suche sie, wo sie ist. Derweil sitzt sie da am Bett und hat die Schlapfen verkehrt angehabt. (...) Da hatte sie wieder recht eine Angst, dass sie umfällt oder niederfällt. Eine ganz eine direkte ist die Frau ...“ (Interview E 2 Abs. 6)

„Da macht sich der Herr ... über den Herrn ... lustig, ich meine, du hast es eh mitbekommen. Ich meine, dass ist wirklich böse. Und ich glaube, dass dann andere einfach auch Angst haben, dass er sich über sie lustig macht. Dass sie einfach ruhig werden, dass sie einfach gar nichts sagen, bevor ich eigentlich verarscht werde. (...) Die einfach nicht Kontra geben können und einfach dem nicht gewachsen sind.“ (Interview K 8 Abs. 2)

- Bedürfnis nach **regelmäßigem Kontakt** zu gewohnten Personen/ NachbarInnen

- Bedürfnis nach **Gesprächen zwischen NachbarInnen**, um über Sorgen und Anliegen sprechen können, Themen die einen beschäftigen, sich aussprechen können, nach positiver Kommunikation

„Der sie nur ausreden lässt, weil sie haben ihre Sorgen und Anliegen. (...) Für so was ist keine Zeit dann, aber es wäre ganz wichtig, glaub ich. Sie managen sich auch gut selber untereinander. Sie setzen sich in Gruppen zusammen. (...) Und da glaube ich kommen sie schon auch zum Reden und Ausreden unter sich.“ (Interview D 3 Abs. 5)

Sozialarbeit hat vor allem den **Aufbau bzw. die Stärkung und Förderung von nachbarschaftlichen Primärnetzwerken** zum Ziel, da das Netzwerk Unterstützung bietet und somit eine Ressource darstellt.

Bei den **betreuten Wohnungen** geht es um eine Stärkung der Strukturen und Gegebenheiten für nachbarschaftliche Kontakte und vor allem der Fähigkeiten sich selbst zu managen und zu organisieren. Wehrli-Schindler (1997: 115) nennt als eine wichtige Leitlinie des betreuten Wohnens die Förderung der Gemeinschaft.

Einzelne BewohnerInnen können darin begleitet werden, ihre Anliegen und ihre Ideen weiterzugeben und zu verwirklichen.

Ein Bewohner äußerte in einem Interview bezüglich des Wunsches nach einem Shuttledienst für Einkaufsfahrten:

„Wir werden es vielleicht wieder einmal vorbringen, vielleicht ergibt es sich einmal. Aber der Wunsch wäre bestimmt das, aber es ist keiner da, der sagt, ja nehmen wir das auf und ich unterstütze euch dabei und bringen wir was zusammen.“ (Interview B 11 Abs. 1)

Mit Unterstützung von Sozialarbeit kann dieses Anliegen mit möglichen Lösungsansätzen durchdacht und verwirklicht und BewohnerInnen gestützt werden, sich zu solidarisieren und etwas in Bewegung zu bringen. Strukturen für eine Vernetzung der BewohnerInnen hinsichtlich Anliegen, die in einem gemeinsamen Interesse stehen, werden gemeinsam geschaffen. Die Ressourcen des nachbarschaftlichen Unterstützungsnetzwerkes werden aktiv. Beispielsweise können auch einzelne Vernetzungen aufgebaut und vermittelt werden: Mobile BewohnerInnen können für und mit anderen Besorgungsfahrten erledigen. Gegenseitiges Achten auf die Wohnung oder die Haustiere bei Krankenhausaufenthalten, Reisen u. s. w. sind weitere Beispiele.

Eine wichtige Ressource, das **Zeithaben** für einander - für Gespräche, um Sorgen und Anliegen zu teilen, Informationen auszutauschen, über Familie zu erzählen – muss bei der Förderung dieses informellen Netzwerkes ebenso mitbedacht werden.

Auf der **Pflegestation** können verstärkt **Gruppenaktivitäten** mit dem Ziel der **sozialen Vernetzung** angeboten werden. Dabei führt gemeinsames Erleben und Tun zur Entwicklung eines gegenseitigen Verantwortungsbewusstseins, das ältere Menschen außerhalb der Gruppe zu praktischer Hilfe und Unterstützung motiviert (vgl. Bechtler, Radebold und Pina 1991: 20)

Bei Gesprächen und Tätigkeiten mit kleineren und größeren Gruppen können diese verbindenden Kräfte fokussiert werden, um einzelne BewohnerInnen miteinander zu vernetzen. Ähnliche Lebensgeschichten, Interessen, Herkunft u. a. m. können Anlässe für Gespräche sein und Beziehungen vertiefen.

„Gruppenarbeit als genuin sozialarbeiterische Tätigkeit eröffnet nicht nur Abwechslung und Erlebnisräume, sondern kann der „Beziehungspflege“ der Bewohner untereinander dienen.“ (Karl 1993 b: 79)

Bestehende Netzwerke müssen bestärkt und gefördert bzw. die Strukturen ausgebaut und adaptiert werden, um eine Vernetzung zu ermöglichen und zu erweitern (etwa das gute Sozialnetz auf der Einser-Gruppe).

Trotzdem kommt es zu Spannungen, wo Konfliktberatung und Mediation unterstützen kann.

Im Vorfeld muss jedoch eine Analyse der Ursachen der Konflikte erfolgen, denn die Autoren Janmaat und Munnichs (1980: 86) zeigen die Möglichkeit auf, dass Klagen von HeimbewohnerInnen einen Symbolwert haben können, wo es darum geht den tatsächlichen Inhalt verstehen zu lernen. „So kann man sagen: aus den Klagen eines Heimbewohners erfährt man den ganzen Umfang seiner wachsenden Einschränkungen, körperlich, geistig und im sozialen Bereich.“ (Janmaat und Munnichs 1980: ebdt.)

Beispielsweise erniedrigt ein Bewohner im Seniorenzentrum andere BewohnerInnen, legt ihnen Steine in den Weg, macht sich über sie lustig, vor allem über einen dementen Bewohner. Eine Analyse des dahinter stehenden Bedürfnisses und Klärung bzw. Einzelfallarbeit mit dem Bewohner kann möglicherweise weiteren Konflikten vorbeugen.

Konstruktive Konfliktlösungskompetenzen können bei BewohnerInnen aufgebaut werden. Eine Veranstaltungsreihe bzw. ein Vortrag oder Seminar für BewohnerInnen kann anregend wirken und die Fähigkeiten/ das Wissen erweitern.

Bedeutsam ist auch der Umgang des Pflegepersonales mit Konflikten zwischen den BewohnerInnen. Hier äußert eine Professionistin treffend:

"Oja. Dass die nur schimpft über die andere. Du kannst mit der Frau ... nicht extrem, dass ich jetzt sage: So, jetzt hören sie mal auf. Ich meine, das kannst du schon sagen, aber du kannst es ihr im Prinzip überhaupt nicht verbieten, weil es ihre Freiheit ist, dass sie etwas sagen darf." (Interview J 3 Abs. 4)

Gemeinsam mit dem Personal kann ein Leitfaden zum Umgang mit Konflikten erstellt werden. (Ab wann muss ich eingreifen? Wie gehe ich vor? Wann hole ich mir Unterstützung durch Sozialarbeit?)

Prinzipiell bei allen BewohnerInnen bedarf es wieder **spezieller Beachtung isolierter und einsamer BewohnerInnen**. Begleitung beim Kontaktaufbau zu anderen BewohnerInnen (sofern Kontakt überhaupt erwünscht ist) und Bestärkung und Förderung durch formelle Netzwerke zur Kontaktaufnahme bauen Ressourcen im sozialen Umfeld des/ der BewohnerIn auf und ermöglichen mehr Lebensqualität. Laut Bechtler, Radebold und Pina (1991: 20) kommt der Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft - besonders bei isolierten und vereinsamten Älteren - eine große Bedeutung zu.

4.3.6.3 GesprächspartnerInnen

Oft entsteht der Wunsch nach häufigeren Gesprächen mit einem/r bestimmten GesprächspartnerIn (Pflegepersonal, BewohnerInnen, andere Personen).

Sie erwarten von Gesprächen Unterhaltung, Information, Small talk und möchten auch ihre Sorgen und Anliegen aus- bzw. ansprechen, bzw. aktuelle Probleme, Konflikte mit ZimmernachbarInnen, Erlebnisse aus der Vergangenheit, Themen ansprechen, die sie beschäftigen, über die Familie erzählen, ernst genommen werden und auch Lob und Anerkennung erhalten.

„Also es ist einfach, ja ganz am Anfang das Heimweh. Also Einsamkeit ist das. Es gehen ihnen einfach oft Leute ab, die mit ihnen reden. Und dann merkst du es oft beim Baden zum Beispiel, wo du wirklich nur zu zweit im Raum bist. Und dann kommen Sachen hervor und teilweise reden sie dann voll. Ich meine, es ist unterschiedlich. Es sind Leute dabei, die sitzen drinnen und da sagt keiner etwas.“ (Interview K 7 Abs. 2)

„Ja, weil ich unterhalte mich gern. Wenn ich dann das auch noch unterstützt werde, mir sagt jemand, dass das lobenswert ist, umso lieber mache ich es dann auch noch.“ (Interview B 14 Abs. 4)

Die Gesprächsbereitschaft ist abhängig vom Vertrauen und sie möchten eine neutrale, gleichwertige und „normale“ Personen (Nicht mit Schwerhörigen, Dementen, (Alkoholikern) die Zeit hat.

Auf der Pflegeabteilung passiert dies zum Teil neben der Pfl egetätigkeit, jedoch reichen die zeitlichen Ressourcen nicht aus, um das Bedürfnis jedes Einzelnen nach Gespräch zu erfüllen.

Die Förderung des bestehenden Sozialnetzwerkes zwischen NachbarInnen und mit Familienangehörigen wurde im Kapitel 4.3.6 ausführlich behandelt.

Als weiteren Aspekt bringe ich die **Neuschaffung eines Sozialnetzwerkes/ von Sozialkontakten** nach außen ein. Ein Konzept bezüglich eines ehrenamtlichen Besuchsdienstes wurde schon einmal von Mitarbeiterinnen aus dem Pflegebereich angedacht. Hier sind Kooperationen, gemeinsame Planung, Austausch von Know How, eine Ergänzung der Konzepte und eine gemeinsame Leitung des ehrenamtlichen Teams zielführend.

Die Bedeutung von Kontakt zu Personen, der außerhalb der Einrichtung stattfindet bzw. Kontakt zu außerhalb der Institution stehenden Personen wird durch einige Autoren erläutert:

Reichert und Wahl (1994: 39) beschrieben die positive Beziehung zwischen Lebenszufriedenheit und der Häufigkeit außer-institutioneller Sozialkontakte mit Verwandten und Freunden, nicht aber bezüglich inner-institutioneller Sozialkontakte und es sind gerade die Kontakte nach „draußen“, die relativ selten stattfinden und von vielen Heimbewohnern in stärkerem Ausmaß gewünscht werden.

Verweisen möchte ich auch hier nochmals auf die Korrelation zwischen primären bzw. informellen Netzwerken und Lebensqualität und Lebenszufriedenheit (vgl. Kapitel 4.3.6). Gerade für BewohnerInnen mit wenig bzw. keinem Kontakt zu Angehörigen bietet das Erschließen eines komplett neuen weitgehenden unabhängigen Sozialkontaktes bzw. Netzwerkes große Chancen. An dieser Stelle verweise ich erneut auf den § 14 der Niederösterreichischen Pflegeheimverordnung indem die Beibehaltung und Förderung der sozialen Außenkontakte (§ 14 (2) Z. 18) als Recht des/der Bewohners/in festgelegt ist.

Durch die Interviews mit internen und externen ProfessionistInnen wird über ehrenamtliche Besuchsdienste und deren Aufbau schon teilweise Anleitung gegeben. Der **Aufbau** braucht Zeit und Achtsamkeit bezüglich Interesse und Eignung der Personen. Nach einem ersten Besuchkontakt sollte bei der BewohnerIn und bei dem/der Ehrenamtlichen die Stimmigkeit des Kontaktes bzw. der Beziehung beachtet

werden, um einen weiteren Verlauf zu erwägen oder eine/n andere/n BewohnerIn zu besuchen.

Bei der **Knüpfung der Kontakte** zwischen BewohnerIn und Besuchsdienst ist auf die Präferenzen der einzelnen Personen zu achten. Handelt es sich um eine eher aktive Person, die viel unternehmen bzw. Ausflüge machen möchte, oder möchte die Personen mehr Zeit für Gespräche, Heimkaffeehausbesuch und Spaziergänge. Nach den Wünschen des/der BewohnerIn sollte eine passende Person gefunden und der Beziehungsaufbau zwischen Besuchsdienst und BewohnerIn gefördert werden. Eine längerfristige Betreuung durch eine freiwillige Person ist günstiger (vgl. Seidel 2003: 169). Besuchsdienste können in Bewegung setzen und die Chance, dass einsame und isolierte BewohnerInnen wieder aufleben und aktiver werden besteht, wenn Beziehung und Offenheit geschaffen werden konnte.

Bezüglich **Gewinnung** von Ehrenamtlichen empfiehlt es sich, Personen anzusprechen, die schon Kontakt zum Seniorenzentrum haben, deren Angehörige verstorben sind und schon Kontakte haben und sich weiter engagieren wollen. Speziell ältere Menschen im dritten Lebensalter sind Ressource für ein freiwilliges Engagement – sie sind rüstig und oft bereit, sich zu engagieren (vgl. Seidel 2003: 165). Persönliche Ansprache und persönlicher Kontakt sind am bedeutsamsten, unter anderem kann auch Öffentlichkeitsarbeit lukrativ sein (vgl. Seidel 2003: 172).

Die **Motivationen für ein ehrenamtliches Engagement** sind belangreich und können mit unterschiedlichen Erwartungen verknüpft sein (vgl. Seidel 2003: 164): Zeit mit sinnvollen Tätigkeiten ausfüllen, soziale Kontakte knüpfen, am öffentlichen Leben partizipieren, persönliche Entwicklung und Kompetenzerweiterung, Hilfe zur Selbsthilfe, sich zugehörig und geborgen fühlen, das Gefühl gebraucht zu werden, Bedarf nach Anerkennung, Spaß, Freude.

Interne ProfessionistInnen äußern hinsichtlich Ehrenamtlichen, dass sie für das Pflegepersonal auch anstrengend und eine zusätzliche Belastung sein können und sind.

"Für Bewohner ist es zwar gut, aber für das Personal halt nicht so." (Interview G 8 Abs. 3 + 7)
Sie brauchen **Fortbildungen, Lob und Anerkennung** (durch Einladen zu Feiern) und müssen begleitet werden. Ein strukturierter Besuchsdienst benötigt Teambesprechungen und eine fixe Leitungsperson.

Nach Karl (1993 a: 37) reichen Herz, gesunder Menschenverstand und guter Willen des ehrenamtlichen Dienstes nicht aus. Es braucht einen kritischen Blick, inwieweit sie überhaupt auf ihre Aufgabe vorbereitet und fachlich begleitet werden.

Gemäß Seidel (2003 166 – 167) besteht die Aufgabe der Sozialarbeit im Wecken und Unterstützen des Freiwilligenengagements und dem Betreiben von Lobbyarbeit. Die Rolle der Sozialarbeit entwickelt sich immer mehr in Richtung Organisation, Steuerung, Moderation, Mediation und Koordination und erfüllt die Anforderungen, um ehrenamtliche Teams zu begleiten und zu leiten.

Grundbildung, gute Koordination, Fortbildung, Reflexion (fördern die Motivation, auch in schwierigen Situationen nicht aufzugeben), Fallbesprechungen und Supervision sind notwendig, somit eine zunehmende Verfachlichung der ehrenamtlichen Dienste (vgl. Karl 1993 a: 37 und Seidel 2003: 171).

„Den zugehenden Diensten wohnt dabei, wie der Sozialarbeit generell, neben Unterstützungsmaßnahmen und dem Aspekt der Anregung von Selbsthilfe auch das Moment latenter sozialer Kontrolle und die Gefahr der Fremdbestimmung inne.“ (Karl 1993 a: 34) Umso wichtiger erscheint es, ehrenamtlich Besuchsdienste zu begleiten, um Anleitung zu geben und Reflexion zu ermöglichen.

Die direkten **Unterstützungserwartungen von Freiwilligen** (vgl. Seidel 2003: 170) an Sozialarbeit können so formuliert werden:

- Regelmäßige Treffen mit anderen Engagierten (Gemeinschaftsleben)
- Mitsprache und Einflussmöglichkeiten müssen bestehen
- Anerkennung und Akzeptanz durch Hauptamtliche

Ehrenamtliche sollen nicht als Konkurrenten, sondern als ergänzende Hilfe und zusätzliches Angebot gesehen werden. Sie verfügen über die **bedeutsame Ressource Zeit** und können auch Ausflüge, Spaziergänge, Gespräche, Einkaufsfahrten, Kaffeehausbesuche bieten und größere Wünschen oder Sorgen an Sozialarbeit weiterleiten, wobei dann mit dem/ der Ehrenamtlichen ein lösungsorientiertes Unterstützungskonzept entwickelt wird oder Sozialarbeit direkt eingreifen kann.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Im Hinblick auf die grundsätzlichen und forschungsleitenden Fragen (vgl. Kapitel 1.2) sind hier summarisch die Resultate dargelegt.

Sozialarbeit leistet in Alten- und Pflegeheimen einen wesentlichen Beitrag zur Befriedigung altersspezifischer Bedürfnisse. Soziale Integration in Gemeinschaft und Gesellschaft und die Aufrechterhaltung der Autonomie und Selbstbestimmung zur Gestaltung der eigenen Lebensentwürfe tragen zur Lebenszufriedenheit und Lebensqualität alter Menschen bei. Dabei entsprechen die Verknüpfung, Aktivierung und Förderung von Ressourcen einer positiv orientierten Arbeit am und mit Menschen. Ansatzpunkte für ein individuelles Eingehen auf die Person sind Lebenswelt, Autonomie, Biographie und Kompetenzen bzw. Performanzen. Sozialarbeit kommt hier auch der gesellschaftliche Auftrag zu, die Ursachen für Probleme und Bedürfnisse zu erforschen, was gleichzeitig auch der Expertise der Profession zugute kommt.

Neben vielfältigen Anliegen kristallisierten sich im Seniorenzentrum Haag einige **zentrale Bedürfnisse** heraus, bei denen speziell SozialarbeiterInnen mit ihrer Qualifikation Unterstützung bieten können.

Beim Bedürfnis nach Beschäftigung und dem Nachgehen von Interessen kommt Sozialarbeit speziell eine er- und vermittelnde Rolle hinsichtlich adäquater Angebote zu, die in Kooperation mit anderen Professionen weitergeleitet und bearbeitet werden. Die Konzeptuierung eines übergreifenden ganzheitlichen Angebotspektrums, der an der Lebens- und Erfahrungswelt der BewohnerInnen anknüpft, ist Aufgabe Sozialer Arbeit. Belangreich ist dabei, Ergebnisse und Modelle der Altersforschung hinsichtlich Aktivität im Alter als Hintergrundwissen mitzudenken und emphatisch zuzuhören, um das Verhalten alter Menschen zu verstehen.

Die Übersiedlung in ein Pflege- oder Altenheim verläuft als Prozess in fünf Phasen, wobei Sozialarbeit im Seniorenzentrum Haag in vieren Angebote setzen kann. In der Entscheidungs- und Wartephase zwischen der Bewerbung um einen Heimplatz und der Heimaufnahme geht es vor allem um Information und Beratung in Bezug auf die Vorbereitung und Entscheidung. Durch einen persönlichen Hausbesuch und eine psychosoziale Anamnese können Unklarheiten und Schwierigkeiten abgefangen

werden, dem/der HeimplatzanwärtlerIn Sicherheit und Kontrolle gegeben werden, um einen möglichst gering belasteten Umzug zu schaffen. Eine Übersiedlung ins Heim bleibt aber immer ein krisenhaftes Erlebnis mit einer Vielzahl an Verlusten, wo in dieser Phase durch Sozialarbeit speziell Entlastungen in den ersten Tagen im Seniorenzentrum gegeben wird durch den Aufbau von Vertrautheit, Sicherheit und Orientierung durch Kontakte nach innen und außen. In akuten Krisenfällen muss Sozialarbeit sogleich entsprechend der Methodik der Krisenintervention agieren. In der Phase der kurz- und längerfristigen Anpassung geht es einerseits um das „Einleben“, Kennenlernen und Gestalten des Lebensabschnittes im Heim und andererseits um das Anknüpfen an das und Miteinbeziehen des Leben/s vor dem Einzug. Dies gilt es mit den BewohnerInnen zu thematisieren und sie bei der Umsetzung ihrer Ziele und Interessen zu unterstützen. Angehörige sind in allen Phasen ein wichtige Ressource für die BewohnerInnen. Durch Angehörigenarbeit werden auch sie beraten und informiert, entlastet und gleichzeitig wird Konflikten präventiv vorgebeugt.

Auf das Bedürfnis nach Selbstbestimmung und Autonomie reagiert Sozialarbeit einerseits mittels Einzelfallhilfe mit der Person, um subjektiv ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung zu erreichen und setzt andererseits an der Mitgestaltung der Strukturen im Seniorenzentrum an, um Wahl-, Entscheidungs- und Mitbestimmungsmöglichkeiten für BewohnerInnen zu schaffen.

Unterstützung bei der Alters- und Krankheitsbewältigung, das Entwickeln positiver und gesunder Lebensstile als eine präventive Aufgabe und Vermittlungsdienste zur Unterstützung bei der Alltagsbewältigung sind sozialarbeiterische Aufgaben bei den Anliegen im Hinblick auf physische und psychische Gesundheit und Mobilität.

Das primäre familiäre Netzwerk stellt für BewohnerInnen ein besonders großes Anliegen dar, weil es eine essentielle Ressource ist, die soziale Beziehungen, Unterstützung und Rückhalt bietet. Ziel ist dabei die Förderung, Stärkung und Stabilisierung des Netzwerkes durch Arbeit mit den/der BewohnerIn und seiner/ihrer Familie. Konfliktberatung, spezielle Angebote für Angehörige wie eine wöchentliche „Sprechstunde“ oder die Übernahme der Mittlerrolle durch Sozialarbeit zwischen BewohnerIn, Familie und Pflegepersonal tragen zur Erhaltung des Netzwerkes bei.

Auch beim nachbarschaftlichen Netz zwischen den BewohnerInnen dreht sich die sozialarbeiterische Aufgabe um den Aufbau bzw. die Stärkung und Förderung von nachbarschaftlichen Primärnetzwerken, da dadurch die Lebensqualität im

Seniorenzentrum wesentlich beeinflusst wird. Ein weiterer Gegenstand kommt der Erhöhung der Konfliktlösungskompetenz bzw. der Konfliktregulierung speziell auf der Pflegestation zu.

Sozialarbeit kann hier ein wesentliches Moment zur Erhöhung der Lebensqualität bzw. zu einem „guten“ Leben der alten Menschen beitragen, die Qualität der Betreuung der BewohnerInnen im Seniorenzentrum Haag steigern und so schon gegenwärtig einen fixen Bestandteil Sozialer Arbeit mit alten Menschen umsetzen.

Diese Diplomarbeit konzentriert sich auf umfassende bewohnerorientierte Aufgaben. Neben diesen darf in einem nächsten Schritt die mitarbeiterInnenbezogene Ebene nicht vernachlässigt werden. Dieses Thema war zwar nicht Schwerpunkt meiner Diplomarbeit, aber aus den Interviews mit internen ProfessionistInnen geht hervor, dass die MitarbeiterInnen enormen Anforderungen und Belastungen ausgesetzt sind. Eine Mitarbeiterin äußerte:

"Die sind psychisch mehr angeschlagen und da brauchst du eher selber bald einmal Nerventabletten. Und auf der Einser ist mehr das Pflegerische." (Interview J 2 Abs. 8)

„Wenn du bei der was machst, sagt sie: Frische Windel, frische Windel. Und das nächste, sie hat immer so eine Leier und wenn du da zwei oder drei Tage nur sie machst, bekommst du wirklich dasselbe schon in den Kopf.“ (Interview J 2 Abs. 14)

Äußerungen in dieser Art kommen mehrmals in den Interviews vor und weisen auf eine bestehende Problematik hin. Nicht umsonst gibt es in medizinischen und pflegerischen Berufen eine hohe Burnout- und Suizidrate im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen. Dies wird einerseits von Umweltfaktoren wie der Rationalisierung des Pflege- bzw. Gesundheitssystems, dem Umgang mit MitarbeiterInnen in der Organisation, aber auch von Persönlichkeitsfaktoren beeinflusst. Sonneck (2000: 149) formuliert, dass wegen der belasteten Atmosphäre Pflegeheime Mühe haben, genügend qualifiziertes Personal zu finden, das noch dazu sehr leicht „ausbrennt“.

Themen wie Abgrenzung, Umgang mit Zeitdruck, Überforderung und der Angst zu versagen, Krisen und Burnout-Prävention sind Themen, die SozialarbeiterInnen bei mitarbeiterInnenorientierten Aufgaben übernehmen müssen. Folglich stellt Sozialarbeit nicht nur für BewohnerInnen, sondern auch für Pflegepersonal eine Ressource dar.

Mit der Zielgruppe alter Menschen, deren Größe in Zukunft ansteigt, wächst auch die Anzahl von Personal in Gesundheits- und Sozialberufe. Sozialarbeit fällt hier durch den gesellschaftlichen Auftrag und die professionsspezifische Kompetenz die Aufgabe zu, diese Menschen zu begleiten, zu betreuen und zu stärken und das System mittels innovativer Ansätze zu verbessern. Doch wenn Sozialarbeit beteiligt sein will, geht es um die Entwicklung einer spezifischen Expertise, um sich grundsätzlich Legitimierung anzueignen und diese zu erhalten. Durch ständiges Rechtfertigen von Sozialarbeit im Gesundheitsbereich und speziell in der Arbeit mit alten Menschen werden Energien und Ressourcen verwirtschaftet, die für die konkrete Arbeit am und mit Menschen nutzbringend sind.

Einige Autoren verweisen dabei auf die Lehrtätigkeit von Sozialarbeit in gesundheitsspezifischen und pflegerischen Ausbildungen. Einen Fokus auf psychosoziale Aspekte in diesen Professionen zu legen ist natürlich bedeutsam, scheint mir aber lange nicht ausreichend. Bestimmte Aufgaben sind Teil von SozialarbeiterInnen, weil sie darin die Kompetenz innehaben.

Aus meiner Sicht müssen hier SozialarbeiterInnen im „Handlungsfeld alte Menschen“ kämpfen, um die Relevanz der eigenen Profession in diesem Bereich klar zu postulieren.

Auch im Seniorenzentrum Haag ist für die meisten MitarbeiterInnen nicht ersichtlich, was Sozialarbeit bieten und leisten kann. In meinem Forschungspraktikum war meine Rolle, Aufgabe, Funktion und Tätigkeit als Praktikantin der Fachhochschule Studiengang Sozialarbeit für die MitarbeiterInnen sehr verschwommen.

Mit dieser Diplomarbeit möchte ich beitragen, mehr Klarheit und Transparenz zu schaffen, welche Qualitäten Sozialarbeit in die Arbeit mit alten Menschen einbringen kann.

Sozialarbeit in dieser Arbeit bezieht sich nur auf das Seniorenzentrum Haag. Sinnvoll ist es jedoch, österreichweit die Relevanz bzw. die Fragestellung des Nutzens und der Qualität von Sozialarbeit in der Altenpflege zu erforschen. Dadurch können allgemeine Aussagen hinsichtlich Sozialarbeit in Alten- und Pflegeheimen für ganz Österreich getroffen werden, die Reliabilität und Validität aufweisen.

Literatur

Bauer, P./ Otto, U. (2004): Lebensweltorientierte Arbeit mit älteren Menschen. In: Grundwald, K./ Thiersch, H. (2004): Praxis lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/ München, auf der homepage der Universität Tübingen <http://w210.ub.uni-tuebingen.de/dbt/volltexte/2006/2227/pdf/Lebenswelt_Alte_Otto-Bauer-050503-140306.pdf>, 08.01.2008.

Bechtler, Hildegard/ Pina, Ingeburg/ Radebold, Hartmut (1981): Therapeutische Arbeit mit älteren Menschen. Ein Handbuch, Freiburg im Breisgau.

Bohnsack, Ralf (2008): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden, 7. Auflage, Opladen/ Farmington Hills.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2004): Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich. Zwischenbilanz, Wien.

Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz/ Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (2005): Beschäftigte im Alten- und Behindertenbereich, Wien.

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2001): Internationales Jahr der älteren Menschen. Auf dem Weg zu einer neuen Seniorenpolitik, Schriftreihe Seniorenpolitik, Band 6, Wien.

Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen (2002): Psychologische Intervention zum Übergang ins Seniorenheim. Leitfaden für das Pflegepersonal, Salzburg.

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (2006): Altenheime und Pflegeheime in Österreich. OST (Burgenland, Niederösterreich und Wien), Wien.

Croy, Antonia/ Gatterer, Gerald (2007): Kommunikation und Interaktion im Rahmen der Altenbetreuung. In: Gatterer, Gerald (Hrsg.) (2007): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, 2. Auflage, Wien.

Croy, Antonia/ Gatterer, Gerald (2005): Leben mit Demenz. Praxisbezogener Ratgeber für Pflege und Betreuung, Wien.

Die Armutskonferenz/ Attac/ Beigewum (Hrsg.) (2002): Was Reichtümer vermögen. Gewinner und VerliererInnen in europäischen Wohlfahrtsstaaten, Wien, S. 30 – 45.

Filipp, Sigrun-Heide (1986): Bedingungen für „erfolgreiches Altern“, in: Sporken, Paul (Hrsg.) (1986): Was alte Menschen brauchen, Freiburg im Breisgau, S. 61 – 90.

Gatterer, Gerald (Hrsg.) (2007): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, 2. Auflage, Wien.

Gatterer, Gerald (2007): Strukturen der Altenbetreuung in Österreich, in: Gatterer, Gerald (Hrsg.) (2007): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, 2. Auflage, Wien, S. 33 – 43.

Graber-Dünnow, Michael (1997): Was bringt Sozialarbeit in der stationären Altenhilfe, in: Sozialmagazin, Heft 6, Juni 1997, Weinheim, S. 14 – 21.

Grond, Erich (2001): Praxis der psychischen Altenpflege. Betreuung körperlich und seelisch Kranker. Lehrbuch der Gerontopsychiatrie und –neurologie für Altenpfleger, Schwestern, Helfer, Sozialarbeiter, pflegende Angehörige und ausbildende Ärzte, 12. Auflage, München.

Herr, John J./ Weakland, John H. (1992): Beratung älterer Menschen und ihrer Familien. Die Praxis der angewandten Gerontologie, 2. Auflage, Bern/ Stuttgart/ Toronto.

Homfeldt, Hans Günther (2005): Gesund Altern – Aufgaben Sozialer Arbeit, in: Schweppe, Cornelia (Hrsg.) (2005): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder, Reihe Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 11, Baltmannsweiler, S. 87 – 108.

Janmaat, Han F. J./ Munnichs, Joep M. A. (1980): Vom Umgang mit älteren Menschen im Heim, 3. Auflage, Freiburg im Breisgau.

Karl, Fred (1993a): Neue Wege in der sozialen Altenarbeit. Ansätze, Initiativen und Projekte, 2. Auflage, Freiburg im Breisgau.

Karl, Fred (1993b): Sozialarbeit in der Altenhilfe, Freiburg im Breisgau.

Kelle, Udo / Kluge, Susann (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, Reihe Qualitative Sozialforschung, Band 4, Opladen.

Knobling, Cornelia (1985): Konfliktsituationen im Altenheim. Eine Bewährungsprobe für das Pflegepersonal, Freiburg im Breisgau.

Kraus, Sybille (2003): Rolle und Selbstverständnis von Sozialarbeit in der Altenhilfe, in: Kraus, Sibylle/ Zippel, Christian (Hrsg.) (2003): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen, Berlin, S. 33 – 41.

Kraus, Sibylle/ Zippel, Christian (Hrsg.) (2003): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen, Berlin.

Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) (1994): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort, Reihe Angewandte Alterskunde, Band 12, Bern u. a..

Künzel-Schön, Marianne (2000): Bewältigungsstrategien älterer Menschen. Grundlagen und Handlungsorientierung für die ambulante Arbeit. Grundlagentexte Soziale Berufe, Weinheim/ München.

Maiss, Maria (2002): Das gute Leben oder Reichtum als volle Erfüllung menschlicher Verwirklichungschancen, in: Die Armutskonferenz/ Attac/ Beigewum (Hrsg.) (2002): Was Reichtümer vermögen. Gewinner und VerliererInnen in europäischen Wohlfahrtsstaaten, Wien, S. 30 – 45.

Mathuse, Klaus (2003): Sozialarbeit und Angehörigenarbeit in der Gerontopsychiatrie, in: Kraus, Sibylle/ Zippel, Christian (Hrsg.) (2003): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen, Berlin, S. 95 – 108.

Mayer, Horst O. (2002): Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung Durchführung und Auswertung, München/ Wien/ Oldenburg.

Mayring, Philipp (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. eine Anleitung zu qualitativem Denken, 3. überarbeitete Auflage, Weinheim.

Netz, Peter (1996): Psychisch kranke alte Menschen und soziale Unterstützung: Vom Bürger zum Heimbewohner oder warum psychisch kranke alte Menschen in ein Heim übersiedeln, Frankfurt am Main.

Niederösterreichische Nachrichten extra (2003): Seniorenzentrum Stadt Haag. Sonderzeitung zum Tag der offenen Tür am Sa, dem 27. 9. 2003, NÖN Woche 38/ 2003, Amstetten.

Niederösterreichische Nachrichten (2007): Seniorenzentrum Liese Prokop – Stadt Haag, NÖN Woche 24/ 2007, St. Pölten.

Österreichischer Berufsverband der SozialarbeiterInnen (2004): Handlungsfelder der Sozialarbeit, o. O., auf der Homepage des Österreichischen Berufsverbandes der SozialarbeiterInnen, <<http://www.sozialarbeit.at/>>, 07. 04. 2008.

Ostermann, Barbara Maria (1999): Arbeitsbelastungen in der Altenpflege bewältigen. Ein Trainingsprogramm, Edition Sozial, Weinheim/ Basel.

Otto, Ulrich/ Schweppe, Cornelia (1996): Individualisierung ermöglichen – Individualisierung begrenzen. Soziale Altenarbeit als sozialpädagogischer Beitrag und allgemeine Arbeitsorientierung, in: Schweppe, Cornelia (Hrsg.) (1996): Soziale Altenarbeit. pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter, Weinheim/ München, S. 53 – 72.

Pantucek, Peter (2005): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis sozialer Arbeit, Reihe FACTS, Band 1, Wien/ Köln/ Weimar.

Petzold, Hilarion (1988): „Multiple Stimulierung“ und „Erlebnisaktivierung“ als Ziel und Methode geragogischer Weiterbildung für die Arbeit mit alten und kranken Menschen, in: Petzold, Hilarion/ Stöckler, Magdalena (Hrsg.) (1988): Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, Reihe Integrative Therapie, Beiheft 13, Paderborn, S. 65 - 85.

Petzold, Hilarion G. (2004): Mit alten Menschen arbeiten. Teil 1. Konzepte und Methoden sozialgerontologischer Praxis, Reihe Leben lernen 175, 2. Auflage, Stuttgart.

Petzold, Hilarion/ Stöckler, Magdalena (Hrsg.) (1988): Aktivierung und Lebenshilfen für alte Menschen. Aufgaben und Möglichkeiten des Helfers, Reihe Integrative Therapie, Beiheft 13, Paderborn.

Reichert, Monika/ Wahl, Hans-Werner (1994): Übersiedlung und Wohnen im Altenheim als Lebensaufgabe, in: Kruse, Andreas/ Wahl, Hans-Werner (Hrsg.) (1994): Altern und Wohnen im Heim: Endstation oder Lebensort, Reihe Angewandte Alterskunde, Band 12, Bern u. a., S. 15 – 47.

Saup, W./ Schröppel, H. (1993): Wenn Altenheimbewohner selbst bestimmen können. Möglichkeiten und Grenzen der Interventionsgerontologie, Augsburg.

Schweppe, Cornelia (Hrsg.) (1996): Soziale Altenarbeit. Pädagogische Arbeitsansätze und die Gestaltung von Lebensentwürfen im Alter, Weinheim/ München.

Schweppe, Cornelia (Hrsg.) (2005): Alter und Soziale Arbeit. Theoretische Zusammenhänge, Aufgaben- und Arbeitsfelder, Reihe Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 11, Baltmannsweiler.

Seidel, Gisela (): Freiwilligenarbeit, Ehrenamt, bürgerschaftliches Engagement, in: Kraus, Sibylle/ Zippel, Christian (Hrsg.) (2003): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Sozialarbeit in der Altenhilfe, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen, Berlin, S. 159 – 175.

Seniorenzentrum Haag Liese Prokop (2008): Homepage des Seniorenzentrums Haag, <<http://www.seniorenzentrum-haag.at/>>, 21. 04. 2008.

Sonneck, Gernot (2000): Krisenintervention und Suizidverhütung, Wien.

Sozialmagazin, Heft 6, Juni 1997, Weinheim.

Sporken, Paul (Hrsg.) (1986): Was alte Menschen brauchen, Freiburg im Breisgau.

Sporken, Paul (1986): Die Bedürfnisse älterer Menschen, in: Sporken, Paul (Hrsg.) (1986): Was alte Menschen brauchen, Freiburg im Breisgau, S. 131 – 155.

Statistik Austria (2007): Demographisches Jahrbuch 2006, Wien.

Streller-Holzner, Anna (1991): Umzug ins Altenwohnheim? Eine Orientierungshilfe, Reinhardts gerontologische Reihe, Band 3, Basel/ München.

Thiele, Gisela (2001): Soziale Arbeit mit alten Menschen. Handlungsorientiertes Grundwissen für Studium und Praxis, Köln.

Wahl, Hans-Werner (1991): „Das kann ich allein!“ Selbstständigkeit im Alter: Chancen und Grenzen, Bern/ Göttingen/ Toronto.

Wehrli-Schindler, Birgit (1997): Wohnen im Alter: zwischen zu Hause und Heim. Braucht es neue Wohnformen für Betagte? Zürich.

Woog, Astrid (2006): Einführung in die soziale Altenarbeit. Theorie und Praxis, Reihe Edition Soziale Arbeit, Weinheim/ München.

Zeller, Bernhard (2007): Heimaufenthaltsgesetz. Bundesgesetz über den Schutz der persönlichen Freiheit während des Aufenthalts in Heimen und anderen Pflege- und Betreuungseinrichtungen, in: Gatterer, Gerald (Hrsg.) (2007): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch, 2. Auflage, Wien, S. 339 – 344.

Primärliteratur

LGBl 59/2002 Patientencharta (2002): Vereinbarung zur Sicherstellung der Patientenrechte, auf der homepage von Allmer, Gertrude: <<http://www.pflegerecht.at/Patientenrechte/Niederoesterreich/niederoesterreich.htm>> , 15. 04. 2008

LGBl 92/2002 (2002): NÖ Pflegeheimverordnung, auf der homepage von Allmer, Gertrude: <<http://www.pflegerecht.at/Organisationsrecht/Pflegeheime/Niederoesterreich/index-verordnung-noe-PHV.htm>>, 15. 04. 2008

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Versorgungsstrukturen für ältere Menschen in Österreich.....	1
(aus: Gatterer 2007: 34)	
Abbildung 2: Grundeigenschaften und Funktionsfähigkeit nach Nussbaum.....	8
(Haselberger 2008, Quelle: Maiss 2002: 36 – 40)	
Abbildung 3: Postkarte Seniorenzentrum Haag.....	10
(Postkarte vom Seniorenzentrum Haag)	
Abbildung 4: Zahl und Qualifikation der MitarbeiterInnen.....	11
(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorenzentrum Haag Stand April 2008)	
Abbildung 5: BewohnerInnenstruktur nach Anzahl und Geschlecht.....	11
(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorenzentrum Haag Stand April 2008)	
Abbildung 6: Organigramm des Seniorenzentrums Haag.....	12
(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorenzentrum Haag Stand April 2008)	
Abbildung 7: Verknüpfung von Bedürfnissen und Sozialarbeit.....	23
(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorenzentrum Haag Stand April 2008)	
Abbildung 8: Sozialarbeit mit alten Menschen in stationären Einrichtungen.....	29
(Haselberger 2008, Quelle: Karl 1993 b: 77 - 83, Grond 2001: 16 – 17, Graber-Dünnow 1997: 14 – 20)	
Abbildung 9: Professionen und Berufsgruppen im Seniorenzentrum Haag (intern)..	33
(Haselberger 2008, Quelle: Daten vom Seniorenzentrum Haag Stand April 2008)	
Abbildung 10: Zu- und abnehmende Fähigkeiten im Alter.....	41
(aus: Grond 2001: 24)	
Abbildung 11: Balance zwischen Sicherheit und Autonomie.....	55
(aus: Wahl 1991: 97)	
Abbildung 12: Schritte des Bewältigungsprozesses.....	58
(aus: Wahl 1991: 56)	

Anhang

Auflistung der geführten Interviews

BewohnerInnen

	Wohnort	Name	Datum	Dauer	Setting
A	Bewohnerin der betreuten Wohnungen, 2. Bau	Frau A.	14. 01. 2008	1: 35: 47	Wohnung
B	Bewohner der betreuten Wohnungen mit Pflegebedarf, 1. Bau	Herr B.	18. 01. 2008	1: 05: 55	Sitzgymnastikraum
C	Bewohnerin der betreuten Wohnungen, 2. Bau	Frau C.	21. 01. 2008	1: 14: 29	Wohnung
E	Angehörige (Mutter) einer Alzheimererkrankten in der Pflegestation (Zweibettzimmer)	Frau E.	22. 01. 2008	0: 57: 43	Seminarraumküche
I	Bewohnerin der Pflegestation (Einzelzimmer)	Frau I.	28. 01. 2008	0: 32: 38	Zimmer

ProfessionistInnen intern

	Profession/ Rolle	Name	Datum	Dauer	Setting
D	Sekretariat, Verwaltung, Heimaufnahme	Frau D.	22. 01. 2008	0: 58: 27	Seminarraumküche
G	Pflegedienstleitung, Pflegepersonal	Frau G.	24. 01. 2008	00: 53: 47	Büro
J	Altenfachbetreuerin, Pflegepersonal	Frau J.	03. 02. 2008	00: 51: 43	zu Hause
K	Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester	Frau K.	25. 01. 2008	00: 33: 57	Cafe

ProfessionistInnen extern

	Profession	Name	Datum	Dauer	Setting
F	Institutionssachwaltern im Verein für Sachwalterschaft in Amstetten	Frau F.	23. 01. 2008	00: 48: 21	Besprechungsraum
H	Sozialarbeiterin in einem Pflegeheim	Frau H.	25. 01. 2008	00: 58: 47	Cafe

(Haselberger: 2008)

Interviewleitfaden BewohnerInnen

InterviewerIn: Maria Haselberger

InterviewpartnerIn:

Datum:

Ort/ Setting:

Zeit/ Dauer:

- Vorstellung
- Darlegung der Ziele
- Aufnahme
- Anonymität der Befragung

Wie war denn das damals für Sie als sie sich für die Heimübersiedelung entschieden haben?

Ich denke Sie können sich noch gut an Ihren ersten Tag im Heim erinnern. Erzählen Sie doch einmal, wie war denn das damals für Sie? Wie ist es ihnen dabei ergangen? Was war einfach, was war schwierig?

Welche Unterstützung hätten Sie damals konkret gebraucht? (vor der Übersiedelung oder danach) Wer vertritt hier Ihre Anliegen/ Ideen am besten? Was würde eine Änderung für Sie bedeuten?

Wie geht es ihnen in ihrer neuen Lebenssituation?

Was beschäftigt sie?

Welche positiven Erfahrungen haben sie gemacht?

Welche Sorgen haben sie?

Sie können mir alles erzählen was sie möchten – mich interessiert alles.

Gibt's etwas wo sie sagen, das hätten brauchen sie für sich persönlich damit es ihnen gut geht? (selbst, Familie, Umfeld)

Wenn Sie etwas zu bestimmen hätten, was würden Sie tun? Welche Rahmenbedingungen würden dann entstehen?

**Danke!!! Sie haben mir für meine Diplomarbeit sehr weitergeholfen.
Danke für die Zeit und das persönliche Gespräch!**

Interviewleitfaden ProfessionistInnen intern

InterviewerIn: Maria Haselberger

InterviewpartnerIn:

Datum:

Ort/ Setting:

Zeit/ Dauer:

- Vorstellung
- Darlegung der Ziele
- Aufnahme
- Anonymität der Befragung

Mit welchen Anliegen, Wünsche, Sorgen kommen BewohnerInnen und Angehörige zu dir?

Wofür bist du die richtige Ansprechpartnerin, wofür nicht?

Welche konkreten Bedürfnisse/ Anliegen gehen über die pflegerische Betreuung hinaus?

Wo und wie wäre zusätzliche Unterstützung sinnvoll?

Was brauchen die BewohnerInnen deiner Ansicht nach noch an „psychosozialen“ Angeboten?

Was würde deiner Meinung nach in den Bereich von Sozialarbeit fallen?
Wo könnte Sozialarbeit unterstützen?

Danke!

Fragen Interviewleitfaden ExpertInnen extern

InterviewerIn: Maria Haselberger
InterviewpartnerIn: **Sachwalterin**

Datum:

Ort/ Setting:

Zeit/ Dauer:

- Vorstellung
- Darlegung der Ziele
- Aufnahme
- Anonymität der Befragung

Sie haben ja Kontakt mit dem Seniorenzentrum Haag: Betreuen sie viele KlientInnen in Pflegeheimen bzw. Wohnheimen wohnen?
Welche Krankheitsbilder haben die KlientInnen?

Was ist das besondere bzw. des gemeinsame bei den KlientInnen die in Pflege- bzw. Wohnheimen wohnen?

Werden die Bedürfnisse ihrer KlientInnen in diesen Einrichtungen gut wahrgenommen? Was fehlt?

Sehen sie psychosoziale Betreuung im Pflege- bzw. Wohnheimen als sinnvoll? Besteht aus ihrer Sicht Bedarf?

Welche konkrete Unterstützung würde es brauchen?

Danke!!!

Fragen Interviewleitfaden ExpertInnen extern

InterviewerIn: Maria Haselberger

InterviewpartnerIn: **Sozialarbeiterin in einem Pflegeheim**

Datum:

Ort/ Setting:

Zeit/ Dauer:

- Vorstellung
- Darlegung der Ziele
- Aufnahme
- Anonymität der Befragung

Mit welchem Klientel arbeiten sie? Welche Krankheitsbilder sind vertreten?

Wie kommen sie in Kontakt mit den KlientInnen?

Wie schaut ein Tagesablauf bei ihnen aus?

Welche konkreten Tätigkeiten führen sie durch?

Was ist das Spezielle/ Besondere bei Sozialarbeit in stationären Einrichtungen (Pflegeheimen, Wohnheimen)?

Was sehen sie als wichtigsten Grundsatz in ihrer Arbeit?

Danke!!!

Pflegetarife ab 1. Jänner 2008 lt. Beschluss der NÖ Landesregierung

täglich:

Grundtarif	€ 48,70
Einzelbettzimmerzuschlag	€ 10,46
Pflegegeld Stufe 1:	€ 8,94
Pflegegeld Stufe 2:	€ 12,18
Pflegegeld Stufe 3:	€ 16,34
Pflegegeld Stufe 4:	€ 29,75
Pflegegeld Stufe 5:	€ 44,63
Pflegegeld Stufe 6:	€ 55,75
Pflegegeld Stufe 7:	€ 73,97

die angeführten Tarife sind **NETTOPREISE**
die MwSt. von 10 % wird noch hinzugerechnet

die Heimleitung

Für betreutes Wohnen:

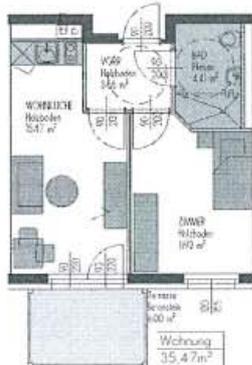
Die Miete wird nach Quadratmetern berechnet. Es gibt folgende 3 Wohnungsgrößen:

Größe	Miete	Heizpauschale
kleine Wohnung (35m ²) Finanzierungsbeitrag * Kautions *	€ 386,40 € 1.800,-- € 760,--	€ 40,--
mittlere Wohnung (50m ²) Finanzierungsbeitrag * Kautions *	€ 488,60 € 3.500,-- € 960,--	€ 55,--
große Wohnung (70m ²) Finanzierungsbeitrag * Kautions *	€ 662,60 € 5.000,-- € 1.300,--	€ 70,--

*) Finanzierungsbeitrag u. Kautions wird bei verlassen der Wohnung retourniert!!!!

Strom wird direkt mit EVN abgerechnet.

Wohnungsbeispiel für eine 35m², 50m² und 70m² Wohnung



3350 Stadt Haag, Elisabethstraße 1, Tel.: +43 / 74 34 / 44 2 40, Fax: +43 / 74 34 / 44 2 40-10
seniorenzentrum.haag@aon.at, <http://haagersenioren.heim.at>

Bankverbindung: Volksbank Alpenvorland, Kto.-Nr.: 47583220000, BLZ: 43530, UID-Nr.: ATU50518701, FN: 197585T

Eindrücke vom Seniorenzentrum Haag

(Alle Bilder dieser Seite sind von der homepage des Seniorenzentrums Haag 2008.)





Qualitätsmanagement

**in der Altenpflege
erfolgreich umsetzen**

**Vorgelegt von Elfriede Adlberger
Stadt Haag, im Juli 2005**

Inhaltsverzeichnis

**Einbeziehung und Begleiten Angehöriger und Bezugspersonen in
der Betreuung und Pflege unserer Bewohner**

Fachliche Kompetenz in der Grund- und Behandlungspflege

Würdevolle Begleitung im letzten Lebensabschnitt –

Sterbebegleitung

Führung

LEITBILD

Wir pflegen so, wie wir gepflegt werden wollen.....

1. Einbeziehen und Begleiten Angehöriger und Bezugspersonen in der Betreuung und Pflege unserer Bewohner.

HEIM –AT ist dort wo man sich wohl fühlt. Dabei ist uns das familiäre Ambiente wichtig; deshalb sind.....

- + Besucher jederzeit herzlich willkommen! Wir können Angehörige nicht ersetzen.
- + Wir sind gerne bereit, sie in ihren Ängsten zu stützen, eine neue Form von Familie zu finden die Sinn macht, um diesen Lebensabschnitt erfüllt leben zu können.
- + Gemeinsame Biographieerhebung ist das „um und auf“ um eine individuelle Pflege und Betreuung zu gewährleisten.
- + Wir bringen einander Verständnis und Wertschätzung entgegen.
- + Wir wollen zwischenmenschliche Beziehungen, aufbauen, ausbauen und fördern.
- + Durch gemeinsame Gespräche
 - o Vertrauen schaffen
 - o Informationen austauschen
 - o Probleme ansprechen und um Lösungen bemüht sein.
- + Wir feiern gemeinsame Feste sowohl individuelle als auch dem Jahreskreis entsprechende.

2. Fachliche Kompetenz in der Grund- und Behandlungspflege

Wir gewährleisten, eine zeitgemäße Pflegequalität im Sinne, einer ganzheitlichen Pflege, die sich orientiert an den Bedürfnissen der Bewohner durch:

- ✚ Fachlich fundiertes Wissen und Können
 - Anleitung und Überwachung
- ✚ Pflegediagnosen und Kategorisierung
- ✚ Pflegeplanung, Dokumentation und Evaluierung
- ✚ Erstellen von Pflegestandards
- ✚ Pflegevisite
- ✚ Ausführung und Überwachung ärztlicher Anordnung
- ✚ Organisation und Strukturierung des Tagesablaufes im Pflegebereich
- ✚ Vorgabe von Hygienerichtlinien – Anleitung und Überwachung
- ✚ Organisation der Fort- und Weiterbildung im Bezug auf die Pflege
- ✚ Anleitung und Motivation des Pflegepersonals auf psychologische Aktivitäten
- ✚ Einhaltung einschlägiger Rechtsvorschriften im Pflegebereich

3. Würdevolle Begleitung im letzten Lebensabschnitt – Sterbebegleitung

- ✚ Wir erfassen und fördern die psychischen und sozialen Grundbedürfnisse unserer Bewohner
- ✚ Die Selbstständigkeit, Selbstverantwortung und Kommunikationsfähigkeit soll solange als möglich erhalten bleiben
- ✚ Wir achten auf die religiösen Überzeugung und kulturellen Bedürfnisse unserer Bewohner
- ✚ Die Bewohner sind für uns gereifte und eigenständige Persönlichkeiten, deren Würde und Werte sind Maßstab unseres Handelns.
- ✚ Basis der Sterbebegleitung ist eine optimale palliative (lindernde) Pflege
- ✚ Wir ermöglichen Kontakt und Kommunikation mit Angehörigen und sonstigen Bezugspersonen
- ✚ Gemäß den individuellen Bedürfnissen achten wir auf das rechte Verhältnis von Nähe und Distanz.

Worum ich dich bitte

*Wenn es soweit sein wird mit mir,
brauch ich den Engel in dir.*

*Bleib still bei mir in dem Raum,
jag den Spuk, der mich schreckt, aus dem Traum,
sing ein Lied vor dich hin, das ich mag,
und erzähle was war manchen Tag.*

*Zünd ein Licht an, das Ängste verscheucht,
mach die trockenen Lippen mir feucht,
wisch mit Tränen und Schweiß vom Gesicht,
der Geruch des Verfalls schrecke dich nicht.*

*Wenn es soweit sein wird mit mir,
brauch ich den Engel in dir.*

4. Führung

- ✚ Mitarbeiter erfahren bei ihrer Arbeit Unterstützung gemäß ihrer Ausbildung und Fähigkeiten
- ✚ Wir bringen unseren Mitarbeitern in ihrer Individualität Achtung und Wertschätzung entgegen
- ✚ Unser Selbstverständnis ist es, allen Mitarbeitern gegenüber neutral zu sein
- ✚ Wir wollen Orientierung geben und durch laufende Überprüfung und Evaluierung Sicherheit schaffen
- ✚ Wir fördern durch kollegiale und kooperative Führung eine offene Gesprächsbasis als Grundlage der Teamfähigkeit unserer Mitarbeiter

Mitarbeiter

Der Heimleitung und dem Träger fühlen wir uns zur Loyalität verpflichtet – Von ihnen erwarten wir uns Wertschätzung und Anerkennung unseres Aufgabenbereiches

Ein Lächeln

*Ein Lächeln kostet nichts – und gibt doch so viel.
Es macht jene reich, denen es gilt –
ohne denjenigen ärmer zu machen, der es schenkt.
Es bedarf oft nur eines Augenblicks,
die Erinnerung daran kann jedoch ewig währen.*

*Ein Lächeln bringt Frohsinn ins Haus,
beflügelt im beruflichen Leben
und ist das Synonym für Freundschaft.
Es gibt Menschen, die sind zu müde zu einem Lächeln.
Schenke ihnen eins.
Denn niemand bedarf eines Lächelns mehr als der,
der keines zu verschenken hat.*

Aktivitäten im Dezember 2007

Wann?	Uhrzeit:	Was?	Wer?	Wo?
Sa, 01.12.07	ab 10.00 Uhr	Bastelmarkt		Seminarraum
	14.45 Uhr	Adventkranzweihe		Kapelle
So, 02.12.07	14.00 Uhr	Nikolausfeier	Betreute Wohnungen	Elisabethstube
	14.45 Uhr	Nikolausfeier	Pflege	Pflegestation
Mo, 03.12.07	14.00 - 15.30	Mutterberatung	MR Dr. Hengst	Seminarraum
	16.00 - 17.00	Rückenfit	PI-Zentrum	Seminarraum
Di, 04.12.07	14.00 - 14.30	Sitzgymnastik Gruppe 1	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
	16.00	Hl. Messe		Kapelle
	18.00	Abnehmprogramm	Begsteiger Sabine	Seminarraum
Mi, 05.12.07	10.00 Uhr	Nikolausfeier mit d. Kindergarten		Seminarraum
	13.30 - 14.00	Sitzgymnastik Gruppe 2	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
Do, 06.12.07	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
	16.00	Rosenkranzgebet		Kapelle
	17.30 - 18.30	Rückenfit	PI-Zentrum	Seminarraum
Fr, 07.12.07	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
Mo, 10.12.07	16.00 - 17.00	Rückenfit	PI-Zentrum	Seminarraum
Di, 11.12.07	14.00 - 14.30	Sitzgymnastik Gruppe 1	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
	16.00	Hl. Messe		Kapelle
	16.00	Abnehmprogramm	Diätologin	Diätbüro
Mi, 12.12.07	13.30 - 14.00	Sitzgymnastik Gruppe 2	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
Do, 13.12.07	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
	16.00	Rosenkranzgebet		Kapelle
	17.30 - 18.30	Rückenfit	PI-Zentrum	Seminarraum
Fr, 14.12.07	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
Mo, 17.12.07	16.00 - 17.00	Rückenfit	PI-Zentrum	Seminarraum
Di, 18.12.07	14.00 - 14.30	Sitzgymnastik Gruppe 1	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
	16.00	Hl. Messe		Kapelle
	18.00 - 19.00	Abnehmprogramm	Begsteiger Sabine	Seminarraum
Mi, 19.12.07	13.30 - 14.00	Sitzgymnastik Gruppe 2	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
	15.00 Uhr	„Offenes Singen“ für die Hausbewohner m. Edgar Wolf		Elisabethstube
Do, 20.12.07	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
	16.00	Rosenkranzgebet		Kapelle
	17.30 - 18.30	Rückenfit	PI-Zentrum	Seminarraum
Fr, 21.12.07	08.00 - 13.00	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
	15.00 Uhr	Weihnachtsfeier - Pflege		Seminarraum
	15.00 Uhr	Weihnachtsfeier - Betreute Wohnungen		Elisabethstube
Mo, 24.12.07				
Di, 25.12.07				
Mi, 26.12.07				
Do, 27.12.07				
Fr, 28.12.07				
Mo, 31.12.07				

„Wir wollen Euch wünschen

Zum Heiligen Fest

vom Schönen das Schönste

vom Guten das Beste!“



Aktivitäten im Jänner 2008

Wann?	Uhrzeit:	Was?	Wer?	Wo?
Di, 01.01.08		Neujahr		
Mi, 02.01.08				
Do, 03.01.08	16.00	Rosenkranzgebet		Kapelle
Fr, 04.01.08				
Mo, 07.01.08	14.00 - 15.30	Mutterberatung	MR Dr. Hengst	Seminarraum
	16.00 - 17.00	Rückenfit 2	PI-Zentrum	Seminarraum
Di, 08.01.08	14.00 - 14.30	Sitzgymnastik	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
	16.00	Hl. Messe		Kapelle
	16.00	Abnehmprogramm	Diätologin	Diätbüro
Mi, 09.01.08				
Do, 10.01.08	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
	16.00	Rosenkranzgebet		Kapelle
	17.30 - 18.30	Rückenfit 1	PI-Zentrum	Seminarraum
Fr, 11.01.08	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
Mo, 14.01.08	09.00 - 11.00	Ernährungsstudie mit Uni-Wien	Diätologin	Seminarraum
	16.00 - 17.00	Rückenfit 2	PI-Zentrum	Seminarraum
Di, 15.01.08	14.00 - 14.30	Sitzgymnastik	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
	16.00	Hl. Messe		Kapelle
Mi, 16.01.08	18.00 - 19.00	Abnehmprogramm	Begsteiger Sabine	Seminarraum
Do, 17.01.08	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
	16.00	Rosenkranzgebet		Kapelle
	17.30 - 18.30	Rückenfit 1	PI-Zentrum	Seminarraum
Fr, 18.01.08	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
Mo, 21.01.08	09.30 - 11.00	Fit ins Alter	PI-Zentrum	Seminarraum
	16.00 - 17.00	Rückenfit 2	PI-Zentrum	Seminarraum
	17.00 - 18.00	Rückenfit 3	PI-Zentrum	Seminarraum
Di, 22.01.08	14.00 - 14.30	Sitzgymnastik	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
	16.00	Hl. Messe		Kapelle
	16.00	Abnehmprogramm	Diätologin	Diätbüro
Mi, 23.01.08	09.00 - 10.00	Computerkurs	Begsteiger Sabine	Seminarraum
Do, 24.01.08	08.00 - 18.00	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
	16.00	Rosenkranzgebet		Kapelle
	17.30 - 18.30	Rückenfit 1	PI-Zentrum	PI-Institut
	19.00 - 20.00	Entspannungskurs	PI-Zentrum	Seminarraum
Fr, 25.01.08	08.00 - 16.30	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
Mo, 28.01.08	09.30 - 11.00	Fit ins Alter	PI-Zentrum	Seminarraum
	15.00	Filmnachmittag		Seminarraum
	16.00 - 17.00	Rückenfit 2	PI-Zentrum	Seminarraum
	17.00 - 18.00	Rückenfit 3		
Di, 29.01.08	14.00 - 14.30	Sitzgymnastik	Ergotherapeutin	Kleiner Raum
	16.00	Hl. Messe		Kapelle
	18.00 - 19.00	Abnehmprogramm	Diätologin	Seminarraum
Mi, 30.01.08	09.00 - 10.00	Computerkurs	Begsteiger Sabine	Seminarraum
Do, 31.01.08	08.00 - 18.00	Altenpflegeschule	Mag. Hebart	Seminarraum
	16.00	Rosenkranzgebet		Kapelle
	17.30 - 18.30	Rückenfit 1	PI-Zentrum	PI-Institut
	19.00 - 20.00	Entspannungskurs	PI-Zentrum	Seminarraum

*„Prosit Neujahr – rufen
wir nun aus.“*

*„Das neue Jahr bringt Glück ins
Haus!“*

*Was wir im alten falsch getan, das
fangen wir von neuem an.“*



Tabelle über alle ermittelten Bedürfnisse von BewohnerInnen und eine Verknüpfung mit möglichen Tätigkeitsbereichen von Sozialarbeit:

Bedürfnis der BewohnerInnen nach	Unterstützung durch Sozialarbeit
Vereinzelnung	
Beschäftigung Interessen nachgehen Kultur	Aktivitätenprogramme Gemeinwesenarbeit Veranstaltungen
Wohnortwahl Lebensraumgestaltung	Heimübertritt/ Integrationshilfen/ Krisenintervention Heimaufnahme
Selbstbestimmung, Selbstständigkeit, Unabhängigkeit	Einzelfallhilfe
Sprache	Vertretungsaufgaben
Eigentum	Vermittlungsarbeit
respektvoller Umgang	Rahmenbedingung
körperliche Gesundheit	Einzelfallhilfe
Mobilität	Einzelfallhilfe Vermittlungsarbeit
Pflege	
Unterkunft	
Ernährung	
soziale Verbundenheit	sozial netzwerken
familiale Interaktion	sozial netzwerken Angehörigenarbeit Einzelfallhilfe Konfliktberatung
nachbarschaftliche Interaktion	Konfliktberatung sozial netzwerken
gesellschaftliche Interaktion	Vernetzung sozial netzwerken
freundschaftliche Interaktion	sozial netzwerken
Gesprächspartner	Ehrenamt sozial netzwerken
Nichtdiskriminierung	
Emotionen	Einzelfallhilfe
Bindung Liebe	sozial netzwerken Heimübertritt/ Integrationshilfen/ Krisenintervention Heimaufnahme
Leben	Einzelfallhilfe Sterbebegleitung
Körperliche Integrität gesamt Intimsphäre, Körpergrenzen Schmerzvermeidung	Vermittlungsarbeit Einzelfallhilfe
Humor und Spiel	Aktivitätenprogramme
Ruhe/ Erholung	Einzelfallhilfe

Entlastung	
Denken, Wahrnehmen	Vermittlungsarbeit
Religiosität	
Sinnfindung/ Lebensziel	Einzelfallhilfe
praktische Vernunft	
Unterstützung	Vertretungsaufgaben Vermittlungsarbeit Zusammenarbeit
Sicherheit	Heimübertritt/ Integrationshilfen/ Krisenintervention
Mitbestimmung	Förderung von Mitbestimmungsmöglichkeiten
Beziehungen zu Tieren, Pflanzen, zur Welt	
	Andere Aufgabenbereiche von Sozialarbeit: MitarbeiterInnenorientiert Fortbildung Individuelle Begeleitung Umfeldorientiert Ehrenamt Vernetzung Gemeinwesenarbeit Öffentlichkeitsarbeit Haus- und Milieuorientiert Zusammenarbeit Förderung von Mitbestimmungsmöglichkeiten Veranstaltungen und Angebote

(Haselberger: 2008)

Begünstigende und erschwerende Faktoren für die Heimübersiedlung:

Begünstigend:

- gute Versorgung/ Lebenssituation im Pflegeheim
- freundliches/ liebevolles Personal
- positive Einstellung der Person gegenüber dem Heim
- Möglichkeit geben, über Heimweh und Unzufriedenheit zu sprechen
- Akzeptieren ihrer Situation
- Wissen darüber und Umgehen damit, dass der Eintritt ins Seniorenzentrum die letzte Lebensphase bedeutet, an deren Ende der Tod steht
- Struktur beim Pflegeprozess

Erschwerend:

- Heimeintritt gegen den eigenen Willen
- keine Alternative zum Heim
- Heimübertritt nicht stimmig
- Depression, Resignation, Aufgeben
- BewohnerInnen und Pflegepersonal kennen einander nicht
- keine Kenntnis von Tagesablauf und -struktur
- Langeweile, keine Beschäftigung
- vielfach unvorbereiteter Heimeintritt
- Verlust der gewohnten Umgebung (Stadt, Land)
- plötzlicher Heimeintritt
- Gefühl, abgeschoben zu werden
- kein individuelles Eingehen auf Situationen, Wünsche und Sorgen der BewohnerInnen

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Maria Haselberger, geboren am 26. Mai. 1982 in Steyr, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Haag, am 1. Mai 2008

Maria Haselberger