

Die Herausforderung der sozialen Interaktion für chronisch erkrankte Menschen unter 55 Jahren in der stationären Langzeitpflege

Natascha Kronheim

Sie sind SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn
und arbeiten in einem klinisch-sozialen Berufsfeld?

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
zertifiziert Ihre professionelle Arbeit!

Weitere Informationen unter:
www.klinische-sozialarbeit.de

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Natascha Kronheim

Die Herausforderung der sozialen Interaktion für
chronisch erkrankte Menschen unter 55 Jahren
in der stationären Langzeitpflege.

Eine Betrachtung aus der Perspektive der Klinischen
Sozialarbeit.



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Natascha Kronheim

Die Herausforderung der sozialen Interaktion für chronisch erkrankte Menschen unter 55 Jahren in der stationären Langzeitpflege.

Eine Betrachtung aus der Perspektive der Klinischen Sozialarbeit.

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe

"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2015 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-30-7

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband.

Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

„Wenn eine schwere chronische Krankheit in das Leben eines Menschen einbricht, dann wird die Person der Gegenwart zwangsläufig von der Person der Vergangenheit getrennt, und alle Bilder, die er von sich für die Zukunft hatte, werden beeinträchtigt oder sogar zerstört. Wenn die Krankheit schwer und ihr Effekt auf die Aktivität eines Menschen relativ erheblich ist, kommt es zu einem Bruch zwischen der Person, die er in der Vergangenheit war und in der Zukunft zu sein hoffte, und der Person, die er in der Gegenwart ist. Neue Konzeptionen davon, wer und was man ist- also Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft-, müssen aus dem entstehen, was noch übrig ist.“

(zit. n. Corbin/Strauss, 2004, S. 66)

Danksagung

Ich danke...

meinem Freund

meinem Freundeskreis

meiner Familie

meiner Betreuerin

...ich habe mich sehr von Euch unterstützt gefühlt!

Die besten Erfahrungen in dieser herausfordernden Lebensphase: Das gemeinsame Auswerten und Kodieren des Interviewmaterials gemeinsam mit meinen Freundinnen und Kolleginnen- besonders das Café Nil mit Cappuccino und Soda Zitrone bei 40 Grad sind mir hier in guter Erinnerung. Weiters möchte ich mich bei der AK-Bib-Gruppe für die tägliche Motivation und die gemütlichen Schreibpausen- begleitet von Automatenkaffee und Geistesblitzen- bedanken. Außerdem möchte ich noch schreiben, dass es mich sehr berührt hat und unsagbar dankbar macht, diese einzigartige Zeit gemeinsam mit meinem besten Freund und der Liebe meines Lebens erlebt haben zu dürfen.

Außerdem danke ich...

meinen InterviewpartnerInnen

der Sozialarbeit des KAVs

der Generaldirektion

...ohne deren Offenheit und Entgegenkommen diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre!

Kurzfassung

Für die Bewältigung jeglicher Belastungen benötigen Betroffene ein möglichst umfangreiches Ressourcenpotential. Bei der Bewältigung chronischer Erkrankungen kommt besonders der Ressource sozialer Unterstützung Bedeutung zu. Chronisch erkrankte, jüngere BewohnerInnen sehen sich im Rahmen der institutionellen Versorgung mit komplexen und vielfältigen Bewältigungsanforderungen konfrontiert, welche einerseits aus ihrer Erkrankung und den damit in Verbindung stehenden Belastungen und andererseits der Herausforderung einer Mobilisierung sozialer Unterstützungsressourcen aus dem sozialen Umfeld der stationären Langzeitpflege bestehen. Eine Erhebung mittels narrativer Interviews und einer Auswertung der Ergebnisse in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory soll sich der Frage annähern, wie chronisch erkrankte BewohnerInnen das soziale Unterstützungspotential ihres direkten, sozialen Umfelds wahrnehmen und auf welche Bewältigungsstrategien sie in Hinblick auf Stressoren ihrer Lebenswelt zurückgreifen können. Des Weiteren soll eine Auseinandersetzung mit relevanten theoretischen Bezügen ein grundsätzliches Verständnis, sowohl in Hinblick auf die Bedeutung chronischer Erkrankungen und (sozialer Unterstützungs-) Ressourcen, als auch auf die Wechselwirkungen zwischen diesen beiden Phänomenen, schaffen.

Abstract

The coping of stresses and strains requires an extensive potential of resources. In coping with chronic diseases, the resource of social support in particular holds an important role. The challenge of long- term care affects younger patients with chronic illnesses and a large number of complex coping demands especially. On the one hand these demands consist of the disease itself and the involved stresses and strains. On the other hand more complex challenges must be considered, such as the difficulty of mobilizing social support within the social environment of the long term care. The question of how chronically ill people perceive the social support within their direct social environment and what coping strategies they can draw from it in order to cope with their stresses and strains, is the subject of this thesis. This thesis will approach this field of research by using narrative interviews and an analysis of the results based on the grounded theory method. In addition this thesis will discuss relevant theoretical references, attempting to establish a basic understanding of the correlation between chronic diseases and social support as well as the interaction between these two phenomena.

Abkürzungsverzeichnis

allg.	allgemein
BKK	Biographische Körperkonzeptionen
bzw.	beziehungsweise
ca.	zirka
d.h.	das heißt
ggfs.	gegeben falls
Hrsg.	HerausgeberIn
u.	und
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organisation

Schlüsselbegriffe

Chronische Krankheit

Institution

Soziale Unterstützung

Coping

Klinische Sozialarbeit

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. METHODE DER ERHEBUNG UND AUSWERTUNG	3
2.1 QUALITATIVE FORSCHUNGSMETHODIK	3
2.2 AUSWAHLKRITERIEN DER UNTERSUCHUNGSGRUPPE	5
2.3 ERHEBUNGSINSTRUMENT	6
2.4 DURCHFÜHRUNG DER QUALITATIVEN STUDIE	6
2.5 AUSWERTUNG	7
2.6 ERGEBNISDARSTELLUNG	7
3. DIE INSTITUTION ALS LEBENSRAUM	8
3.1 THEORETISCHER HINTERGRUND DER „PERSON- IN-ENVIRONMENT“	8
3.2 ABHÄNGIGKEIT UND AUTONOMIE	9
3.2.1 TAGESSTRUKTUR	10
3.1.2 ANGEBOTE DER INSTITUTION	10
3.1.3 STRUKTUR UND RAUM	12
3.3 PRIVATSPHÄRE	13
3.3.1 EINBETT- UND MEHRBETTZIMMER	14
3.3.2 BESITZ UND IDENTITÄT IN DER INSTITUTION	15
3.3.3 PRIVAT- UND INTIMSPHÄRE IM INSTITUTIONELLEN KONTEXT	17
3.4 KONFRONTATION MIT KRANKHEIT UND TOD	18
3.5 DIFFERENZIERUNG ZWISCHEN INSTITUTIONELLEN UND PRIVATEN WOHNVERHÄLTNISSSEN	20
3.5.1 INSTITUTIONSINTERNE BEDEUTUNGEN DES WOHNENS	20
3.5.2 INSTITUTIONSEXTERNE BEDEUTUNGEN DES WOHNENS	20
3.6 DIE INSTITUTION ALS LEBENSRAUM: FAZIT	22
4. CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	23
4.1 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	23
4.1.1 DAS BIO-PSYCHO- SOZIALE MODELL	23
4.1.2 SALUTOGENESE	24
4.1.3 CHRONISCHE ERKRANKUNGEN	26
4.2 DAS TRAJEKT KONZEPT	27
4.2.1 KRANKHEITSBEGINN	27
4.2.2 AKUTE UND KRISENHAFT PHASEN	28
4.2.3 (RE-)STABILISIERUNG	29
4.3 SUBJEKTIVE KRANKHEITSTHEORIEN	30
4.4 KRANKHEIT IN DER STRESSFORSCHUNG	32
4.4.1 REAKTIONSBEZOGENE MODELLE	32
4.4.2 SITUATIONSBEZOGENE MODELLE	34

4.4.3 TRANSAKTIONALE MODELLE	35
4.6 CHRONISCHE ERKRANKUNGEN: FAZIT	36
5. BEWÄLTIGUNGSGRUNDLAGEN UND -STRATEGIEN	38
5.1 BEGRIFFSBESTIMMUNG	38
5.2 RESSOURCEN ALS GRUNDLAGE DER BEWÄLTIGUNG	39
5.2.1 BEGRIFFSKLÄRUNG	39
5.2.2 KLASSIFIKATIONEN VON RESSOURCEN	41
5.2.3 SYSTEMISCHES ANFORDERUNGS- RESSOURCEN- MODELL	42
5.2.4 RESSOURCENERHALTUNGSTHEORIE	42
5.3 BEWÄLTIGUNG IM SINNE DER „BIOGRAFISCHE KÖRPERKONZEPTIONEN“ NACH CORBIN UND STRAUSS	44
5.4 BEWÄLTIGUNGSSTRATEGIEN JUNGER, CHRONISCH ERKRANKTER BEWOHNERINNEN	45
5.4.1 PERSÖNLICHE RESSOURCEN	45
5.4.2 ALLTAGSBEWÄLTIGUNG	49
5.4.3 ZUKUNFTSPERSPEKTIVEN	51
5.5 BEWÄLTIGUNGSGRUNDLAGEN UND –STRATEGIEN: FAZIT	52
6. SOZIALE UNTERSTÜTZUNG ALS COPINGRESSOURCE	54
6.1 BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	55
6.1.1 SOZIALE NETZWERKE	55
6.1.2 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG	55
6.2 SUPPORT- DIMENSIONEN	56
6.3 KRITERIEN SOZIALER UNTERSTÜTZUNG	57
6.4 DIE NUTZUNG SOZIALER RESSOURCEN	58
6.5 AUSWIRKUNGEN SOZIALER UNTERSTÜTZUNG	59
6.6 BIO- PSYCHO- SOZIALES ERKLÄRUNGSMODELL GESUNDHEITLICHER SUPPORTWIRKUNGEN	60
6.6.1 PHYSIOLOGISCHE PROZESSE	60
6.5.2 NEUROBIOLOGISCHE PROZESSE	61
6.5.3 PSYCHOLOGISCHE PROZESSE	62
6.5.4 SOZIALE PROZESSE	62
6.6 SOZIALE UNTERSTÜTZUNG ALS COPINGRESSOURCE: FAZIT	62
7. SOZIALE RESSOURCEN UND SOZIALE UNTERSTÜTZUNG JUNGER CHRONISCH ERKRANKTER BEWOHNERINNEN INNERHALB DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE	64
7.1 MITBEWOHNERINNEN	64
7.1.1 ABGRENZUNG	65
7.1.2 GRUPPENDIFFERENZ	68
7.1.3 GENERATIONENKONFLIKT	70
7.1.4 KRANKHEIT UND SOZIALE INTERAKTION	71
7.1.5 GRUPPENSPEZIFISCHES SOZIALES POTENTIAL	73
7.2 BERUFSGRUPPEN	74
7.3 FAMILIE UND FREUNDE	76
7.4 SOZIALE RESSOURCEN UND SOZIALE UNTERSTÜTZUNG JUNGER CHRONISCH ERKRANKTER BEWOHNERINNEN INNERHALB DER STATIONÄREN LANGZEITPFLEGE: FAZIT	76

8. PSYCHO- SOZIALE INTERVENTIONEN KLINISCHER SOZIALARBEIT	78
8.1 KLINISCHE SOZIALARBEIT	79
8.2 PSYCHO-SOZIALE INTERVENTIONEN	80
8.3 PSYCHO- SOZIALE INTERVENTIONEN KLINISCHER SOZIALARBEIT: FAZIT	81
9. SCHLUSSFOLGERUNG	81
10. QUELLENVERZEICHNIS	88
10.1 LITERATURVERZEICHNIS	88
10.2 ARTIKELVERZEICHNIS	91
10.3 INTERNETVERZEICHNIS	92
11. ANHANG	93
11.1. ERHEBUNGSINSTRUMENT	93
11.2. AUSZUG INTERVIEW A	94
11.3 AUSZUG INTERVIEW B	95
11.4 AUSZUG INTERVIEW C	95
11.5 AUSZUG INTERVIEW D	96
12. CURRICULUM VITAE	97

1. Einleitung

Chronische Krankheiten stellen aufgrund ihres andauernden und unberechenbaren Verlaufs große Anforderungen, sowohl an einzelne Betroffene, als auch an das Gesundheitssystem (vgl. Schaeffer, 2009, S. 7- 8). Diese multidimensionalen Anforderungen und der teilweise sehr hohe Pflegebedarf kann derzeit zum Teil nur durch eine Versorgung in der stationären Langzeitpflege entgegengekommen werden. Auch wenn Betroffenen durch die institutionelle Versorgung in vielen Lebensbereichen Unterstützung zukommt, stellt das Leben im stationären Umfeld, speziell für jüngere BewohnerInnen, auch besondere Herausforderungen dar. Ausgehend von Erkenntnissen der Neuro- und Entwicklungsbiologie, können Erfahrungen der Zugehörigkeit, Verbundenheit und Unterstützung durch das soziale Umfeld als menschliches Grundbedürfnis angesehen werden (vgl. Hüther/Pilz, 2012, S. 23). Die positiven und gesundheitsfördernden Auswirkungen sozialer Unterstützung, wurden bereits vielfach belegt. Soziale Systeme unterstützen einerseits die Bewältigung komplexer Anforderungen und können die Risiken von Belastungssituationen abdämpfen. Somit können soziale Ressourcen als wesentlicher Einflussfaktor auf den Bewältigungserfolg belastender Lebenssituationen und die bio-psycho-soziale Gesundheit gesehen werden (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 53- 56; Dettmers/ Spreng, 2007, S. 7; Perez, 1998, S. 292; Badura, 1981, S.26- 28). Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Herausforderung der sozialen Interaktion chronisch erkrankter Menschen unter 55 Jahren, die in der stationären Langzeitpflege versorgt werden. Besondere Aufmerksamkeit soll der Frage gewidmet werden, wie jüngere, chronisch erkrankte BewohnerInnen das Unterstützungspotential ihres direkten, sozialen Umfelds wahrnehmen. Um die subjektive Sichtweise der Betroffenen einzuholen, wurden narrative Interviews geführt, die in Anlehnung an die Methode der Grounded Theory ausgewertet wurden. Dieser Zugang soll ein Verständnis dafür ermöglichen, was es für jüngere, chronisch erkrankte BewohnerInnen bedeutet, in einer Institution versorgt zu werden, welche Bewältigungsanforderungen seitens der Betroffenen wahrgenommen werden und auf welche personeneigenen und umweltbezogenen Ressourcen sie in Hinblick auf die erlebten Stressoren zurückgreifen können. Außerdem soll durch die Auseinandersetzung mit relevanten, theoretischen Ansätzen eine Annäherung an die Fragen bewerkstelligt werden, welche Zusammenhänge zwischen Individuum und sozialem Umfeld in Bezug auf die Bewältigung belastender Lebensereignisse bestehen und welche Einflussfaktoren sich hier auf das Bewältigungsverhalten von Individuen auswirken. Aus den empirischen und theoretischen Ergebnissen soll anschließend abgeleitet werden, welche Unterstützung chronisch erkrankte Menschen, die in der stationären Langzeitpflege

versorgt werden, benötigen, um diese herausfordernde Situation erfolgreich zu bewältigen und inwiefern die komplexen Bewältigungsanforderungen jüngerer, chronisch erkrankter BewohnerInnen Implikationen für psycho- soziale Interventionen Klinischer Sozialarbeit beinhalten. Die vorliegende Arbeit gliedert sich in unterschiedliche Kapitel, in welchen die jeweiligen Aspekte beleuchtet werden. Jedes Kapitel wird mit Begriffsdefinitionen begonnen und mit einer Zusammenfassung abgerundet, in der die wesentlichen Ergebnisse der Thematik aufgezeigt werden sollen. Da anhand der Grounded Theory geforscht wurde, bietet es sich an, die Ergebnisse teilweise bereits in Verknüpfung mit den theoretischen Inhalten darzustellen. Gleich im Anschluss an die Einleitung erfolgt in Kapitel 2 eine Beschreibung der Methodik und der empirischen Vorgangsweise. Kapitel 3 stellt in Verknüpfung von Theorie und Empirie einerseits die Bedeutung von Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt und andererseits die subjektive Wahrnehmung junger, chronisch kranker BewohnerInnen in Bezug auf das Leben in der Institution, dar. Da die chronische Erkrankung als Kausalität des hohen Versorgungsbedarfs und somit als Ausgangspunkt für die Lebenssituation der Betroffenen gesehen werden kann, soll in Kapitel 4 das Phänomen chronischer Erkrankungen aus verschiedenen theoretischen Perspektiven betrachtet werden. Nach einer Annäherung an die Begriffe der Gesundheit und Krankheit aus salutogenetischen und bio-psycho-sozialen Blickwinkeln, folgt anhand des Trajektkonzepts eine Auseinandersetzung mit dem Verlauf chronischer Erkrankungen und den resultierenden Belastungen und Anforderungen an Betroffene. Auch die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien, sowie einzelne Modelle aus der Stressforschung werden aufgrund ihrer Erklärungsansätze des Phänomens chronischer Erkrankungen aufgegriffen. Ausgehend von den Anforderungen, die einerseits durch die chronische Erkrankung, andererseits durch den institutionellen Lebensraum an jüngere, chronisch kranke BewohnerInnen gestellt werden, werden in Kapitel 5 verschiedene Aspekte der Copingforschung beschrieben. Hier besteht vor allem ein Fokus auf die Bedeutung von Ressourcen bei der Bewältigung verschiedener Stressoren. Einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis des Bewältigungsprozesses liefern weiters die „Biographischen Körperkonzeptionen“ nach Corbin und Strauss. Im Anschluss werden die empirisch erhobenen Bewältigungsstrategien und Ressourcen der befragten BewohnerInnen dargestellt. In Hinblick auf die Frage, wie jüngere, chronisch erkrankte BewohnerInnen das Unterstützungspotential ihres direkten, sozialen Umfelds wahrnehmen, soll im Kapitel 6 ein theoretischer Rahmen bezüglich der Bedeutung und den Wirkungen sozialer Unterstützung entstehen, um die Fragestellung schließlich in Kapitel 7 von empirischer Seite zu beleuchten. Das

Kapitel 8, das gleichzeitig den Abschluss bildet, setzt sich mit der Bedeutung psycho-sozialer Begleitung in belastenden Lebenssituationen und möglichen Implikationen für eine Klinische Sozialarbeit auseinander.

2. Methode der Erhebung und Auswertung

Um einen möglichst offenen und uneingeschränkten Informationsfluss zu gewährleisten und unter anderem auch komplexe, individuelle Konstruktionen und subjektive Krankheitstheorien der Betroffenen zu erfassen, wurde die Form narrativer Interviews als Erhebungsmethode gewählt. Diese Interviewform ermöglichte es den befragten BewohnerInnen, sich bewusst zu entscheiden, welche Erfahrungen mit der Erkrankung und ihrem Leben in der Institution sie erzählen wollten (vgl. Faltermaier, 2009, S. 213). Da es sich bei der Thematik sozialer Ressourcen junger, chronisch erkrankter BewohnerInnen auf Stationen der Langzeitpflege um einen Bereich handelt, der in dieser Form bis jetzt noch kaum beforscht wurde und es im Zentrum des Forschungsinteresses steht, das Erleben dieser Zielgruppe darzustellen, wurde die Entscheidung getroffen, sich in Anlehnung an die Grounded Theory an die Auswertung der erhobenen Daten und die Beantwortung der Fragestellungen anzunähern.

2.1 Qualitative Forschungsmethodik

Die Grounded Theory Methodik ist ein Verfahren der sozialwissenschaftlichen Hermeneutik und geht auf die beiden Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss zurück, die sie in den 1960-er Jahren begründeten. Diese untersuchten Interaktionsprozesse in Kliniken, Schmerz, chronische Krankheit, das Sterben und die jeweiligen Verlaufsdynamiken. Vor allem in unterschiedlichen Fachdisziplinen der Sozialwissenschaften wurde die Grounded-Theory-Methodik als Forschungsverfahren weiterentwickelt. Indem Erfahrungen aus der unmittelbaren Praxis und Lebenswelt der Betroffenen das Material bilden, können Modelle und Theorien über spezifische Problemstellungen entwickelt werden (vgl. Breuer, 2009, S. 39). Hierbei ist es von Bedeutung, dass die entwickelten Theorien und Modelle stetig an die Praxisebene rückgekoppelt werden. Anhand der Grounded Theory kann die zugrunde liegende Theorie eines Problemthemas beziehungsweise eines Ausschnitts der jeweiligen Lebenswelt herausgearbeitet werden.

„Die Methodik ist für eine Rahmung und Anleitung von Untersuchungen subkultureller Felder, >kleiner sozialer Welten< und der Probleme und Sichtweisen ihrer Mitglieder mithilfe interaktiver Teilnahme der Forschenden (...) gut geeignet.“ (zit. n. Breuer, 2009, S. 39)

Die Daten, aus denen die Theorien gebildet werden, stammen direkt aus dem Forschungsfeld und werden oft „gemeinsam- interaktiv“ erhoben (vgl. Breuer, 2009, S. 39). Dabei kann es sich um (teilnehmende) Beobachtungen, Interviews oder andere Felddokumente handeln. In der Regel findet die Erhebung nicht im Milieu der forschenden Person, sondern in dem der beforschten Personengruppe statt. Der Auswertungsprozess der Grounded Theory Methodik erfordert Wahrnehmungssensibilität und hermeneutische Kompetenzen, die im Idealfall durch den Austausch und die Kooperation mit Koforschenden oder ForschungspartnerInnen erarbeitet, systematisiert und kritisch hinterfragt werden (vgl. Breuer, 2009, S. 39). In Bezug auf die Umsetzung der Methodik bestehen unterschiedliche Auffassungen. Es wurden sowohl sehr strenge, als auch freiere Auffassungen verfolgt. Die freiere Auffassung bezieht sich auf den „subjekt- bzw. autorseitig“ geprägten Forschungsstil, der persönlichen Akzentuierungen und einer Abbildung des individuellen Erkenntnisprozesses Raum gibt.

„Sozialarbeiterisches Forschen zeichnet sich nicht durch eine universale monolithische Methodologie, sondern durch eine Vielfalt von Erkenntnisvarianten aus, die mit Wissenschaftlerpersonen und –personengruppierungen, kulturellen und instrumentellen Denk- und Handlungsweisen verbunden sind.“ (zit. n. Breuer, 2009, S. 40)

Je nach Forschungsstil werden verschiedene Charakteristika des Forschungsgegenstands in den Fokus gerückt und somit eröffnet jedes wissenschaftliche Herangehen neue Sichtweisen und Einblicke. Im Folgenden sollen die Schritte der Datenanalyse beschrieben werden. Der erste Schritt des offenen Kodierens erfordert zu Beginn einige Begriffserklärungen. Das offene Kodieren meint die erste Annäherung an die erhobenen Daten. Im Rahmen der Kodierung werden Daten analysiert, verglichen, konzeptualisiert und kategorisiert. Anhand der Kodierung entstehen Konzepte, die in späterer Folge verschiedenen Phänomenen zugeordnet werden können. Hierzu ist es notwendig, die Konzepte zu kategorisieren. Beziehen sich verschiedene Konzepte auf ein gleiches Phänomen, werden sie unter einem übergeordneten Konzept- einer Kategorie- gruppiert (vgl. Corbin/Strauss, 1996, S. 43). Beispielsweise behandelte die vorliegende Arbeit unter anderem das Phänomen der sozialen Ressourcen junger, chronisch erkrankter BewohnerInnen in der stationären Langzeitpflege. In Bezug auf die Interaktion mit MitbewohnerInnen bildeten „Abgrenzung“, „Gruppendifferenz“, „Generationenkonflikt“, „Krankheit und soziale Interaktion“ und „gruppenspezifisches soziales Potential“ die zugehörigen Kategorien. Jedes Konzept erhält darüber hinaus Eigenschaften, Dimensionen und Kode- Notizen, die dazu dienen, das Konzept innerhalb der Kategorie in Hinblick auf das Phänomen einzuordnen. Die Eigenschaften eines Konzepts bezeichnen bestimmte Charakteristika, die das jeweilige Konzept mit einer Kategorie verbinden. Die Dimensionen sind

hilfreich, um ein Konzept anhand seiner Eigenschaften auf einem Kontinuum anzuordnen. Im Rahmen des Analyseprozesses entstehen Anmerkungen und Assoziationen, die in Form von Kodierungsnotizen oder Memos den Konzepten zugeordnet werden können (vgl. Corbin/Strauss, 1996, S. 43). Die Erarbeitung, Systematisierung und Prüfung der Memos und deren Zuordnung zu den jeweiligen Kategorien ist ein Prozess, der vor allem in einer Gruppe mit Koforschenden bewältigt werden kann (vgl. Breuer, 2009, S. 39).

2.2 Auswahlkriterien der Untersuchungsgruppe

Die Zielgruppe umfasst alle chronisch erkrankten BewohnerInnen unter 55 Jahren, die zum Zeitpunkt der Erhebung auf einer Station der Langzeitpflege im Wiener Krankenanstaltenverbund versorgt werden. Eine weitere Voraussetzung war es aufgrund der praktischen Durchführbarkeit der narrativen Interviews, dass es den BewohnerInnen möglich sein musste, die Fragestellungen kognitiv und auditiv zu verstehen und darauf zu antworten. Mit Genehmigung der Generaldirektion der Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung, wurde Kontakt zu den Pflegedirektionen der einzelnen Pflegewohnhäuser und Geriatriezentren aufgenommen. Das Team der SozialarbeiterInnen des KAV war hier eine sehr große Unterstützung bei der Suche nach BewohnerInnen, die in die Zielgruppe passten. Mit jeweiliger Rücksprache und Genehmigung durch die Generaldirektion wurden die Befragungen in einem Pflegewohnhaus gestartet und dann auf weitere Häuser ausgeweitet. Es fand jeweils zuerst eine Kontaktaufnahme mit den jeweiligen BewohnerInnen statt, um das Forschungsinteresse zu erklären und zu erfragen, ob die Bereitschaft bestehe, sich für ein Interview zur Verfügung zu stellen. Erklärten sich BewohnerInnen dazu bereit, ein Interview zu geben, wurde ein Termin für die Interviewdurchführung vereinbart. Auf diese Weise konnten fünf Interviews mit Personen durchgeführt werden. Vier der fünf Interviewpersonen bewegten sich aufgrund der Begleiterscheinungen ihrer chronischen Erkrankungen mit Hilfe eines Rollstuhls fort, beziehungsweise verbrachten auch viel Zeit liegend im Bett. Eine der Interviewpersonen war aufgrund des weit fortgeschrittenen Krankheitsprozesses vollständig bettlägerig. Eine weitere Interviewperson war zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme kognitiv vollständig erreichbar, litt allerdings aufgrund ihres Krankheitsbildes an einer zeitweisen Desorientierung, die sich in der Interviewsituation zeigte. Daher konnten aus diesem Interview keine Ergebnisse verwendet werden. Außerdem ergab sich in der Phase des Vorstellens auf den Stationen ein Austausch mit einer Person, die aufgrund ihrer degenerativen Erkrankung nicht mehr sprechen konnte. Der Austausch erfolgte dadurch, dass sich die Person mit Gesten und Mimik mitteilte. Aufgrund der hohen Relevanz

wurden diese Inhalte in Form eines Gedächtnisprotokolls ebenfalls ins Material aufgenommen.

2.3 Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument wurde die Form eines narrativen Interviews gewählt. Die BewohnerInnen wurden vor dem Interview darauf aufmerksam gemacht, dass- wie bereits im Vorgespräch vereinbart- alle Informationen anonym behandelt werden würden und im Interview jederzeit Pausen gemacht werden könnten. Auch das Nicht-Beantworten und Überspringen von Fragen wurde noch einmal erklärt und angeboten. Mit einer allgemeinen Einstiegsfrage wurde das Gespräch eröffnet und dann den Impulsen, die seitens der BewohnerInnen eingebracht wurden, gefolgt. Die Einstiegsfrage belief sich auf das Erleben und die Gestaltung des Alltags in der Institution. Es wurde versucht, zu Themen, die in Hinblick auf die Forschungsfrage besonders interessant sind, konkretere Antworten zu erhalten, beziehungsweise besonders intensiv über jene Bereiche zu sprechen. Dem Erzählfluss der Befragten wurde im Sinne des narrativen Interviews freier Lauf gelassen (vgl. Nohl, 2012, S. 13- 14). Wenn der Erzählfluss beendet war beziehungsweise, wenn konkrete Themen angesprochen wurden, die detaillierteren Erklärungen bedurften, wurde in den Erzählfluss der befragten BewohnerInnen eingehakt, beziehungsweise auf vorbereitete Steuerungsfragen zurückgegriffen. Die Steuerungsfragen beinhalteten die Themen der Gesprächskontakte und InteraktionspartnerInnen, der Differenzen zwischen älteren und jüngeren BewohnerInnen, des Einflusses von Erkrankungen auf soziale Interaktion, besonderer Belastungssituationen und besonderer Ressourcen und Bewältigungsstrategien.

2.4 Durchführung der qualitativen Studie

Nachdem die Genehmigung der Direktion der Geriatriezentren und Pflegewohnhäuser der Stadt Wien mit sozialmedizinischer Betreuung eingeholt worden war, wurde zuerst mit der Pflegedirektion und dann mit der Sozialarbeiterin des ersten Pflegewohnhauses Kontakt aufgenommen. Der Kontakt zur Sozialarbeiterin bildete eine große Unterstützung und Hilfestellung in Bezug auf die Auswahl der BewohnerInnen, die in die Zielgruppe des Forschungsinteresses passten. In ihrer Begleitung kam es zu Vorstellungsgesprächen bei einzelnen BewohnerInnen und beim interdisziplinären Team (vor allem den Stationsschwestern und -pflegern) des Pflegewohnhauses. Nachdem sich einzelne BewohnerInnen für ein Interview bereit erklärt hatten, wurden Termine für die jeweiligen Interviews vereinbart. Da aus Gründen des Datenschutzes nicht mit allen BewohnerInnen die Mobiltelefonnummern ausgetauscht worden waren, wurde jeweils am Tag vor dem vereinbarten Termin telefonisch Kontakt zur Station beziehungsweise den

BewohnerInnen aufgenommen, um noch einmal nachzufragen, ob der Termin stattfinden könne. Hiermit sollte den BewohnerInnen die Möglichkeit eingeräumt werden, bei Verschlechterungen des Gesundheitszustandes den Termin abzusagen. Es wurden drei Interviews im ersten Pflegewohnhaus geführt. Nachdem diese drei Interviews im ersten Pflegewohnhaus stattgefunden hatten, ergaben sich durch die Unterstützung des sozialarbeiterischen Teams zwei weitere Kontaktpersonen in zwei anderen Häusern. Nachdem die Genehmigung der Generaldirektion eingeholt und mit den jeweiligen Pflegedirektionen Kontakt aufgenommen worden war, wurden auch diese zwei Interviews durchgeführt. Die Interviews dauerten bis zu einer Stunde und wurden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Die BewohnerInnen erhielten ein kleines Dankeschön und konnten bei Interesse ihre Kontaktdaten für eine spätere Zusendung einer Zusammenfassung der Ergebnisse bekanntgeben.

2.5 Auswertung

Vier der fünf Interviewaufnahmen wurden transkribiert und das Gedächtnisprotokoll verschriftlicht. Mit KollegInnen aus dem Studiengang wurde eine Interpretationsgruppe für das offene Kodieren den ersten Schritt der Datenauswertung in Anlehnung an die Grounded Theory- gebildet. Von Mitte März bis Ende Juli fanden anschließend insgesamt 26 Auswertungstermine mit mindestens drei teilnehmenden Personen statt. Es wurden hierfür in Hinblick auf das Forschungsinteresse relevante Textstellen aus den Transkripten ausgewählt und in der Interpretationsgruppe kodiert. Neben den Auswertungstreffen in der Gruppe, wurde aufgrund der zahlreichen interessanten Textstellen auch alleine kodiert. Nachdem auf diese Weise sehr umfangreiches Material, sowohl durch die Codes, als auch durch die Memos entstanden war, wurde die Phase der offenen Kodierung und der Auswertungstreffen beendet. Anschließend wurden alle Eigenschaften der Codes gesammelt und die Konzepte zu Kategorien geordnet. Dieser Schritt brachte vier große Phänomene zum Vorschein: „Institutionelles Umfeld“, „Krankheit“, „Soziale Interaktion“ und „Bewältigung“. Durch Sortierung und Filterung der offenen Codes konnten die Konzepte im nächsten Schritt jeweils einem der vier Phänomene zugeführt werden. Hierbei wurde versucht, die Phänomene möglichst vielseitig in ihren Dimensionen zu erfassen.

2.6 Ergebnisdarstellung

In Anschluss an die Zuordnung und Sortierung des gesammelten Materials wurde versucht, die Ergebnisse - teilweise in Verknüpfung mit relevanten theoretischen Hintergründen - darzustellen. Hierbei wurde darauf geachtet, Ergebnisse, die sich in der Theorie wiederfanden und bestätigten,

mit den jeweiligen Theorien zu verbinden, beziehungsweise neue, induktive Elemente als solche zu beschreiben.

3. Die Institution als Lebensraum

Die Institution als Lebensumfeld und sozialer Kontext jüngerer, chronisch kranker BewohnerInnen stellt in Hinblick auf das jeweilige subjektive Erleben und die vorhandenen sozialen Ressourcen und Interaktionen den Rahmen dar, in dem sich das intrainstitutionelle Leben und Zusammenleben ereignet. Sowohl Ressourcen, als auch Belastungen sind neben den personalen Wechselbeziehungen auf der Basis der umgebungsbedingten Gegebenheiten zu betrachten. Diese bilden mit ihren Angeboten und Regelungen jene (Frei-) Räume, innerhalb derer sich ihre BewohnerInnen bewegen. Aspekte wie Privatsphäre, Besitz und räumliche Erfahrungen haben ihren Einfluss darauf, inwiefern sich BewohnerInnen in der Institution einleben. Das räumliche Wohnumfeld hat einen direkten Einfluss auf das psychische und physische Befinden seiner BewohnerInnen, welches wiederum als Einflussfaktor auf die Teilhabe am sozialen Miteinander und die Wahrnehmung und Nutzung sozialer Ressourcen innerhalb der Institution gesehen werden kann (vgl. Funke, 2006, S. 13).

3.1 Theoretischer Hintergrund der „Person- in-Environment“

Bereits Mary Richmond verwies auf die Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umweltsystem. Sowohl im Sinne des bio- psycho-sozialen Modells (siehe Kapitel 4.5.2), als auch der Salutogenese (siehe Kapitel 4.5.3) ist es von Bedeutung, ein Individuum im Kontext seiner Lebenswelt wahrzunehmen. Das soziale Umfeld eines Individuums ist als wesentlicher Einflussfaktor für seine Ressourcen und Stressoren zu betrachten (vgl. Pauls, 2011, S. 64-65). Im Rahmen dieses Ansatzes werden im Besonderen, Personen- und Situationsvariablen, sowie die Interaktion zwischen diesen beiden Gruppen betrachtet.

„Im Wechselwirkungsprozess zwischen Individuum und Umwelt entsteht die Realität als jeweiliges Ereignis in einer konkreten Situation. Individuum und soziale Umwelt stehen in einer strukturellen Koppelung zueinander; keine der beiden Einheiten kann ohne die andere existieren.“ (zit. n. Pauls, 2011, S. 70)

Alle Gegebenheiten, die ein Individuum umgeben, bilden in ihrer Summe somit den sozialen Kontext. Er liefert die Bedingungen, die es zu bewältigen beziehungsweise zu gestalten gilt. Innerhalb dieses Rahmens und dieser Bedingungen stellt sich an das Individuum die Herausforderung, seine Bedürfnisse und Ziele zu erfüllen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass das

Individuum innerhalb seines sozialen Kontextes nicht als passives Objekt, sondern als aktives Subjekt verstanden werden kann, das einen lebendigen Teil des Systems darstellt. Das Streben nach einer Verwirklichung der eigenen Intentionen und die Aufrechterhaltung des eigenen Gleichgewichts sind demnach als Prozess aktiver Teilhabe zu sehen. Sowohl bei der Bewältigung und Verwirklichung subjektiver Intentionen und umgebungsbedingter Herausforderungen, als auch bei einer misslingenden Bewältigung und Erfüllung derselben, stellt soziale Unterstützung eine elementare Ressource dar (vgl. Frietsch u. Löcherbach, 1995, S. 41-43). Die grundlegende Annahme, dass Beeinträchtigungen, Gesundheit und Krankheit Phänomene darstellen, die sich im biographischen Prozess eines Individuums entwickeln, legt nahe, dass diese immer im Zusammenhang mit den Personen- und Situationsvariablen und ihrer jeweiligen sozio-kulturellen Einbettung zu sehen sind (vgl. Gahleitner, 2010, S. 8). Um dem Konstrukt der Person in ihrer Umwelt gerecht zu werden, muss auf Seite des betroffenen Individuums berücksichtigt werden, dass dieses über eigene Ziele und Bedürfnisse verfügt und seine Umgebung subjektiv wahrnimmt und bewertet. Das Verhalten eines Individuums innerhalb seines Umfelds wird weiters von seinen sozialen Beziehungen und ihrer Einbettung in Interaktionsstrukturen, sozialen Netzwerken und Unterstützungssystemen beeinflusst. Auch dem gesellschaftlichen Kontext als übergreifender Struktur kommt hier Bedeutung zu (vgl. Pauls, 2011, S. 71). Individuen sind somit immer im Kontext ihres sozialen Umfelds zu betrachten. In diesem Sinne sollen in den folgenden Kapiteln wesentliche Aspekte des institutionellen Lebensumfelds, die sich aus den Befragungen der Betroffenen ergaben, beschrieben werden.

3.2 Abhängigkeit und Autonomie

Die Institution gibt den Tagesablauf vor. Dies äußert sich in Mahlzeiten und auch in den Therapien. Auch regelmäßige Besuche von Angehörigen und Freunden haben eine strukturierende Funktion. BewohnerInnen richten sich nach diesen Fixpunkten aus und passen sich weitgehend an das institutionell vorgegebene System an. Die Abhängigkeit der BewohnerInnen ergibt sich aus ihrer eingeschränkten Mobilität und somit ihrer begrenzten Selbstständigkeit. Durch die verhinderten Möglichkeiten, bestimmte Handlungen selbst durchzuführen, ergibt sich die Angewiesenheit auf die Unterstützung und die Angebote der Institution. In den folgenden Kapiteln sollen die Wahrnehmungen der BewohnerInnen in Hinblick auf die Aspekte der Tagesstruktur, der institutionellen Angebote und der räumlichen Dimensionen beschrieben werden.

3.2.1 Tagesstruktur

Die institutionellen Strukturen werden seitens der jüngeren BewohnerInnen sowohl positiv, als auch negativ aufgenommen. Positive Aspekte äußern sich anhand einer gewissen, stützenden Funktion. Die kontinuierlichen Strukturen sorgen für Klarheit und Orientierung und transportieren Vertrautheit und Normalität. Der Bedeutung eines strukturierten und geregelten Alltags soll im Kapitel der Bewältigungsformen noch weitere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Negative Aspekte wiederum äußern sich durch die Einschränkung von Individualität und einer Auflösung der Grenzen zwischen Person und Institution. Dies entsteht beispielsweise durch bestimmte institutionelle Regelungen oder Bedürfnisse von MitbewohnerInnen, die dem individuellen Rhythmus der jüngeren BewohnerInnen widersprechen. So berichtet in etwa eine Bewohnerin, wie sie ihre Gewohnheiten und Bedürfnisse teilweise externen Anforderungen anpassen muss.

„Außer, dass jemand sagt >Drehen Sie bitte das Licht ab< und den Fernseher schon um dreiviertel Acht“. (Interview A, S. 1/12-13)

Positive Bedeutung kommt hingegen individuellen Strukturen und Gewohnheiten zu. Durch die Möglichkeit, einzelne Inhalte des Tagesablaufs selbst zu bestimmen, scheint generell die Zufriedenheit und das Gefühl der Selbstwirksamkeit der BewohnerInnen positiv beeinflusst zu werden.

„(...) ich gestalte meinen Alltag ziemlich selbstständig. Also ich habe einen Fernseher, einen Radio, einen DVD-Player und lese jeden Tag die Zeitung.“ (Interview A, S. 1/ 5-6)

Bei der Alltagsgestaltung kommt Medien und audiovisuellen Geräten eine große Bedeutung zu. Dies kann als eine Form der Sinnstiftung und der Bewältigung gesehen werden. Weiters kann dem Risiko einer Entindividualisierung auch dadurch entgegengewirkt werden, dass auf persönliche Themen und Anlässe, wie in etwa den Geburtstag, eingegangen wird. Indem auf besondere Tage für BewohnerInnen, wie Geburtstage Rücksicht genommen wird und diese gewürdigt werden, wird die Individualität jedes/ jeder einzelnen BewohnerIn gestärkt. Zugleich findet eine Strukturierung der in der Institution verbrachten Zeit statt.

3.1.2 Angebote der Institution

Die Bedürfnisse der BewohnerInnen erstrecken sich über die Deckung existentieller Grundbedürfnisse hinaus. So äußert eine BewohnerIn beispielsweise ihr Bedürfnis, am kulturellen Geschehen außerhalb der Institution mehr Teilhabe zu bekommen. Kultur und Kunst können neue Impressionen ermöglichen und einen Gegensatz zum Alltag in der Institution bilden.

„Na und was ma sonst auch abgeht ist, was ich machen würd, wenn ich könnte, wär zum Beispiel die ganzen Ausstellungen anschauen, oder Konzerte, oder .. irgendwas.“ (Interview B, S. 15/ 457- 458)

Auch hier wird die Korrelation zwischen Mobilität und Autonomie beziehungsweise Selbstständigkeit deutlich. Bei vorhandener Mobilität wären BewohnerInnen auf keine Hilfen angewiesen. Diese Unabhängigkeit und Freiheit wird oft vermisst. Es stellt sich die Frage, ob die Leistungen einer Institution jemals die Unabhängigkeit und Freiheit einer Person ersetzen können. In mehreren Fällen wird außerdem deutlich, dass Betroffene die Institution für ihre Einschränkungen ein Stück weit „verantwortlich“ machen. So wird beispielsweise das infrastrukturelle Defizit eines fehlenden Computers und somit eines Internetzugangs für die informationsbezogene Isolation der Bewohnerin verantwortlich gemacht. An dieser Stelle gerät allerdings das Bewusstsein dafür in den Hintergrund, dass der Computer möglicherweise aufgrund der eingeschränkten Mobilität nicht bedient werden könnte. Möglicherweise stellt es einen gewissen Schutz des Selbstbildes dar, die Institution anstelle der eigenen körperlichen Fähigkeiten als Stör- und Hemmfaktor wahrzunehmen.

„Das sind halt alles so Sachen, die mich einschränken, dass ich da nicht meinen Computer hab und bedienen kann (...) Ja, das nimmt ma meine Selbstständigkeit.“ (Interview B, S. 3-4/ 86- 114)

Eine weitere Abhängigkeit stellt sich in Bezug auf die von der Institution gewährleisteten Angebote ein. So hätten manche BewohnerInnen gerne mehr therapeutische Angebote zur Förderung ihrer Mobilität, müssen sich hier aber den Gegebenheiten anpassen. Es besteht demnach teilweise eine Diskrepanz zwischen den erwünschten und den erbrachten Leistungen der Institution. Auch in Bezug auf die Förderung sozialer Interaktionen mit anderen BewohnerInnen hat die Institution eine gewisse Verantwortung inne. Eine jüngere Bewohnerin merkt an, dass es neben sozialen Zusammenkünften beim Essen, keine weiteren Angebote oder Gelegenheiten für sozialen Austausch gibt.

„Und sonst gibts ja nichts. Gar nix.“ (Interview B, S. 14- 15/ 442- 444)

Der Verlust eigener Fähigkeiten in Bezug auf die Mobilität verstärkt die Abhängigkeit von fremden Hilfestellungen und Leistungen. Zugleich bestehen auch Anforderungen und Erwartungen seitens der jüngeren BewohnerInnen an die Institution. Durch ihre Abhängigkeit kommt es zu Verschiebungen von Verantwortungsbereichen. Manche BewohnerInnen haben aufgrund ihrer bereits bestehenden Erfahrungen in anderen Einrichtungen die Möglichkeit, Vergleiche anzustellen.

Daraus leiten sich bei empfundenen Defiziten, Forderungen ab, inwiefern sich die Versorgungssituation verbessern könnte. So nennt eine Bewohnerin beispielsweise im Zusammenhang mit ihrer eigenen eingeschränkten Mobilität sowohl ihre personenbezogenen Defizite, als auch institutionelle Defizite in Hinblick auf mobilitätsbezogene Angebote. Konkret bezieht sie sich auf die Möglichkeit, andere Blickwinkel und Perspektiven mit Hilfe eines Stehbett einzunehmen.

„(...) dass ma hier nicht stehen kann, weil ich selber kann nimmer, aber ich kenn des, da hats gibts manchmal so ein Stehbett, das kann man sich aufstelln, da werden die Beine irgendwie fixiert und.. weil ich knick so ein, es nicht kann, selber leider nicht durchstrecken... und das war aber ziemlich angenehm, einmal von einem andern Blickwinkel...(...) Und des hams hier nicht und ich find das ist ein Fehler eigentlich, weil vielleicht würden andere Menschen auch gern stehen.“ (Interview B, S. 11/ 325- 332)

Institutionelle Defizite können teilweise aufgrund bereits bestehender Erfahrungen in Bezug auf andere Einrichtungen relativ klar erkannt werden. Aus dem eigenen Versorgungsbedarf kann der Unterstützungsbedarf seitens der Institution abgeleitet werden. Die Institution wird mit einer gewissen „Bringschuld“ in Verbindung gebracht; aus den Defiziten der BewohnerInnen entsteht eine Verantwortung auf Seiten der Institution. Auch in Bezug auf andere Dimensionen des täglichen Lebens sind BewohnerInnen auf Hilfeleistungen angewiesen und von personellen Ressourcen der Institution abhängig.

„Gestern wär ich so so gern rausgegangen, wei es so schön geschneit hat. (...) aber es hat niemand Zeit gehabt.“ (Interview B, S. 5/ 143- 145)

Für Bedürfnisse, die über die normale institutionelle Versorgung hinausgehen, müssen sich die BewohnerInnen individuelle Versorgungsstrukturen organisieren. Diese können auch einen Teil ihrer sozialen Interaktion ausmachen. Angehörigen könnte diese Form der Unterstützung auch das Gefühl geben, etwas tun zu können, um die Lebensqualität der BewohnerInnen zu verbessern. Außerdem kann an dieser Stelle ehrenamtliche Mitarbeit für BewohnerInnen ein wichtiges Angebot sein, da Bedürfnisse erfüllt werden können, die über das Angebot oder die Ressourcen der Institution hinausreichen. Die Beschäftigung mit individuellen Aktivitäten wird von den BewohnerInnen sehr hoch geschätzt und scheint eine hohe Bedeutung zu haben.

3.1.3 Struktur und Raum

Das Verhältnis von Individuum und Umwelt, von BewohnerIn und Institution, wird von jüngeren BewohnerInnen mit eingeschränkter Mobilität oft aus gleichbleibenden räumlichen Perspektiven

wahrgenommen. Räumliche Perspektiven und der erlebte Raum scheinen einen Einfluss auf die Wahrnehmung der Umwelt zu haben. So beschreibt beispielsweise eine Bewohnerin die positiven Auswirkungen davon, auch andere Perspektiven einnehmen zu können:

„(...) und das war aber ziemlich angenehm, einmal von einem anderen Blickwinkel.“
(Interview B, S. 11/ 328- 329)

Veränderungen in der räumlichen Wahrnehmung können sowohl durch einen Wechsel zwischen Liegen und Sitzen, zwischen Bett und Rollstuhl, zwischen Zimmer und Gemeinschaftsraum oder zwischen Gebäude und öffentlichem Raum erzielt werden. Jede Veränderung der räumlichen Umgebung ermöglicht das Erleben einer anderen Normalität und die Wahrnehmung anderer, neuer Reize. Insofern bedeutet der Wechsel von Perspektiven ein Durchbrechen von Routine und Einheitlichkeit.

„Ich komm schon auch raus in so einen Sessel, da bin ich draußen, mache Übungen für meine Füße, für meine Hände, zur Kräftigung (...)“ (Interview A, S. 1/ 31-32)

Neben der Bereicherung durch neue Eindrücke und Reize besitzt der Wechsel der räumlichen Wahrnehmung auch eine strukturierende Funktion.

„Ich bin fast immer draußen. Jeden Tag am Vormittag bin ich draußen. (...) Abgesehen von Therapien bin ich immer draußen.“ (Interview C, S. 3/ 78- 80)

In Form von Ritualen kann Orientierung geschaffen werden, beziehungsweise können bewusste Brüche von Routinen für Abwechslung sorgen.

3.3 Privatsphäre

In der Institution zu wohnen, bedeutet für viele BewohnerInnen eine Einschränkung ihrer Privatsphäre. Besonders im Fall von Mehrbettzimmern beschränkt sich der private Raum jedes einzelnen Bewohners/ jeder einzelnen Bewohnerin auf das eigene Bett und die dazugehörigen Möbelstücke. Hierbei haben vor allem Kästchen und Schränke eine große Bedeutung, weil diese verschlossen werden können. Sie bieten in Hinblick auf eine Abgrenzung von der Öffentlichkeit einen (oft den einzigen) Rückzugsraum. Hier kann privates Eigentum verwahrt werden und ist von der Außenwelt „abgeschirmt“. Das Bedürfnis nach Umhüllung und einem Schutz privater Innenräume kann als menschliches Grundbedürfnis angesehen werden. Erst in der Möglichkeit des Öffnens und Schließens von Räumen kann sich ein Gefühl für individuelle Grenzen des eigenen Ichs manifestieren (vgl. Funke, 2006, S. 132). Durch die Balance zwischen Innen und Außen lassen sich auch die beiden polaren Bedürfnisse nach Allein-Sein und Gemeinschaft verwirklichen. Die

Verhinderung eines Rückzugs durch permanente räumliche Nähe kann Individuen in Spannungs- und Stresszustände versetzen.

3.3.1 Einbett- und Mehrbettzimmer

Sowohl die Wohnsituation im Einbettzimmer, als auch jene im Mehrbettzimmer besitzt Vor- und Nachteile. Jüngere BewohnerInnen berichten, dass sie mit einem Einbettzimmer mehr Autonomie verbinden, da sie sich innerhalb ihres Zimmers ganz nach ihren Bedürfnissen verhalten können. Auch in Hinblick auf die Privatsphäre bietet ein Einbettzimmer mehr Rückzugsraum und Schutz. Eine junge Bewohnerin verbindet mit dem Gedanken an ein Einbettzimmer mehr Motivation, sich um die Wiedergewinnung ihrer Mobilität zu kümmern. Demnach wird die Wohnsituation in einem Mehrbettzimmer durch die damit verbundenen Einschränkungen der Privatsphäre eher hemmend für die Eigeninitiative erlebt. Weiters wird ein Einbettzimmer unter anderem deshalb bevorzugt, weil das Risiko, mit potentiellen MitbewohnerInnen in Konflikte zu geraten, als zu hoch erachtet wird. Die Befürchtung, mit MitbewohnerInnen in ein Zimmer zu kommen, mit denen keine Lösungen fürs Zusammenleben gefunden werden können, ist teilweise auch der Grund dafür, warum BewohnerInnen es vorziehen, im bekannten Mehrbettzimmer zu bleiben, anstatt in ein unbekanntes Zimmer mit weniger Betten zu wechseln. Hier berichtet eine Bewohnerin von negativen Erfahrungen in Bezug auf das Leben im Mehrbettzimmer. Aus ihrer Perspektive scheint es Zufall zu sein, welche BewohnerInnen zusammen wohnen. Somit ist es jedesmal auch gewissermaßen ein Risiko, mit neuen BewohnerInnen zusammen zu kommen.

„(...) am Anfang in einem Zweibettzimmer aber dann hab ich gewechselt in dieses Zimmer und das geht eigentlich, also es könnte ärger sein, sagen wir so, nicht? Ich meine, es könnten gewisse Fälle, sozusagen, sein, wo man nicht mit denen zusammenleben möchte...“ (Interview A, S. 2/ 51- 54)

Eine andere Bewohnerin berichtet von einem Erlebnis, das sie als massive Einschränkung ihrer Autonomie erlebte, da die Mitbewohnerin an vielen Tätigkeiten und Bedürfnissen der jungen Bewohnerin etwas auszusetzen hatte.

„Kommt drauf an, wen man im Zimmer hat, aber vorher war zum Beispiel eine Dame hier, die hat sich über alles aufregt, da hat man nicht einmal lüften dürfen. Fernschaun hab ich nicht dürfen... sie war unmöglich.“ (Interview B, S. 2/ 45- 47)

Die Bedeutung von Teilhabe auf struktureller und institutioneller Ebene wird hier deutlich. Innerhalb eines Mehrbettzimmers bestehen direkte und indirekte Bedürfnisse und Forderungen aller BewohnerInnen. Die Anpassung an kollektive Bedürfnisse erschwert die Selbstständigkeit und kann

belastend erlebt werden. Umgekehrt kann die Unfähigkeit, eigene Bedürfnisse zu verbalisieren, dazu führen, in diesen Bedürfnissen verletzt oder nicht wahrgenommen zu werden. Das Zusammenleben im Mehrbettzimmer wird dann als positiv beschrieben, wenn es möglich ist, eigene Bedürfnisse zu realisieren. Dies hängt im Mehrbettzimmer sehr stark von den jeweiligen MitbewohnerInnen ab; decken sich die Bedürfnisse, beziehungsweise besteht eine gewisse Toleranz, wird dies als positiv und fördernd für das Ausleben der eigenen Autonomie erlebt. Widersprechen sich die Bedürfnisse hingegen, entsteht die Wahrnehmung einer Einschränkung der eigenen Autonomie. Diese Situation kann viel Stress bedeuten. Am Beispiel einer jungen Bewohnerin bedeutet Selbstbestimmung innerhalb eines Mehrbettzimmers, dass sie immer noch manchen ihrer Bedürfnisse nachgehen kann.

„Das ist eben jetzt gar nimmer so, weil die Damen die hier drinnen sind, die schauen entweder nicht oder es stört sie zumindest nicht, wenn ich den Fernseher an mach. Zumindest hat noch nie wer was gesagt.“ (Interview B, S. 2 /52- 54)

Die fehlenden Rückzugsmöglichkeiten innerhalb des Mehrbettzimmers haben im Fall von sozialen Disharmonien ein hohes Konflikt- und Stresspotential (vgl. Funke, 2006, S. 128). Im Mehrbettzimmer bildet sich innerhalb der Struktur der Institution noch einmal ein eigener „Mikrokosmos“ mit eigenen Regeln und einer eigenen Gemeinschaft. Die MitbewohnerInnen stellen sich idealerweise aufeinander ein und es entstehen Strukturen und Regeln des Miteinanders. Es bedarf demnach direkter und indirekter Aushandlungsprozesse, um ein funktionierendes Miteinander entstehen lassen zu können. Gelingt es anhand dieser Aushandlungsprozesse, eine Gemeinschaft entstehen zu lassen, kann dies als Ressource und auch als Gewinn in Hinblick auf die sozialen Ressourcen der BewohnerInnen gesehen werden.

3.3.2 Besitz und Identität in der Institution

Das individuell gestaltete Wohnumfeld hat neben der Funktion der Bedürfnisbefriedigung und Bereitstellung alles Notwendigen und Brauchbaren auch die Funktion der Selbstinszenierung und der Bestärkung der eigenen Identität. Neben seinem praktischen Wert hat Besitz meistens auch eine symbolische Bedeutung (vgl. Funke, 2006, S. 19- 20).

„Alles, was sich angesammelt hat, trägt eine Bedeutung mit sich und hat eine Geschichte. Ja, die eigene Wohnung erzählt unsere Geschichte.“ (zit. n. Funke, 2006, S. 19)

Neben seiner Bedeutung als Schutzraum, welcher Sicherheit und Abgrenzung gewährleistet, hat ein Wohnraum somit auch eine symbolische Bedeutung in Hinblick auf die Identität eines Individuums (vgl. Funke, 2006, S. 20). Im Vergleich zum eigenen Zuhause bringen viele jüngere BewohnerInnen

bewusst nicht viel ihres Besitzes in die Institution mit. Einerseits scheinen die räumlichen Gegebenheiten einen Einfluss darauf zu haben, wie häuslich sich BewohnerInnen einrichten, andererseits unterstützen junge BewohnerInnen ihre Hoffnung, wieder nachhause gehen zu können, indem sie wenig Eigenes in die Institution mitbringen. Viele jüngere BewohnerInnen haben demnach oft bewusst wenig Eigenes in der Institution, um sich von ihr abzugrenzen. Auch mangelnde räumliche Gegebenheiten können ein Grund dafür sein, nicht viel Persönliches in die Institution mitzunehmen. Der durchschnittliche Platz für Persönliches ist zumeist auf das Nachtkästchen und einen weiteren Schrank begrenzt. Hier ist selbstverständlich zwischen den Gegebenheiten eines Ein- und eines Mehrbettzimmers zu unterscheiden.

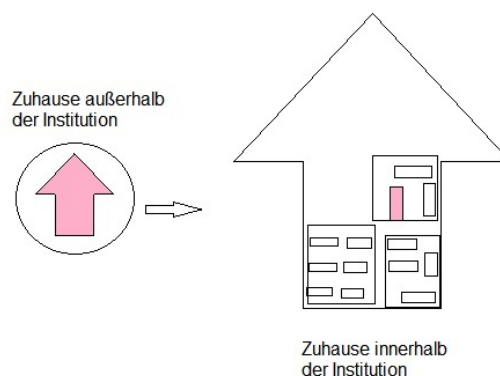


Abb.1: Wohnräume

Auf die Differenzierung zwischen Institution und Zuhause wird im Kapitel „Differenzierung zwischen institutionellen und privaten Wohnverhältnissen“ näher eingegangen. Somit sind viele der täglichen Gebrauchsgegenstände in der Institution Leihgaben, die Eigentum der Institution sind. So beispielsweise Nachthemden, Bettwäsche, Körperpflegeartikel und Besteck. Dadurch reduzieren sich die Grenzen des Individuums und die Institution als solche, erstreckt sich in alle Lebensbereiche. Auch in Bezug auf den Umgang mit Besitz, bemerken BewohnerInnen Unterschiede zum eigenen Zuhause. In der Institution wird mit Besitz anders umgegangen, als es die BewohnerInnen von ihrem Leben vor der Aufnahme in die Institution gekannt haben. Der Umgang mit der Kleidung Verstorbener beispielsweise löst die Grenzen einzelner Individuen auf. Kleidung, die zuvor zur Stärkung der eigenen Identität innerhalb der Institution beitragen konnte, unterstützt bei der Weitergabe an andere BewohnerInnen das Gefühl des Fremd- Seins.

„Weil die Menschen ja, die haben ja unterschiedliche Sachen, die werden schon aufgeteilt untereinander, das Gewand und so, nicht?“ (Interview A, S. 19/ 586- 588)

Der Umgang mit Räumlichkeit und Besitz kann weiters als Inszenierung von

Beziehungsverhältnissen verstanden werden (vgl. Funke, 2006, S. 128- 129). Permanent geöffnete und unverschlossene Räume und weitergegebene Kleidung können die Grenzen zwischen den einzelnen Individuen verwischen und die Anonymität innerhalb der Institution verdeutlichen.

3.3.3 Privat- und Intimsphäre im institutionellen Kontext

Privat- und Intimsphäre sind Themen, die sich in alle Lebensbereiche erstrecken und alle Personen innerhalb eines Systems betreffen. Teilweise sind sie voneinander abgegrenzt, teilweise überlagern sich ihre Grenzen. So werden in etwa beim Eintritt in die geriatrische Einrichtung manche Grenzen der BewohnerInnen aufgelöst beziehungsweise eingeengt und es kommt zu Überlagerungen. Hierbei kann die Privatsphäre als solche zur Intimsphäre werden, indem sich Grenzen verengen und „nach innen“ verschieben. Im Mehrbettzimmer kann es weiters zu dem Phänomen kommen, dass eine „kollektive“ Privatsphäre entsteht, die sich von der „Außenwelt“ der Station abgrenzt. Das Öffnen der eigenen Privatsphäre ist ein Phänomen, das grundsätzlich auf Freiwilligkeit beruht. Im institutionellen Kontext kann es allerdings aus der gegebenen Abhängigkeit und einem Mangel an Alternativen entstehen.

„Man kann sich eigentlich nicht gewöhnen. Aber man muss es.“ (Interview A, S. 26/ 820)

Hier wird auch der Zusammenhang zwischen Mobilität und Privat- beziehungsweise Intimsphäre deutlich. Mit abnehmender Mobilität und steigender Abhängigkeit sinkt gleichzeitig das Ausmaß der eigenen Privat- und Intimsphäre. Die unmittelbare Nähe, in der sich die BewohnerInnen eines Mehrbettzimmers zu einander befinden, konfrontiert jeden/ jede EinzelneN gleich auf mehreren Sinnesebenen (beispielsweise Sehen, Hören, Riechen) mit der permanenten Anwesenheit anderer Personen. Es kann davon ausgegangen werden, dass nicht nur das Sein in der Öffentlichkeit der einen, sondern auch das Bezeugen und Miterleben anderer Personen, die ihre Privat- und Intimsphäre nicht umfassend wahren können, Scham und Unbehagen auslösen kann.

„Also von der Privatsphäre ist alles schwierig...“ (Interview A, S. 26/ 805- 806)

Auch auf Seiten von beruflichen Mitgliedern der Institution kann es durch die bestehenden Abhängigkeitsverhältnisse zu Verletzungen beziehungsweise Einengungen der Privatsphäre kommen. Schamgrenzen können auch hier nicht nur auf Seiten der Personen, die ihre Privat- und Intimsphäre - aus unterschiedlichen Gründen - nicht mehr ausreichend wahren können, sondern auch auf Seiten derer, die dies miterleben, überschritten werden. Die Omnipräsenz dieser Thematik und Problematik wird hiermit deutlich.

3.4 Konfrontation mit Krankheit und Tod

Viele junge BewohnerInnen unterscheiden sehr deutlich zwischen geriatrischen Einrichtungen und einem Krankenhaus. Die geriatrische Einrichtung zeichnet sich unter anderem dadurch aus, dass BewohnerInnen hier oft bis zu ihrem Tod verweilen. Für jüngere BewohnerInnen bringt das Lebensumfeld der Institution hiermit auch eine altersgemäß sonst eher ungewöhnlich intensive Konfrontation mit den Themen Sterben und Tod mit sich. In anderen Einrichtungen, in denen meist eine Heilung angestrebt wird, werden PatientInnen wieder nachhause entlassen. Die Perspektive ist somit eine wesentlich andere. Vor allem im Kontext von Mehrbettzimmern wird seitens der jüngeren BewohnerInnen häufig beschrieben, dass aufgrund der räumlichen Nähe, Krankheitsprozesse der MitbewohnerInnen teilweise sehr intensiv miterlebt werden und es durch die unmittelbare Nähe des Zusammenlebens unumgänglich ist, teilweise sehr intime Einblicke in die Befindlichkeiten der anderen BewohnerInnen zu erlangen. Erfahrungen und Belastungen werden geteilt; somit kann innerhalb eines Mehrbettzimmers im Sinne des Miterlebens der gegenseitigen Belastungen auch eine „Leidensgemeinschaft“ entstehen. Als junge BewohnerIn in einem Mehrbettzimmer kann es dazu kommen, dass nicht nur Situationen des Alltags, sondern auch Momente miterlebt werden, in denen sich elementare Veränderungen im Leben der anderen einstellen. Dies können Verschlechterungen oder Besserungen des Gesundheitszustands, die Entlassung oder aber auch das Sterben von MitbewohnerInnen sein. Aus der Perspektive der jüngeren MitbewohnerInnen werden die verschiedenen Schicksale der BewohnerInnen miterlebt und gewissermaßen begleitet. Neben den jeweiligen Schicksalen kommt es auch zu einem detaillierten Kennenlernen der Bedürfnisse der MitbewohnerInnen. Es wird auch zwischen unterschiedlichen Erkrankungen und deren Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen differenziert. Auch Multimorbiditäten werden erkannt und beobachtet. Die Wahrnehmung der Erkrankungen der MitbewohnerInnen erfolgt zum Großteil „unfreiwillig“, aufgrund der räumlichen Nähe. In der Wohnsituation eines Mehrbettzimmers scheint die Privatsphäre jedes/ jeder einzelnen auf ein Minimum reduziert bis teilweise vollständig eingeschränkt zu sein. Eine junge Bewohnerin bestärkt beispielsweise die These, dass das Beobachten der MitbewohnerInnen großteils ein Unfreiwilliges ist und durch die räumliche Nähe verursacht wird, dadurch, dass sie eher von einem „Sehen“ des Geschehens und weniger von einem „Beobachten“ spricht. Jüngere BewohnerInnen beschreiben, aufgrund ihrer (oft nicht bewusst gewählten) beobachtenden Position innerhalb der Institution eine statische Haltung gegenüber der mehr oder weniger ausgeprägten Fluktuation der MitbewohnerInnen einzunehmen. Es wird beobachtet, wie manche MitbewohnerInnen versterben

und manche wieder nachhause gehen.

„(...) eine lange Zeit ist das, ja. Und ich habe schon viele Bewohner durchlaufen sehen, also manche sind gestorben und manche sind nachhause gegangen, nicht?“ (Interview A, S. 2/ 46-49)

Jüngere BewohnerInnen sehen sich selbst teilweise in der Position von ZeugInnen des Geschehens um sie herum in der Institution. Hierbei muss ein weiteres Mal betont werden, dass das Miterleben der fremden Schicksale hauptsächlich aufgrund der räumlichen Nähe geschieht. Ein Mangel an Alternativen (beispielsweise, wenn keine Einbettzimmer verfügbar sind) zwingt die Betroffenen förmlich dazu, die Krankheit und unter Umständen auch den Tod der anderen mitzuerleben. Die Unmöglichkeit, sich derartigen Erfahrungen zu entziehen, wird häufig als Ohnmacht und Kontrollverlust beschrieben.

„Und ich habe oft (...) (seufzt) wie kann man sagen... ich habe es erlebt, dass Leute sterben... also ich bin gelegen, neben Leute, die sterben.“ (Interview A, S. 2/ 58- 59)

Durch den Zwang der räumlichen Nähe sind jüngere BewohnerInnen unter Umständen gezwungen, den Tod ihrer MitbewohnerInnen mitzuerleben und sich generell mit dem Tod und dem Sterben auseinanderzusetzen. Der potentielle Verlust ist ein permanentes Risiko beim Kennlernen und dem Beziehungsaufbau von älteren MitbewohnerInnen. Das Miterleben der Krankheit scheint für jüngere BewohnerInnen eine gewisse Ambivalenz zu bedeuten: Eine emotionale Involviertheit und ein Mitgefühl, -leid einerseits und den Unwillen des Miterlebens, ein der Situation ausgeliefert-Sein andererseits. Abgesehen von dem Effekt der „Leidensgemeinschaft“, der unter Umständen eine gewisse Verbundenheit zwischen den Betroffenen bedingen kann, werden Erkrankungen der MitbewohnerInnen seitens jüngerer BewohnerInnen häufig eher als einschränkend in Hinblick auf soziale Interaktionen gesehen. Hier scheint es für viele chronisch kranke, junge BewohnerInnen von Bedeutung zu sein, sich nicht mit den MitbewohnerInnen zu identifizieren. Für sie bleibt die Hoffnung bestehen, wieder nachhause entlassen zu werden. Gleichzeitig stellt die Unsicherheit der eigenen Zukunft eine Belastung dar. Jüngere BewohnerInnen beschreiben, aufgrund ihrer (oft nicht bewusst gewählten) beobachtenden Position innerhalb der Institution eine statische Haltung gegenüber der mehr oder weniger ausgeprägten Fluktuation der MitbewohnerInnen einzunehmen. Es wird beobachtet, wie manche MitbewohnerInnen versterben und manche wieder nachhause gehen.

3.5 Differenzierung zwischen institutionellen und privaten Wohnverhältnissen

In der Gruppe der jungen BewohnerInnen im Pflegewohnhaus ist es ein verbreitetes Phänomen, sich in der Institution nicht zuhause zu fühlen. Es wird häufig beschrieben, dass bei Eintritt in die Institution eine Differenz zwischen eigenen Einstellungen und denen der BewohnerInnen wahrgenommen wurde. Jüngere BewohnerInnen tendieren dazu, Wohnen und Zuhause für sich anders zu definieren. Durch den erlebten Unterschied zu den Einstellungen innerhalb der Institution kommt es zu Abgrenzungen seitens der jüngeren BewohnerInnen.

3.5.1 Institutionsinterne Bedeutungen des Wohnens

Innerhalb der Institution kann häufig eine eigene Sprachkultur wahrgenommen werden, die sich in vielen Lebensbereichen zeigt. Unter anderem transportiert sie auch Einstellungen, die die Institution als Lebensraum definieren. Die Konfrontation mit dieser anfangs noch als fremd erlebten Alltagssprache, löst bei jüngeren BewohnerInnen bei Eintritt in die Institution Verunsicherung aus; bestehende Begrifflichkeiten müssen erst neu verstanden werden. Benennungen verschieben sich in der Alltagssprache und teilweise werden Begrifflichkeiten anders verwendet.

„Und wenn sie dann so sagen- ich hab mir überlegt, was heißt denn das, am Anfang- sie sagen immer >Wir gehen nachhause!<- die gehen ja goa ned ham! I versteh das ned! Und das hat geheißen: ich geh ins Zimmer, ins Bett. (...)Da hab ich mir gedacht: Was reden die da immer? Ich mein das ist ja nicht das Zuhause, das ist ja ganz woanders, das ist ja eigentlich ein Krankenzimmerbett, nicht?“ (Interview A, S. 13/ 393- 405)

Die Neuinterpretationen von Begriffen kann unter Umständen damit zusammenhängen, dass viele der älteren Menschen, die in der Institution leben, tatsächlich keinen anderen Wohnort mehr haben und ihren Aufenthalt in der Einrichtung als langfristig sehen.

„(...) ich fühle das nicht, also ich fühle mich nicht zuhause da. Also... ich weiß, dass ich... hm... ich bin zwar schon lange hier, aber es ist nicht mein Zuhause. Mein Hirn denkt noch anders, ja... (...)“ (Interview A, S. 17/ 528- 530)

Jüngere BewohnerInnen halten sehr häufig an der Hoffnung fest, wieder nachhause gehen zu können. Die unterschiedlichen Begrifflichkeiten lassen sich demnach auch durch unterschiedliche Lebenswelten erklären, die innerhalb der Institution auf diese Weise aufeinander treffen.

3.5.2 Institutionsexterne Bedeutungen des Wohnens

Die jüngeren BewohnerInnen definieren ihren Wohnort oft trotz mehrjährigem Aufenthalt in der Institution als außerhalb der Einrichtung. Der Aufenthalt in der Institution stellt somit im subjektiven Lebenskonzept vieler jüngerer BewohnerInnen eine Übergangsphase und keine dauerhafte Lösung dar. Auf diese Weise kommt es zu klaren Abgrenzungen von den älteren

BewohnerInnen.

„Für mich ist das ein Krankenzimmerbett, nicht? Und die ganze Umgebung ist Krankenhaus. (...) Auch wenn das ein Geriatriezentrum ist und hier eine Demenzstation ist, das ist Krankenhaus. (...) Des kann ma goa ned sagen, des is jetzt was anderes- für mi is des Krankenhaus!“ (Interview A, 13/ 405- 416)

Die Zeit, die bereits in der Institution verbracht wurde, hat oft kaum oder gar keinen Einfluss auf das Gefühl, in der Institution zuhause zu sein. Eine Bewohnerin berichtet, dass sie das Gefühl hat, als wäre sie in der Zeit, in der sie gesund war, altersmäßig stehen geblieben. Dies unterstützt die These, dass das Leben in der Institution seitens der jungen BewohnerInnen nicht als Alltag wahrgenommen, sondern oft unabhängig von der Aufenthaltsdauer als Ausnahmezustand und Übergangslösung erlebt wird. Eine andere Bewohnerin wiederum berichtet, dass die in der Institution verbrachte Zeit in ihrer Wahrnehmung sehr schnell vergeht. Es scheint so, als wäre ihr nicht zu jedem Zeitpunkt bewusst, wie lange sie schon in der Institution versorgt wird.

„Ein Jahr schon (...). Mir is selber schlecht geworden, wie ich unlängst darüber nachgedacht hab.“ (Interview B, S. 6/ 161)

An ein Zuhause werden bestimmte Anforderungen gestellt, die nicht vollständig von der Institution erfüllt werden können. Mit dem Begriff des Zuhauses wird auch Eigentum an sich in Verbindung gebracht; die Wohnung stellt einen eigenen, privaten Raum dar, der mit individuellen Dingen befüllt ist (vgl. Funke, 2006, S. 20). In einem privaten Raum kann selbstständig verfügt werden und eine eigene Ordnung verwirklicht werden. Individuelle Ordnungssysteme ermöglichen wiederum Überblick und Kontrolle. Dies steht im Gegensatz zum erlebten Kontrollverlust, der oft mit dem Leben in der Institution in Verbindung gebracht wird. Bei vielen BewohnerInnen, vor allem jenen, die nicht in einem Einzelzimmer wohnen, äußert sich diese bewusste Abgrenzung von der Institution auch dadurch, dass wenig private Gegenstände in die Institution mitgenommen werden.

„Na es ist nicht heimelig, weil es nicht mein Zuhause ist, ich kann das nicht anders beschreiben (lacht). (...) Ein Zuhause ist etwas anderes, das ist... Ein Zuhause ist eine, sagen wir mal, eigene Wohnung und die ganzen Sachen, was man hat.“ (Interview A, S. 19/ 582-586).

Das Einleben in der Institution kann für das Wohlbefinden und die Lebensqualität von Bedeutung sein. Im Fall der jüngeren BewohnerInnen scheint es bedeutsam zu sein, sich bewusst von der Institution abzugrenzen.

3.6 Die Institution als Lebensraum: Fazit

Die Bedeutung der Betrachtung eines Individuums im Kontext seines sozialen Umfelds manifestiert sich im Person-in-Environment Modell. Sowohl Stressoren, als auch Ressourcen lassen sich auf das soziale Umfeld und seine Wechselwirkungen mit der einzelnen Person zurückführen (vgl. Pauls, 2011, S. 70). In diesem Sinne lässt sich auch das Phänomen der Krankheit und seine jeweilige Bewältigung auf die Beziehung zwischen sozialem Kontext und Individuum und seine soziokulturelle Einbettung zurückführen (vgl. Gahleitner, 20120, S. 8). Individuen bewerten ihre Umgebung permanent und setzen sich dazu in Relation. Insofern wirkt das soziale Umfeld identitätsstiftend und –definierend. Weiters beeinflussen soziale Netzwerke und Unterstützungssysteme, sowie der gesellschaftliche Kontext das Verhalten eines Individuums (vgl. Pauls, 2011, S. 71). Das institutionelle Umfeld als Lebens- und Wohnraum der befragten Zielgruppe beinhaltet Ressourcen und Belastungen, die aufgrund ihrer Besonderheit - verglichen mit einem extramuralen sozialem Umfeld - in diesem Kapitel Beachtung finden. Der stark strukturierende Charakter der Institution, der sich einerseits in zeitlich-organisatorischen und andererseits in räumlichen Dimensionen bemerkbar macht, wurde von den Betroffenen häufig betont. Zeitliche Strukturen wurden einerseits einschränkend in Hinblick auf die eigene Autonomie, andererseits auch als stützend und strukturierend empfunden. Räumliche Dimensionen zeichneten sich vor allem durch räumliche Vorgaben des Wohnens (Ein- bzw. Mehrbettzimmer) und durch die stark normierte Gestaltung der Räumlichkeiten ab. Jüngere BewohnerInnen berichteten von Strukturen und Anforderungen, die sich - besonders im Mehrbettzimmer - durch das Zusammenleben mit den MitbewohnerInnen ergeben. Die starke Reduktion der eigenen Privatsphäre und fehlende Rückzugsmöglichkeiten bedeuten für viele der Betroffenen sozialen Stress. Speziell bei unterschiedlichen Bedürfnissen kann die permanente räumliche Nähe als einschränkend in Bezug auf die eigene Autonomie und Individualität wahrgenommen werden. Oft bedarf es komplexer Aushandlungsprozesse, um ein funktionierendes Miteinander im Mehrbettzimmer zu erarbeiten. Gelingt dies, kann eine Gemeinschaft entstehen, die als Ressource angesehen werden kann. In Bezug auf die normierte Gestaltung der Räumlichkeiten beschreiben viele der Betroffenen, durch die räumlichen Vorgaben und die geringen Gestaltungsmöglichkeiten Einschränkungen in ihrer Identität und Individualität zu erleben. Andererseits wird auch beschrieben, teilweise bewusst nicht viel Privates in die Institution mitzubringen, um sich von ihr abzugrenzen und sie somit nicht als eigenes „Zuhause“ zu definieren. Es bildete sich die These, dass das Leben in der Institution von den jüngeren BewohnerInnen nicht als Alltag akzeptiert wird. Vielmehr wird es als

Ausnahmezustand und Übergangslösung betrachtet. Hier besteht möglicherweise ein Zusammenhang mit subjektiven Lebenskonzepten der Betroffenen, die für die eigene Zukunft noch Veränderungen der Wohnform vorsehen. Weiters werden Freiräume und Hobbies positiv bewertet und scheinen Identität und Selbstwirksamkeit zu stärken. Hierbei kommt besonders der Beschäftigung mit verschiedenen Medien, allem voran dem Fernsehen, große Bedeutung zu. Generell zeichnet sich eine markante Korrelation zwischen Mobilität und Autonomie ab. Der Verlust der eigenen Mobilität verstärkt die Abhängigkeit von fremden Unterstützungsleistungen. Obwohl Betroffene aus dem Umfeld der Institution sehr umfangreiche Unterstützung erhalten, bestehen Bedürfnisse, die unerfüllt bleiben. Diese beziehen sich vor allem auf sozio-kulturelle Teilhabe, Privatsphäre und Autonomie.

4. Chronische Erkrankungen

Die Beschäftigung mit dem Verlauf chronischer Erkrankungen stellt eine basale Voraussetzung für die psychosoziale Betreuung Betroffener und die damit einhergehende Förderung von Bewältigungsprozessen dar. Nach einer Bestimmung grundsätzlicher Begriffe zu den Themen Gesundheit, Krankheit und im Speziellen der chronischen Erkrankung, soll die Theorie des Trajektkonzepts beschrieben werden, welche sich mit dem Verlauf chronischer Erkrankungen beschäftigt. Zu den jeweiligen Phasen des Krankheitsverlaufs wurden empirische Ergebnisse als Ergänzung hinzugefügt. Weiters sollen einerseits die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien und andererseits ausgewählte Aspekte der Stressforschung beschrieben werden.

4.1 Begriffsbestimmungen

Die WHO definiert Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und somit nicht allein die Abwesenheit von Krankheit (vgl. WHO, 2009, S. 1). Durch diese Definition wird die soziale Dimension von Gesundheit anerkannt und postuliert. Damit umfasst der Gesundheitsbegriff wesentlich mehr, als das Funktionieren des Organismus auf rein physiologischer Ebene (vgl. Pauls, 2011, S. 89). Im Folgenden sollen die drei Manifestationsebenen in Form des bio-psycho-sozialen Modells beschrieben werden. Im Anschluss soll die Salutogenese als Gegenpol zum medizinisch-pathogenetischen Krankheitsverständnis Beachtung finden. Abschließend wird auf das Phänomen der chronischen Erkrankung als solcher eingegangen.

4.1.1 Das bio-psycho- soziale Modell

In diesem Krankheitsmodell werden erstmals auch soziale Faktoren in die Erforschung von

Krankheitsursachen und Einflussfaktoren auf die Gesundheit einbezogen. Das Modell geht auf George Libman Engel zurück und wurde in den 1970-er Jahren entwickelt (vgl. Pauls, 2011, S. 98). Im Sinne dieses Verständnisses ist das Individuum einerseits ein Mitglied und Bestandteil umfassender Systeme und besteht andererseits selbst aus zahlreichen Subsystemen.

„Der Grundgedanke dieses Modells besteht darin, dass alle drei Bedingungen - die biologisch-organische, die psychische und die soziale - in sich kontinuierlich ändernden Wechselbeziehungen stehen und aus diesen Faktoren und deren Veränderungen sich Entwicklung und Verlauf von Störungen erklären lassen.“ (zit. n. Jungnitsch, 1999, S. 31)

Die biologische Dimension der Gesundheit wird durch die Ebenen des Hormonsystems, des Nervensystems und des Immunsystems bestimmt, die in jeweiligen Wechselwirkungen zueinander stehen. Die psychische Dimension beinhaltet die Ebenen des Verstandes, des Verhaltens und der Gefühle. Auch hier bestehen Wechselwirkungen. Die soziale Dimension bezeichnet die Ebenen der Familie, der Gemeinde und des Staates, auch hier wirken die einzelnen Ebenen aufeinander. Neben den Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Ebenen der Dimensionen des bio-psycho-sozialen Modells bestehen außerdem Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Dimensionen. Demnach können in Bezug auf die Gesundheit und das Wohlbefinden eines Individuums sowohl psychobiologische, psycho-soziale, bio-psychologische, bio-soziale, als auch sozio-psychologische und sozio-biologische Phänomene als einflussnehmende Faktoren betrachtet werden. Die verschiedenen Dimensionen von Gesundheit beinhalten demnach Subsysteme, die sich aus unterschiedlichen Ebenen zusammensetzen. Bei der Aufschlüsselung bio-psycho-sozialer Phänomene ist demnach einerseits auf die Zusammenhänge zwischen den einzelnen Dimensionen und andererseits zwischen den jeweiligen Ebenen der Subsysteme zu achten (vgl. Pauls, 2011, S. 99, vgl. auch Ortmann/ Röh, 2012, S. 231).

4.1.2 Salutogenese

Im Gegensatz zu der Fragestellung nach den Ursachen von Erkrankungen, stellt die Salutogenese die Frage nach den Faktoren, die ein Individuum gesund erhalten. Nach Aaron Antonovsky wird die salutogenetische Sichtweise der pathogenetischen gegenübergestellt (vgl. Pauls, 2011, S. 102; Antonovsky, 1997, S. 29- 31). Indem die Salutogenese ihre Aufmerksamkeit auf die Person in ihrer jeweiligen Lebenssituation richtet, ermöglicht sie eine Perspektive, die über das Krankheitsbild an sich hinausreicht. Im salutogenetischen Konzept sind Abweichungen ein Teil der Normalität. Dies wird ergänzend dadurch erklärt, dass der Gesundheitszustand eines Individuums nicht länger durch die Zugehörigkeit zu einem der beiden Pole der Gesundheit und der Krankheit definiert wird.

Vielmehr wird angenommen, dass Gesundheit und Krankheit durch ein Kontinuum verbunden sind, auf dem sich ein Individuum fließend bewegt. Diese Annahme wird auch als „Gesundheits-Krankheits- Kontinuum“ bezeichnet (zit. n. Antonovsky, 1997, S. 23).

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund. Der salutogenetische Ansatz sieht vor, dass wir die Position jeder Person auf diesem Kontinuum zu jedem beliebigen Zeitpunkt untersuchen.“ (zit. n. Antonovsky, 1997, S. 23).

Es wird davon ausgegangen, dass ständig unterschiedliche Stressoren aus der Umwelt eines Individuums auf es einwirken. Dadurch wird es vor die Herausforderung gestellt, ständig aktive Gegenbewegungen in Richtung der Homöostase zu leisten. Damit ist die Gesundheit oder die Krankheit eines Individuums immer als relativ zu bewerten. Der Ausgleich und die Balance des eigenen Systems ist somit eine aktive Leistung, die mit Hilfe verschiedenster verfügbarer Ressourcen erfolgt (vgl. Pauls, 2011, S. 103). Die Aufmerksamkeit salutogenetischer Forschungen richtet sich auf die Fragestellung, was Individuen, die bestimmten Belastungen ausgesetzt sind, gesund erhält. Dabei werden besonders die Bewältigungsstrategien abweichender Individuen auf die Fragestellung hin fokussiert, was die Betroffenen trotz bestimmter Belastungen gesund erhält (vgl. Antonovsky, 1997, S. 28-29). Der Zustand der Gesundheit ist demnach ein labiles Gleichgewicht, dass es durch passende und aktiv angewandte Strategien aufrecht zu erhalten gilt.

„Entscheidend ist die Fähigkeit des Organismus bzw. des Individuums (und des sozialen Systems), ihre „Ordnung“ aufrechtzuerhalten bzw. ständig wieder herzustellen.“ (zit. n. Pauls, 2011, S. 105)

Somit wird im Sinne der Salutogenese eine einheitliche Definition des Gesundheitszustands abgelehnt. Das Konzept beinhaltet neben dem „Gesundheits- Krankheits- Kontinuum“ weiters den Ansatz des Kohärenzgefühls. Dieses kann als immanente Einstellung des Vertrauens betrachtet werden, welches darauf aufbaut, dass erlebte Stressoren und Belastungen grundsätzlich verstehbar, handhabbar und sinnhaft sind (vgl. Antonovsky, 1997, S. 33- 36). Ein ausgeprägtes Kohärenzgefühl ist nicht mit einzelnen Bewältigungsstrategien gleichzusetzen, sondern stellt für betroffene Individuen die Fähigkeit dar, der Situation und den jeweiligen Belastungen entsprechend zu reagieren. Hierzu gehört einerseits eine Bewertung und Einschätzung des eigenen Bewältigungs- und Ressourcenpotentials und andererseits der spezifischen Belastungssituation an sich (vgl. Pauls, 2011, S. 107; Dettmers/Spreng, 2007, S. 6).

4.1.3 Chronische Erkrankungen

Chronische Krankheiten werden als Erkrankungen verstanden, die sich durch langsame Entwicklung und schleichenden Verlauf, sowie durch anhaltende Krankheitszustände auszeichnen (vgl. Springer, 2004, S. 386). Die Komplexität chronischer Erkrankungen zeigt sich zusätzlich zu ihrem unberechenbaren Verlauf in ihren weitreichenden Konsequenzen, die sich in fast alle Lebensbereiche erstrecken (Corbin/ Strauss, 2004, S. 52).

„Die Komplexität ist vor allem Resultat dessen, dass chronische Krankheiten selten auf physiologische Krankheitseinbußen beschränkt bleiben. Immer gehen sie mit psychischen, sozialen, biografischen und oft auch ökonomischen Konsequenzen einher und ziehen zudem weit reichende Folgen für das Alltags-, Berufs- und auch Familienleben nach sich.“ (zit. n. Corbin et al., 2009, S. 66-67).

In späteren Phasen treten oft zusätzliche Begleiterkrankungen auf und es kommt häufig zu sogenannten erworbenen Behinderungen. Damit werden körperliche Einschränkungen bezeichnet, die sich in Folge eines Krankheitsprozesses einstellen. Obwohl der Begriff der Behinderung somit zum Teil auch auf die Zielgruppe dieser Forschungsarbeit zutrifft, lässt es sich im Sinne der Forschungsfrage und des theoretischen Rahmens besser in die Arbeit integrieren, die Zielgruppe anhand ihres spezifischen Kriteriums- der chronischen Erkrankung- zu definieren und die damit verbundenen Einschränkungen in diesem Zusammenhang zu beschreiben. Die durch Begleiterkrankungen und die damit verbundenen Beeinträchtigungen verursachte Multimorbidität führt dazu, dass sich die unterschiedlichen Krankheits- und Bewältigungsphasen zu überschneiden beginnen. Die psycho-sozialen Belastungen, die mit chronischen Erkrankungen einhergehen, können sehr massiv sein. Durch die Auswirkungen der Erkrankung auf nahezu alle Lebensbereiche stehen Betroffene häufig vor der Herausforderung, ein neues Lebenskonzept zu finden (vgl. Dettmers/ Spreng, 2007, S. 4; Corbin/ Strauss, 2004, S. 24). Oft kommt es im Rahmen dieser unterschiedlichen und parallel laufenden Krankheitsprozesse zu vielfältigen Versorgungsleistungen, auf die Betroffene angewiesen sind. Im Zuge dessen können lange „Versorgungskarrieren“ entstehen, wobei es zu Über-, Unter- und Fehlversorgungen kommen kann (vgl. Corbin et al., 2009, S. 67). Der Koordination von Hilfeleistungen kommt daher im Sinne einer positiven Gestaltung und Begleitung des Krankheitsverlaufs eine besonders große Bedeutung zu. Anselm Strauss entwickelte zum Verständnis des Verlaufs chronischer Erkrankungen das sogenannte Trajektkonzept. Dieses führt von den bis dahin weit verbreiteten pathogenen Krankheitskonzepten weg und erklärt das Phänomen chronischer Erkrankungen erstmals objektiv als „soziales Phänomen“ (zit. n. Corbin et al., 2009, S. 70). Weiters berücksichtigt das Konzept die Sichtweisen der Betroffenen und

Erkrankten und schreibt ihnen im Sinne von Empowerment und Selbstwirksamkeit wesentliche Bedeutung im Prozess der Krankheitsbewältigung zu (vgl. Corbin et al., 2009, S. 70).

4.2 Das Trajektkonzept

Der Begriff „Trajekt“ benennt die Laufbahn eines Objektes, deren Ausrichtung allerdings nicht klar vorhersehbar ist, weil sie von verschiedenen Einflüssen abhängig ist; „Einflüssen, die dem Verlauf seine spezifische Prägung und Gestalt geben“ (zit. n. Corbin et al., 2009, S. 64). Dem sozialen Umfeld sowie der gesamten Umgebung kommt in diesem Konzept somit eine entscheidende Bedeutung zu. Der hier verwendete Begriff des „Krankheitsverlaufs“ geht über die medizinische Bedeutung einer regulären Vorhersage des Verlaufs einer Erkrankung hinaus.

„Der Begriff Verlaufskurve weist nicht nur auf die potentielle physiologische Entwicklung der Krankheit hin, sondern auch auf die Arbeit, die zu deren Bewältigung erforderlich ist, auf die Auswirkungen der Krankheit und auf die Veränderungen im Leben des Kranken und seiner Familie, was sich dann wieder auf deren Bewältigung der Krankheit selbst auswirkt.“ (zit. n. Corbin/ Strauss, 2004, S. 64)

Demnach wird der Krankheitsverlauf als interaktiv gesteuerter Prozess verstanden, den alle beteiligten AkteurInnen aktiv gestalten können (vgl. Corbin/ Strauss, 2004, S. 50). Das Trajektkonzept beinhaltet die folgenden Phasen: Das Vortrajekt, den Trajektbeginn, die Phase der Krise, die akute Phase, die Phase der (Re-)Stabilisierung, die stabile Phase, die instabile Phase, die Abwärtsentwicklung und das Sterben (vgl. Corbin et al., 2009, S. 65- 66).

4.2.1 Krankheitsbeginn

Das Vortrajekt im Trajektmodell nach Strauss beschreibt die Zeit vor der Manifestation und der Diagnose der Erkrankung. Erste auftretende Symptome werden kognitiv vermieden und es wird möglichst lange versucht, diese in die (noch) bestehende Normalität zu integrieren (vgl. Corbin/ Strauss, 2004, S. 39- 43). Eine Bewohnerin beschreibt, dass sie bereits vor der Diagnosestellung wusste, dass sich ihr Gesundheitszustand radikal verändert hatte. Sie berichtet von einer Art Vorahnung, die sich auf die Schwere der Erkrankung bezog, noch bevor sich die Erkrankung in ihrem vollen Ausmaß manifestiert hatte oder eine Diagnose gestellt worden war. Wachsen die Belastungen und die mit der Erkrankung einhergehenden Einschränkungen, können Betroffene es ab einem bestimmten Zeitpunkt nicht mehr vermeiden, externe Hilfen zu mobilisieren. Die Phase des Trajektbeginns bezeichnet den Erstkontakt zu einem externen Hilffssystem und markiert somit zumeist den Zeitpunkt der Diagnosestellung, was oft zugleich als Beginn der Verlaufskurve gesehen wird (vgl. Corbin et al., 2009, S. 65). Eine Bewohnerin beschreibt den Übergang von informellen

Hilfssystemen (Familie, Freunde) zu formellen Hilfen (Pflegewohnhaus) als schlagartig und plötzlich. Das Verlassen der Wohnung und somit auch einer gewissen Eigenständigkeit, in der Notfallsituation einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes, stellt sich als Übergang in einen neuen Lebensabschnitt heraus, da es den Übergang in die institutionelle Versorgung kennzeichnet.

„Ich stehe bei der Stufe und kann nicht mehr hinuntersteigen. Und dann war es aus für meine Füße! (...) Von einer Minute auf die andere...!“ (Interview A, S. 14/ 440- 443)

In jedem Fall erfordert eine chronische Erkrankung einen neuen Entwurf bestehender Lebenskonzepte (vgl. Bury, 2009, S. 77; Corbin/ Strauss, 2004, S. 66).

„(...) ich hab auch nicht gewusst... mit 45 hab ich das bekommen, da ist das mit meinen Füßen passiert, das hab ich mir auch nicht gedacht...“ (Interview A, S. 10- 11/ 318- 321)

Chronische Erkrankungen stellen eine Erfahrung dar, die bestehende Alltagstrukturen und deren Normalität destruieren kann (vgl. Bury, 2009, S. 77). Im Fall eines - wenn auch eher seltenen - akuten Krankheitseintritts ereignet sich unter Umständen auch der Übergang von der früheren Wohnform des Zuhauses in die institutionelle Wohnform sehr plötzlich. Somit stellen sowohl die Krankheitsbewältigung, als auch die Bewältigung des Überganges vom Zuhause in die Institution, weitreichende Herausforderungen für Betroffene dar.

4.2.2 Akute und krisenhafte Phasen

Die Phase der Krise (vgl. Corbin et al., 2009, S. 65) tritt oft gleichzeitig mit der Diagnosestellung in Erscheinung; sie übersteigt bestehende Bewältigungskompetenzen und bedarf häufig psychosozialer Interventionen. In dieser Phase des Trajektkonzepts zeigt sich das Verlaufskurvenpotential. Akute Phasen im Verlauf chronischer Erkrankungen bezeichnen Krankheitssituationen, in denen neue Problematiken auftreten und die Belastungen somit gesteigert werden (vgl. Corbin et al., 2009, S. 65). Im Krankheitsprozess kommt es zu weitreichenden Verlusterfahrungen. Die erlebten Defizite können dazu führen, dass stark pathogenetische Selbstkonzepte entstehen. Kontinuierlich wiederkehrende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes konfrontieren Betroffene permanent mit ihren Verlusten. Die Auswirkungen der Erkrankung auf viele Lebensbereiche muss akzeptiert werden. Neben den lokalen Auswirkungen hat die Erkrankung Einfluss auf viele andere Bereiche des Seins.

„ (...) in der Vergangenheit zu leben ist, das ist auch nicht gut, das ist... schlecht. Das ist für einen selber nicht gut mit der Vergangenheit, das war einmal und das war eben. Und das kann man nicht mehr zurückholen und diese Momente sind Vergangenheit, immer.“ (Interview A, S. 11/ S. 321- 324)

Der zunehmende Verlust körperlicher Fähigkeiten kann zu Gefühlen der Unzufriedenheit, Wut und Ohnmacht führen. Sowohl emotionaler Rückzug, als auch emotionale Ausbrüche können hier ausgelöst werden. Verlusterleben ist im Kontext chronischer Erkrankungen ein präsentes Phänomen. In Bezug auf zeitliche Dimensionen und Entwicklungen und den Vergleich von Vergangenheit und Gegenwart existieren starke Bewertungen. Die Vermeidung der Konfrontation mit der Vergangenheit kann einerseits als Akzeptanz der Gegenwart gewertet werden, andererseits kann sie auch Verdrängung und die Ausblendung vorhandener Ressourcen aus der Vergangenheit bedeuten. In einigen Gesprächen wurde der Eindruck vermittelt, dass BewohnerInnen einen Bruch zwischen ihrer gegenwärtigen Situation in der Institution und ihrem früheren Leben wahrnehmen (vgl. Kapitel 5.2 Bewältigung im Sinne der „Biografischen Körperkonzeptionen“ nach Corbin und Strauss). Durch diesen Bruch kann ein positiver Bezug zur Vergangenheit verhindert sein. Verlusterlebnisse können vor allem dann stark in den Vordergrund treten, wenn Funktionen und Fähigkeiten akut verloren werden. Gegenüber der Macht der vergehenden Zeit und der fortschreitenden Erkrankung wird ein Empfinden der Ohnmacht kommuniziert. Bestimmte Ereignisse überschreiten den eigenen Kontroll-, Einfluss- und Machtbereich. Hieraus ergeben sich wesentliche Denkanstöße für die psychosoziale Arbeit mit Betroffenen in ähnlichen Situationen wie der dieser Zielgruppe. Betroffene in akut krisenhaften Phasen haben einen hohen Bedarf an psychosozialer Intervention. Speziell bei weit fortgeschrittenen Verlusten gilt es auf Seiten der Gesundheitsberufe sehr aufmerksam zu sein, da Gefühle der Verzweiflung und Überforderung oft nicht mehr vollständig artikuliert werden können. Die Auseinandersetzung mit dem Thema des Sterbens hat sich generell als präsent gezeigt.

4.2.3 (Re-)Stabilisierung

Nach dem Trajektkonzept schließt an krisenhafte Phasen bei ausreichend vorhandenen Ressourcen zumeist eine (Re-)Stabilisierungsphase an, die es wiederum ermöglicht, sich an die neuen Belastungen zu adaptieren. Diese Phasen erfordern die Aktivierung und Nutzung einer Vielzahl von vorhandenen Ressourcen.

„Der Begriff Verlaufskurve weist nicht nur auf die potentielle physiologische Entwicklung der Krankheit hin, sondern auch auf die Arbeit, die zu deren Bewältigung erforderlich ist.“ (zit. n. Corbin/Strauss, 2004, S. 64)

Für die Stabilisierung krisenhafter Phasen ist es von elementarer Bedeutung, zu erkennen, in welcher Phase sich Betroffene gerade befinden. Die erfolgreiche Bewältigung der gestellten Anforderungen und erlebten Belastungen ist davon abhängig, wie erfolgreich die Ressourcen

professioneller und informeller Hilfsinstanzen miteinander kombiniert werden (vgl. Corbin/Strauss, 2004, S. 65). Wird durch diesen Bewältigungsprozess eine weitgehende Stabilisierung erreicht, zeichnen sich stabile Phasen dadurch aus, dass eine individuelle Normalität wiedergefunden werden kann und es Betroffenen möglich ist, ihr Leben trotz der Einschränkungen weiterzuführen (vgl. auch Kapitel 5.2 Bewältigung im Sinne der „Biografischen Körperkonzeptionen“ nach Corbin und Strauss). Eine Bewohnerin beschreibt, dass sie genau in ihrem Widerstand gegen die Akzeptanz ihrer Defizite die notwendige Motivation finde, um weiterhin an der Verbesserung ihres Gesundheitszustandes zu arbeiten. Die Unzufriedenheit mit der eigenen Situation und den erlittenen Defiziten kann demnach auch motivierend wirken, wenn eine Hoffnung besteht, den Zustand wieder zu verbessern, beziehungsweise weiteren Verschlechterungen vorzubeugen. Ebenso die Hoffnung, wieder selbstständiger zu werden und eventuell wieder nachhause gehen zu können, stellt einen sehr präsenten Motivator dar. Erneute instabile Phasen können wiederum zu neuen (Re-)Stabilisierungen oder aber zu weiteren Krisen führen. Dieser Kreislauf kann - abhängig von den Entwicklungen der Erkrankung - immer wieder ausgelöst werden. Es bleibt zu beachten, dass die Anzahl der einzelnen Phasen, sowie ihre jeweilige Dauer nicht berechenbar sind. Diese unvorhersehbare Verlaufsdynamik ist charakterisierend für chronische Erkrankungen (vgl. Corbin et al., 2009, S. 65- 66; Corbin/ Strauss, 2004, S. 64- 65).

„Unsicherheit betrifft sowohl das Wissen über Einfluss und Verlauf der Krankheit als auch darüber, welches Verhalten der Erkrankung angemessen ist.“ (zit. n. Bury, 2009, S. 80)

Die damit einhergehende Unsicherheit ist für viele Betroffene besonders belastend und erfordert laufend neue Anpassungen an die aktuelle Krankheitssituation.

4.3 Subjektive Krankheitstheorien

Aus medizinischer Perspektive werden Krankheiten vorwiegend als objektive Phänomene betrachtet und demnach auch so behandelt. Der Patient /die Patientin begibt sich im Rahmen der institutionellen Versorgung somit in ein Abhängigkeitsverhältnis, in dessen Rahmen ihm/ ihr einerseits das Krankheitsbild und die jeweiligen Prognosen erklärt werden, andererseits eine bestimmte Behandlung empfohlen und ausgeführt wird (vgl. Faltermaier, 2009, S. 207). Im Sinne eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses ist es allerdings unumgänglich, Gesundheit und Krankheit ebenso aus subjektiver Perspektive der Betroffenen zu verstehen.

„Eine Krankheit kann einen biographischen Einschnitt im Lebenslauf eines Menschen darstellen, eine Krankheit wird vom Individuum in einmaliger Weise erlebt, sie löst spezifische Emotionen und Reflexionen aus, die Betroffenen (und ihre Angehörigen) verhalten sich

jeweils zu ihrer Erkrankung, den Beschwerden und Behandlungsmaßnahmen, und eine Krankheit, zumal wenn sie schwerwiegend und längere Zeit andauert, löst psychische und soziale Prozesse aus, die sogar die Identität der kranken Person verändern können.“ (zit. n. Faltermaier, 2009, S. 207)

Der institutionelle Versorgungs- und Behandlungsprozess bringt BewohnerInnen/ PatientInnen häufig in die passive Situation des Behandelt- Werdens. Dabei muss allerdings berücksichtigt und im Sinne der Planung und Umsetzung bio-psycho-sozialer Interventionen bedacht werden, dass es sich bei Betroffenen zu jedem Zeitpunkt um Subjekte handelt, die in „sozialen, biographischen und gesellschaftlichen Kontexten“ eingebettet sind und eigene Theorien bezüglich ihrer Erkrankungen konstruieren. Diese subjektiven Theorien haben ihrerseits wieder einen Einfluss auf die Bewertungen der betroffenen Situation, die Auswahl der Bewältigungsstrategien und letztendlich den Coping-Erfolg und das Compliance-Verhalten. Die sogenannten „kognitiven Repräsentationen“ einer Erkrankung wirken sich demnach auf das Verhalten der Betroffenen und den Umgang mit den Belastungen aus, wobei allerdings beachtet werden muss, dass sich diese im Verlauf einer Erkrankung auch ändern können (vgl. Faltermaier, 2009, S. 207; Corbin/ Strauss, 2004, S. 54- 59). In der bisherigen Forschung zu subjektiven Krankheitstheorien werden unter anderen fünf Arten kognitiver Repräsentationen differenziert (vgl. Leventhal, 1984 in Faltermaier, 2009, S. 208- 209):

- Vorstellungen vom Krankheitsbild
- Vorstellungen bezüglich der Ursachen der Erkrankung
- Vorstellungen bezüglich des Verlaufs und der Dauer der Erkrankung
- Vorstellungen der Behandlungsmöglichkeiten
- Vorstellungen der Folgen

Hierbei scheinen vor allem die Vorstellungen bezüglich der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten eine besondere Bedeutung für das weitere Verhalten der Betroffenen zu haben. Zusätzlich zu ihrer individuellen Ausrichtung sind subjektive Krankheitstheorien weiters stets in ihrem sozialen Kontext zu betrachten. Krankheiten werden soziale Bedeutungen zugeschrieben; sie sind somit als Teil von Kulturen und Lebenswelten zu verstehen. Die Erforschung subjektiver Krankheitstheorien trägt dazu bei, Bewältigungsprozesse genauer zu verstehen und den Bedarf psychosozialer Unterstützungsleistungen zu beschreiben (vgl. Faltermaier, 2009, S. 211). Sowohl gesunde, als auch kranke Menschen bilden Theorien über erlebte oder beobachtete Erkrankungen. Die verschiedenen Theorien sind sich in vielen Aspekten

ähnlich, allerdings erfüllen sie bei erkrankten Menschen zusätzliche Funktionen, da sie die kognitive Bewältigung der ausgelösten Emotionen beeinflussen. Außerdem erklären erkrankte Menschen die Ursachen ihrer Erkrankung häufiger durch extrapersonale Ereignisse und Prozesse. Extrapersonale Kausalattributionen können der Entlastung des Individuums und der Stabilisierung des Selbstwertes dienen. Weiters wirken sie in Hinblick auf die Einschätzung des weiteren Krankheitsverlaufs unterstützend. Ein weiterer sehr wesentlicher Aspekt ist die subjektive Kontrollwahrnehmung, die durch die Konstruktion individueller Krankheitstheorien erhöht werden kann. Eine erhöhte Kontrollwahrnehmung hat wiederum Einfluss auf die Aktivierung individueller Ressourcen und Bewältigungsstrategien (vgl. Faltermaier, 2009, S. 212). Der Erfassung subjektiver Krankheitstheorien kann demnach auch in Hinblick auf die (Weiter-) Entwicklung psychosozialer Interventionen eine hohe Bedeutung beigemessen werden. Subjektive Krankheitstheorien bilden sich in Form komplexer Konstrukte ab, die verschiedene kognitive Überzeugungen und Einstellungen miteinander verbinden. Um die Komplexität dieser individuellen Strukturen zu erfassen, stellen besonders qualitative Forschungsansätze geeignete Methoden zur Verfügung. Durch ihr hohes Maß an Sensibilität und Flexibilität kann es gelingen, subjektive Theorien abzubilden und zu rekonstruieren.

4.4 Krankheit in der Stressforschung

In der Stresstheorie stellen Erkrankungen einen von vielen unterschiedlichen Stressoren dar (vgl. Salewski, 2009, S. 159). Im Rahmen dieser Arbeit soll allerdings vor allem den beiden Stressoren „Chronische Erkrankung“ und „Soziale Isolation“ Aufmerksamkeit gewidmet werden. Stresstheorien werden vorwiegend in reaktionsbezogene, situationsbezogene und transaktionale Modelle unterteilt. Die reaktionsbezogenen Modelle beschäftigen sich mit den physiologischen Auswirkungen von Stress auf das Individuum, wobei sich situationsbezogene Modelle mit stressauslösenden Bedingungen befassen. Transaktionale Modelle hingegen befassen sich mit Wechselwirkungen zwischen Person und Umwelt (vgl. Salewski, 2009, S. 160). Somit wird Krankheit entweder als Folge von Stress, als Stressor selbst oder als „Belastungsgeschehen im Spannungsfeld zwischen den Betroffenen und ihrer Umwelt“ das interpretiert.

4.4.1 Reaktionsbezogene Modelle

Diesem Modell liegt der Gedanke zugrunde, dass jeder Organismus danach strebt, sein inneres Gleichgewicht aufrecht zu erhalten (vgl. Cannon, 1929/ Seyle, 1981 in Salewski, 2009, S. 160).

Diese Bestrebung wird als Homöostase bezeichnet und das ablaufende Syndrom, das zur Aufrechterhaltung der Homöostase führen soll, wird „Allgemeines Adaptionssyndrom“ genannt. In diesem Modell wurde davon ausgegangen, dass die Ausgleichsreaktionen des Organismus regelhaft ablaufen (vgl. Salewski, 2009, S. 160). Ausgehend von Tierexperimenten wurde beobachtet, wie auf externe Störungen reagiert wird. Stressoren wurden als Auslöser von physiologischen Alarmreaktionen erkannt, die den Organismus dazu veranlassen, auf die Störungen zu reagieren. Dies kann durch Angriff oder Flucht geschehen. Lang einwirkenden Stressoren wird mit einer erhöhten Hormonausschüttung begegnet, die zu einer Resistenz gegen den Stressor führen soll. Wird eine Resistenz erreicht, kann sich der Alarmzustand des Organismus wieder zurückbilden. Gelingt dies hingegen nicht, reagiert der Organismus mit Ermüdungserscheinungen, die zu Krankheiten führen können (vgl. Salewski, 2009, S. 160). Ergebnisse aus der Neurobiologie, der Psychoneuroimmunologie, der Psychotraumatologie, der Neuropsychotherapie, der Positiven Psychologie und den Ansätzen der Salutogenese und der Resilienzforschung weisen auf die Zusammenhänge zwischen Stress, individuellen Bewertungsmustern, Bewältigungsstrategien, psychischen Faktoren wie Hoffnungslosigkeit oder Depression und Geschehnissen im Immunsystem, hin (vgl. Isermann, 2012, S.73). Je nach Ausmaß und subjektiven Bewältigungskompetenzen wirkt sich Stress unterschiedlich auf Individuen aus. Jede neue Situation bedeutet einen gewissen Stress, indem innere und äußere Reize wahrgenommen werden, die eine gewisse Anpassungsfähigkeit erfordern. Dies bringt den Organismus dazu, Neues zu lernen und sich zu entwickeln. In Stresssituationen steigt die neuronale Aktivierung an und ermöglicht die Entstehung von neuronalen Verbindungen. Je mehr derartige Herausforderungen positiv bewältigt werden, desto flexibler kann das Gehirn auf zukünftige Stresssituationen reagieren. Stress wird erst dann negativ interpretiert, wenn er häufig auftritt und kein körperlicher Ausgleich erfolgt. Durch eine anhaltende Aktivierung des sympathischen Nervensystems kommt es zu einer erhöhten Stress-Sensibilität; die adaptiven Fähigkeiten des Organismus werden überfordert und erschöpft. Hier beginnt die negative Wirkungskaskade von unkontrollierbarem Stress, der zu Gefühlen der Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Ausgeliefert-Sein führen und sich weiters in einer Hemmung des Immunsystems äußern kann (vgl. Isermann, 2012, S. 66). Ergänzend zum Allgemeinen Adaptionssyndrom wurde das Modell des Allostatic Load entwickelt (vgl. McEwen, 2005 in Salewski, 2009, S. 160). Auch hier werden physiologische Reaktionen auf Stressoren beschrieben, allerdings mit dem Unterschied, dass die Reaktionen nicht als gleichförmig beschrieben werden. Vielmehr verlaufen sie nach diesem Modell auf verschiedenen physiologischen Ebenen. Es wird

beobachtet, dass die erforderliche Anpassung durch flexible Gegenregulierungen erfolgt. Auch dieses Modell erkennt, dass Anpassungsleistungen, die über einen längeren Zeitraum erfolgen müssen, pathologische Konsequenzen haben können (vgl. Salewski, 2009, S. 161).

4.4.2 Situationsbezogene Modelle

Das Entstehen von Stress kann mit den Einwirkungen verschiedenster Stressoren in Verbindung gebracht werden. Chronische Erkrankungen zählen hier zu den Stressoren. In diesem Zusammenhang befasst sich die Stressforschung mit der Beschreibung „kritischer Lebensereignisse“ (zit. n. Salewski, 2009, S. 161; vgl. auch Badura, 1981, S. 32). Zu solchen Ereignissen gehören alle Lebenssituationen, die den Betroffenen spezielle Anpassungsleistungen abverlangen. Für die Erbringung dieser Anpassungsleistungen müssen viele Ressourcen aktiviert werden. Sind nicht genügend geeignete Ressourcen vorhanden, kann dies wiederum, psychische und physische Belastungen zur Folge haben (vgl. Salewski, 2009, S. 161; Perrez, 1998, S. 285). Je mehr derartiger Anpassungsanforderungen innerhalb eines Zeitraums an ein Individuum gestellt werden, umso schwerer gelingt es, diese Herausforderungen zu bewältigen. Somit kann Krankheit gleichzeitig als die Folge von einer Überforderung über einen, die individuellen Ressourcen überschreitenden, Zeitraum und aber auch als Stressor und Belastung selbst, der wiederum Anpassungsleistungen erfordert, gesehen werden. Eine Erkrankung, die aufgrund mangelnder Ressourcen nicht ausreichend bewältigt werden kann, stellt somit eine chronische Belastung („chronic strain“) dar und birgt demnach ein gewisses Risikopotential in Hinblick auf weitere physische und psychische Verschlechterungen des Gesundheitszustandes (vgl. Perrez et al., 1998, S. 285). Es besteht eine Korrelation zwischen einer bestehenden Erkrankung und potentiellen, proximalen Folgeerkrankungen. Andererseits kann eine Korrelation zwischen der Umgebung und den darin enthaltenen Stressoren und dem eventuellen, distalen Auftreten von Erkrankungen beobachtet werden (vgl. Salewski, 2009, S. 162). In Hinblick auf chronische Erkrankungen ist jedoch weiters zu beachten, dass diese oft bei ihrem Auftreten bzw. bei schubweisen Verschlechterungen des Gesundheitszustandes oder der damit verbundenen Lebensumstände als kritische Lebensereignisse als solche gewertet werden können. In den dazwischen liegenden Zeitspannen und Lebensphasen haben Betroffene allerdings Zeit, sich den jeweils neu entstandenen Herausforderungen anzupassen und diese zu bewältigen. Da chronische Erkrankungen allerdings auch auf den Alltag von Betroffenen einen erheblichen Einfluss haben können, ist hier ein weiterer Ansatz von Interesse; die „daily hassles“ (vgl. Kanner et al. 1981 in Perrez, 1998, S. 284; Salewski, 2009, S. 162): In diesem Ansatz werden die Auswirkungen der vielen unterschiedlichen Belastungen des Alltags auf das

Stresserleben des Individuums untersucht. Die Erkrankung manifestiert sich in vielen Kleinigkeiten, die von der ehemaligen Normalität der Betroffenen abweichen und somit als Stressoren wirken können. Es wird dann von „zentralen“ (vgl. Salewski, 2009, S. 162, Perrez, 1998, S. 284- 285) „daily hassles“ gesprochen, wenn subjektiv bedeutsame Themen über einen längeren Zeitraum hinweg beeinträchtigt und verändert werden. Chronische Erkrankungen können somit sowohl als kritisches Lebensereignis in Hinblick auf die Diagnosestellung und etwaige Verschlechterungen des Gesundheitszustandes, als auch im Sinne der „daily hassles“ als alltägliche Stressoren betrachtet werden. Die Vielfalt der Möglichkeiten, das Phänomen „Chronische Erkrankung“ zu konzeptionalisieren, unterstreicht einmal mehr die Komplexität dieser Thematik.

4.4.3 Transaktionale Modelle

Kognitiv-transaktionale Stresstheorien beschäftigen sich mit Erklärungsversuchen in Bezug auf die Kriterien und Spezifika, durch die eine Situation zu einem Stressor wird (vgl. Salewski, 2009, S. 163). Die reaktions- und situationsbezogenen Modelle werden hier insofern erweitert, als dass hier die Korrelation zwischen Umwelt und individueller Reaktion in den Fokus gerückt wird. Im sogenannten transaktionalen „Stress- Coping- Modell“ wird subjektiven Bewertungen der jeweils als belastend erlebten Situationen seitens der betroffenen Individuen besondere Bedeutung zugeschrieben (vgl. Lazarus/ Folkmann, 1987 in Salewski, 2009; S. 163; Perrez, 1998, S. 287; Salentin, 2002, S. 227). Im Vergleich zu reaktions- und situationsbezogenen Modellen steht hier demnach die Individualität und Subjektivität der Erfahrungsverarbeitung und –bewertung im Zentrum der Aufmerksamkeit. Stress wird in diesem Modell als Ergebnis des permanenten Austauschs zwischen Individuum und Umwelt verstanden (vgl. Perrez et al., 1998, S. 278). Individuen bewerten und analysieren ihre Situation und vergleichen die an sie gestellten Anforderungen mit denen ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen und Möglichkeiten. Hier wird zwischen drei Arten der Bewertung unterschieden: Primär-, Sekundär- und Neubewertung (vgl. Salewski, 2009, S. 163; Perrez, 1998, S. 288). Im Lauf der primären Bewertung wird die generelle Bedeutung einer Situation für die betroffene Situation eingeschätzt. Es wird beurteilt, ob sie als unbedeutend, günstig (stärkend) oder ungünstig (belastend) eingestuft werden kann. Wird eine Situation aufgrund eines entstehenden Schadens, einer Herausforderung oder eines Risikos als belastend eingestuft, entsteht ein Aktivierungsbedarf von Bewältigungsressourcen. Abhängig von der jeweiligen Art der Belastung können verschiedene Formen emotionaler Reaktionen ausgelöst werden. Die sekundäre Bewertung betrifft eine Einschätzung der eigenen Ressourcen, mit denen auf

die Belastung reagiert werden kann. Die Wahrnehmung der persönlichen Unterstützungsressourcen trägt hier unter anderem zur Bewertung der eigenen Situation bei (vgl. Laireiter, 2009, S. 88). Die Bedeutung der Unterstützungswahrnehmung als solcher soll im Kapitel 6.2 „Support-Dimensionen“ näher beschrieben werden. Diese haben je nach Belastungsart unterschiedliche Kriterien zu erfüllen. Neubewertungen erfolgen prozesshaft und bezeichnen die permanente Abschätzung der einwirkenden Belastungen (Primärbewertung) und der jeweiligen Reaktionsmöglichkeiten (Sekundärbewertung), entsprechend der jeweils aktuellen Situation des Individuums in seiner Umwelt. Die gewählten bewältigungsspezifischen Reaktionen sind daher auch direkt mit den getroffenen Bewertungen verbunden (vgl. Salewski, 2009, S. 164). Bewältigungsreaktionen haben allgemein gesehen zwei Hauptfunktionen zu erfüllen: Die Reaktion kann entweder eingesetzt werden, um die jeweilige Belastung direkt und unmittelbar zu bewältigen und etwas an der belastenden Situation zu verändern, oder um die von ihr abhängigen und durch sie ausgelösten Emotionen zu regulieren. Bewältigungsreaktionen können somit einerseits problem- und andererseits emotionsorientiert sein. Die beiden Hauptfunktionen sind allerdings nur schwer voneinander zu trennen und oft erfüllen Bewältigungsreaktionen auch beide Effekte. Die prozesshafte Abfolge von Primär-, Sekundär- und Neubewertungen ist rekursiv und kann in der Realität oft nicht klar in einzelne Phasen unterteilt werden, da diese dort oft gleichzeitig, einander bedingend und in ständig wechselnden Kausalitätszusammenhängen auftreten. Allerdings ermöglicht dieses Modell durch seinen individualisierten Zugang ein Verstehen unterschiedlicher Bewältigungsreaktionen auf ähnliche Belastungen. Aufgrund eben dieses individualisierten und offenen Zugangs ist allerdings gerade beim „Stress- Coping-Modell“ von Bedeutung, gewissen Stressoren neben den subjektiven Qualitäten der einzelnen Bewertungen, auch objektive Qualitäten zuzuschreiben (Ptacek/ Pierce, 2003 in Salewski, 2009, S. 165).

4.6 Chronische Erkrankungen: Fazit

Aufgrund des Gesundheitsverständnisses der WHO (vgl. WHO, 2009, S.1), sowie des bio-psycho-sozialen Modells (vgl. Pauls, 2011, S. 98- 99) und der Salutogenese (vgl. Pauls, 2011, S. 102; Antonovsky, 1997, S. 29- 31) wird die Relevanz einer ganzheitlichen Betrachtung der Gesundheit deutlich. Das bio-psycho-soziale Modell verweist im Besonderen auf die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den drei einzelnen Manifestationsebenen von Gesundheit. Die salutogenetische Perspektive besteht darin, ihren Fokus vor allem auf jene Faktoren zu richten, die ein Individuum gesund erhalten. Somit reicht ihre Betrachtung eines Individuums über das

Krankheitsbild an sich hinaus (vgl. Antonovsky, 1997, S. 29- 31). Eine wichtige Annahme der Salutogenese stellt das Gesundheits- Krankheits- Kontinuum dar, das annimmt, dass sich Individuen fließend zwischen den beiden Polen der Gesundheit und der Krankheit bewegen und somit nie vollkommen gesund oder krank sein können (vgl. Antonovsky, 1997, S. 23). Die Normalität ist demnach weniger ein Zustand absoluter Gesundheit, sondern vielmehr ein kontinuierliches Ausbalancieren und der Versuch, ein Gleichgewicht zwischen einwirkenden Belastungen und individuellen Ressourcen herzustellen (vgl. Pauls, 2011, S. 103). Ein weiterer relevanter Ansatz der Salutogenese ist das Kohärenzgefühl, das dafür verantwortlich ist, inwiefern Belastungen als handhabbar, sinnhaft und verstehbar wahrgenommen werden (vgl. Antonovsky, 1997, S. 33- 36). Damit in Verbindung steht die Fähigkeit, auf einwirkende Belastungen adäquat zu reagieren und entsprechende Bewältigungsstrategien zu aktivieren. Bei der Auseinandersetzung mit dem Phänomen chronischer Erkrankungen wird deutlich, dass sowohl bio-psycho-soziale, als auch salutogenetische Ansätze eine hohe Relevanz besitzen. Chronische Erkrankungen werden durch ihren komplexen, unberechenbaren Verlauf und die weitreichenden Konsequenzen und Beeinträchtigungen vieler Lebensbereiche charakterisiert. Betroffene sind somit auch außerhalb akuter Versorgungsphasen mit krankheitsbedingten Belastungen konfrontiert und benötigen psycho-soziale Begleitung und Betreuung. Auch die Koordination von Hilfeleistungen gewinnt in Anbetracht komplexer Verlaufskurven an Bedeutung. Das Trajektkonzept nach Corbin und Strauss (vgl. Corbin et al., 2009, S. 65- 66) liefert Grundlagen, anhand derer eine Annäherung an den Verlauf und die jeweiligen Konsequenzen chronischer Erkrankungen gemacht werden kann. Auch hier wird die Bedeutung des sozialen Umfelds einer Person in Hinblick auf die Krankheitsbewältigung betont. Die Krankheitsverlaufskurve des Trajektkonzepts führt über die Diagnosestellung und akute, beziehungsweise krisenhafte Phasen, zu Phasen der (Re-)Stabilisierung, wobei die Kurve nicht zwingend als kontinuierlich und chronologisch in ihrem Verlauf zu betrachten ist. Besonders zu beachten ist der biographische Bruch, der einerseits aus den empirischen Ergebnissen hervorgeht (vgl. S. 32) und sich außerdem in der Theorie (vgl. Kapitel 5.2) wiederfindet. Betroffene chronischer Erkrankungen werden bei Krankheitseintritt in ihrem gesamten Lebenskonzept erschüttert und müssen weitreichende Teile ihres Selbstkonzepts und ihrer Lebensplanung überdenken. Für die Restabilisierung benötigen Betroffene eine Vielzahl an Ressourcen, die es zu fördern und zu aktivieren gilt. Ein weiterer Einflussfaktor auf die Bewältigungskompetenzen Betroffener und somit auf den gesamten Krankheitsverlauf, haben subjektive Krankheitstheorien. Diese beziehen sich auf die kognitive Repräsentation, die eine

Erkrankung in der Wahrnehmung eines betroffenen Individuums besitzt (vgl. Faltermaier, 2009, S. 207; Corbin/ Strauss, 2004, S. 54- 59). Vor allem in Hinblick auf die Kontrollwahrnehmung Betroffener besitzen subjektive Krankheitstheorien einen hohen Stellenwert. Den letzten theoretischen Input zur Bedeutung chronischer Erkrankungen in diesem Kapitel liefern einige stresstheoretische Aspekte. Stresstheorien befassen sich einerseits mit der Entstehung von Erkrankung, andererseits mit ihren Auswirkungen. Die Auswirkungen und Reaktionen von und auf Stressoren (wie sie auch chronische Erkrankungen darstellen) könnend anhand von reaktions- und interaktionsbezogenen, sowie von transaktionalen Modellen erklärt werden.

5. Bewältigungsgrundlagen und -strategien

Die Bewältigung belastender Lebensereignisse wurde auch in anderen, teils von der Stressforschung unabhängigen Theorien beforscht. So bildet beispielsweise die Coping- und Bewältigungsforschung einen großen Forschungsbereich. Die Auseinandersetzung mit chronischer Krankheit als belastendes Lebensereignis bzw. –situation ist hier ein Thema, dem bereits viel Aufmerksamkeit gewidmet wurde (vgl. Salewski, 2009, S. 169). Es besteht eine Vielzahl an Untersuchungen zur Bewältigung von (chronischen) Erkrankungen. Dabei bestehen häufig Zusammenhänge zwischen Copingstrategien und dem körperlichen bzw. psychischen Befinden. Weiters werden verschiedene Bewältigungsstile im Rahmen der Krankheitsbewältigungsforschung untersucht.

5.1 Begriffsbestimmung

In Bezug auf eine Definition von Krankheitsbewältigung, gibt es eine Vielzahl von Vorschlägen. Vielmals wird hier jedoch nicht zwischen akuten und chronischen Erkrankungen unterschieden. Es besteht allerdings ein Konsens darüber, dass eine akute Erkrankung solange Bewältigungsversuche erfordert, solange sie besteht. Da chronische Erkrankungen permanent andauern, erfordern sie auch andauernde und kontinuierliche Bewältigungsversuche (vgl. Salewski, 2009, S. 170). Weiters wurden verschiedene Kriterien entwickelt, anhand derer der Erfolg von Bewältigungsversuchen erkannt werden kann. Dazu zählen in etwa das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Betroffenen. Die bestehende Parallele zur Gesundheitsdefinition der WHO (vgl. WHO, 2009, S. 1) legt nahe, dass eine positive Bewältigung gleichzeitig eine Annäherung an die Gesundheit der betroffenen Personen bedeutet, was wiederum den salutogenetischen Zugang in Hinblick auf Bewältigungsprozesse unterstreicht.

„Die Resultate einer gelungenen Bewältigung lassen sich nach diesem Verständnis vor allem an drei Erfolgs- (oder outcome-) Kriterien feststellen: an dem Wohlbefinden, der Gesundheit und dem Sozialverhalten. Wohlbefinden beschreibt die subjektive Wahrnehmung von Gelassenheit, Ausgeglichenheit und angenehmen Empfindungen. Gesundheit bezieht sich auf die Abwesenheit von körperlichen und psychischen Krankheitssymptomen; und das Sozialverhalten als Merkmal gelungener Bewältigung zielt auf ein störungsfreies und bereicherndes Handeln mit anderen Menschen. Zusätzlich ist die Fähigkeit zur (wieder-) Übernahme sozialer und beruflicher Rollen ein wichtiges Kriterium.“ (zit. n. Salewski, 2009, S. 173)

Hier muss darauf verwiesen werden, dass Bewältigungsstrategien nicht zwingend zu einer Erfüllung aller Systeme führen können und müssen. Während eine Strategie beispielsweise das soziale Wohlbefinden erhöht, kann es sich gleichzeitig aus der Sicht des medizinischen oder psychologischen Systems um ein dysfunktionales Bewältigungsverhalten handeln. Aufgrund der vielen Perspektiven, aus denen demnach der Bewältigungserfolg betrachtet und bewertet werden kann, ist es im Einzelfall sinnvoll, die jeweiligen Umgebungsfaktoren zu betrachten und somit individuelle Aussagen über den Bewältigungserfolg zu treffen.

5.2 Ressourcen als Grundlage der Bewältigung

Ressourcen sind ein elementarer Bestandteil einer gelingenden Lebensführung. Ohne die Verfügbarkeit und den Einsatz von Ressourcen sind Veränderungsprozesse undenkbar (vgl. Schubert, 2012, S. 118). Für psychosoziale Professionen wie die Klinische Sozialarbeit ist es daher von Bedeutung, gemeinsam mit KlientInnen Ressourcenpotentiale zu erkennen und deren Pflege und Nutzung zu unterstützen.

5.2.1 Begriffsklärung

Der Begriff „Ressource“ bedeutet ursprünglich „Erholung“ oder „Hilfsquelle“ und kommt aus dem Französischen. Im psycho-sozialen Bereich werden damit vor allem Potentiale bezeichnet, die es Individuen in herausfordernden Situationen ermöglichen, diese erfolgreich zu bewältigen (vgl. Schubert, 2012, S. 112).

„Unter einer systemisch- (sozial-) ökologischen Perspektive und in relativ einfach gehaltener Formulierung beruht gelingende Lebensführung auf einer hinreichenden Bewältigung von Lebensanforderungen und Belastungen, die sich aus den biopsychosozialen Lebensbedingungen wie auch aus den Folgen von Bewältigungsbemühungen ergeben.“ (zit. n. Schubert, 2012, S. 113)

Als herausfordernde Situationen werden alle Anforderungen aus der Lebenswelt der Betroffenen

verstanden. Diese können einerseits zwischenmenschlich, rechtlich, gesellschaftlich-kulturell, aber auch andererseits individuell motiviert sein. Unter individuellen Anforderungen werden bio-psycho-soziale Bedürfnisse, Wünsche und Zielsetzungen, sowie persönliche Werthaltungen verstanden. Belastungen als solche können sich in Lebensübergängen, Krisen, kritischen Lebensereignissen, zwischenmenschlichen oder persönlichen Konflikten entwickeln. Für die Bewältigung dieser Belastungen benötigen Betroffene soziale, materielle und personale Ressourcen (vgl. Schubert, 2012, S. 114). Das soziale Umfeld liefert dem Individuum ausschlaggebende Informationen zur eigenen Person und zu spezifischen Situationen wie in etwa komplexen Anforderungen, in denen sich das Individuum befindet (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 54). Vor allem in Stresssituationen, die über die eigenen Bewältigungskapazitäten hinausgehen, können psychische und körperliche Spannungen entstehen, denen das soziale Umfeld unterstützend entgegenwirken kann. Hier kann generell zwischen aktiv genutzten und potentiell nutzbaren Ressourcen unterschieden werden. Schon allein die Möglichkeit eines sozialen Austausches stellt einen Rückhalt dar, der sich motivierend und entlastend auswirken kann. Demnach stellt schon das Potential einer sozialen Interaktion an sich eine Ressource dar (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 54). Potentielle Ressourcen bezeichnen alle Ressourcen, die in der Lebenswelt eines Individuums vorhanden sind und die zur Bewältigung von Belastungen und Herausforderungen eingesetzt werden können. Sie werden erst in dem Moment zu aktivierten Ressourcen, indem sie als hilfreich für die Bewältigung konkreter Anforderungen bewertet und genutzt werden (vgl. Schubert/ Knecht, 2011 in Schubert, 2012, S. 117). Ressourcen können anhand verschiedener Merkmale erkannt werden, wobei vor allem psychosoziale Zugangsweisen die Subjektivität von Ressourcen betont: Aufgabenabhängige Funktionalität, Sinnzuschreibung, Stabilität und alters- bzw. geschlechtsspezifische Funktionen. Die aufgabenabhängige Funktionalität beschreibt das Phänomen, wonach Ressourcen erst durch ihren Nutzen der Bewältigung einer bestimmten Situation zu solchen werden. Demnach müssen sie in konkreten Anforderungen von der betroffenen Person als hilfreich bewertet und genutzt und somit aktiviert werden (vgl. Schubert, 2012, S. 114- 115). Die Subjektivität erklärt hier beispielsweise auch extern als problematisch empfundenes Verhalten, das intern und subjektiv einen Bewältigungsversuch bedeuten kann. Die Sinnzuschreibung als Ressourcenmerkmal meint die unterschiedlichen Möglichkeiten von Personen, Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. Diese sind unter anderem von Wertesystemen, Sinnzuschreibungen und kurz- oder langfristigen Zielen abhängig. Auch die Bewertungen und Unterscheidungen zwischen Ressourcen und Belastungen unterliegen der subjektiven Wahrnehmung. Die Stabilität von Ressourcen bezieht sich auf die

Zeitspanne ihrer Verfügbarkeit. Langfristigen Ressourcen stehen passagere Ressourcen gegenüber. Da Ressourcen in der Entwicklung eines Individuums auch ihre Bedeutung und ihre Funktionen verändern können, sind sie auch aus der Perspektive alters- bzw. geschlechtsspezifischer Funktionen zu betrachten. Bestimmte Anforderungen erfordern spezielle Ressourcen, die besonders in Hinblick auf konkrete Situationen als hilfreich bewertet und erlebt werden. Auch der Einfluss von Sozialisation und Bildung ist hier zu berücksichtigen (vgl. Schubert, 2012, S. 115- 116).

5.2.2 Klassifikationen von Ressourcen

Generell kann zwischen persönlichen und umgebungsbezogenen Ressourcen unterschieden werden, wobei berücksichtigt werden muss, dass beide Seiten durch Wechselbeziehungen miteinander verbunden sind. Persönliche und Umweltressourcen lassen sich wie folgt unterteilen (vgl. Schubert/Knecht, 2011 in Schubert, 2012, S. 117- 118): Persönliche Ressourcen gliedern sich in physische, psychische, interaktionelle und ökonomische Ressourcen. Physische Ressourcen bezeichnen hierbei den körperlichen Zustand in Bezug auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Psychische Ressourcen beziehen sich auf kognitiv- emotionale Einstellungen, die sich günstig auswirken, wie in etwa Selbstwertgefühl, Kohärenzgefühl, Zuversicht und Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Auch Handlungs- und Bewältigungskompetenzen, sowie kognitive Fähigkeiten und die Verkörperung anerkannter Rollen und Aufgaben sind hier hinzu zu zählen. Interaktionelle Ressourcen bezeichnen Ressourcen, die Individuen in Hinblick auf soziale Interaktionen hilfreich sind, wie in etwa Toleranz, Kritikfähigkeit, Konfliktfähigkeit, Balance zwischen Annahme und Bereitstellung sozialer Unterstützung. Ökonomische Ressourcen meinen materielle Absicherungen wie das Einkommen, Eigentum oder Kapital. Umweltressourcen hingegen beziehen sich auf die Umwelt eines Individuums und können in Beziehungsressourcen, soziale Ressourcen und sozial-ökologische Ressourcen unterschieden werden. Beziehungsressourcen beziehen sich auf das psycho-soziale, interpersonelle Umfeld einer Person und finden sich in Beziehungen, die durch emotionale Teilhabe, Vertrauen und Anerkennung geprägt sind, wieder. Soziale Ressourcen bezeichnen hingegen ein weiteres soziales Netzwerk und die Einbettung des Individuums in dieses. Dazu zählen in etwa soziale Gruppen oder das soziale Wohnumfeld einer Person. Hier sind auch die Möglichkeiten, am Netzwerk mitzuwirken, daran teil zu haben und eventuelle Unterstützungsleistungen daraus zu beziehen, von Bedeutung. Sozial-ökologische Ressourcen beziehen sich auf die Qualität des Arbeitsplatzes oder Wohnumfelds, auf die Infrastruktur, Teilhabe am gesellschaftlich- kulturellen Leben und kulturellen Veranstaltungen sowie Zugang zu

Gesundheits-, Bildungs- und sozialen Einrichtungen. Auch monetäre Unterstützungsleistungen sind hierzu zu zählen (vgl. Schubert/ Knecht, 2011 in Schubert, 2012, S. 117- 118).

5.2.3 Systemisches Anforderungs- Ressourcen- Modell

Als transaktionaler Bezugsrahmen liefert das systemische Anforderungs- Ressourcen- Modell weitere wesentliche Beiträge zum Verständnis der Bedeutung von Ressourcen (vgl. Becker, 2006 in Schubert, 2012, S. 120). Dieses gesundheitspsychologische Konzept beschreibt den Menschen in seiner ständigen Konfrontation mit internen und externen Anforderungen (siehe Kapitel 5.3.2). Hier wird vor allem auf die Wechselbeziehungen zwischen dem Individuum und seinem sozialen Umfeld verwiesen. Sowohl die Verfügbarkeit, der Zugang und die Nutzung von Ressourcen sind von diesen Beziehungen abhängig. Die gegenseitigen Anforderungen zwischen Person und Umwelt können im Idealfall durch einen wechselseitigen Ressourcenaustausch erfolgen. An dieser Stelle ist die Bedeutung zwischenmenschlicher Ressourcen wie in etwa sozialer Unterstützung hervorzuheben. Vor allem zur Erfüllung psychischer Bedürfnisse sind diese von zentraler Bedeutung. Ein weiterer Aspekt wird in diesem Modell hervorgehoben: Die Verfügbarkeit von Ressourcen an sich erfüllt noch nicht die gesamte stärkende Funktion, die Ressourcen übernehmen können.

„Aus beiden Theorien ist zu folgern, dass das Vorhandensein und die angemessene Aktivierung von persönlichen Ressourcen bedeutsame, wenn nicht sogar zentrale Voraussetzungen für eine gelingende Handhabung von (externen und internen) Ressourcen zur Bewältigung von (externen und internen) Anforderungen und von Ressourcenverlust oder –bedrohung sind.“ (zit. n. Schubert, 2012, S. 121)

Erst das Vorhandensein angemessener personaler Ressourcen macht es dem Individuum möglich, das Ressourcenpotential in seiner Gänze zu erkennen und nutzbar zu machen.

5.2.4 Ressourcenerhaltungstheorie

Ein weiteres transaktionales Modell ist die „Theorie der Ressourcenerhaltung“ (Conservation of Resources Theory) (vgl. Hobfoll, 1981/ 2001 in Salewski, 2009, S. 165). Sie liefert insofern einen wichtigen theoretischen Bezugsrahmen, als dass sie davon ausgeht, dass Belastungen für Individuen oder Gruppen entweder dann entstehen, wenn das Risiko eines Ressourcenverlusts besteht, beziehungsweise ein solcher eintritt oder wenn ein Versuch, die eigenen Ressourcen zu vermehren, scheitert (vgl. Hobfoll, 1989 in Schubert, 2012, S. 119). Diese Theorie befasst sich demnach mit dem Erhalt von Ressourcen, der Ressourcenentwicklung und der Vorbeugung von Ressourcenverlusten und unterscheidet sich insofern vom „Stress- Coping- Modell“, als dass

eingräumt wird, dass Bewertungsprozesse nicht rein subjektiv und individuell ablaufen, sondern die Bewertungsentscheidungen kulturell und sozial geprägt sind. Dies zeigt sich vor allem bei Ressourcen, die für die Bewältigung belastender Lebenssituationen angestrebt werden. In diesem Zusammenhang wird auch primär der Verlust bzw. der Mangel an als erforderlich erlebten Ressourcen für das Belastungserleben verantwortlich gemacht, wobei die eigentliche Belastungssituation, das kritische Lebensereignis an sich, in den Hintergrund gerät. Weiters wird in Bezug auf die unterschiedlichen Bewertungen von Stress- und Bewältigungsreaktionen darauf verwiesen, dass auch diese jeweils in ihrem sozialen Kontext zu sehen sind. Viele der wesentlichen Ressourcen stammen aus dem sozialen Umfeld der Betroffenen und der Verlust solcher Ressourcen betrifft somit häufig nicht nur die einzelne Person, sondern auch ihr soziales Netzwerk (vgl. Salewski, 2009, S. 166). Die Bestrebung, die vorhandenen Ressourcen zu erweitern, kann in diesem Sinne als proaktives Coping verstanden werden; indem Ressourcen frühzeitig gestärkt werden, kann im Fall eines kritischen Lebensereignisses auf ein ausreichendes Bewältigungspotential zurückgegriffen und somit das Risiko der Belastungen verringert werden. Die „Theorie der Ressourcenerhaltung“ berücksichtigt in ihrem Konzept neben der Bedeutung der einzelnen Ressourcen speziell in Hinblick auf chronische Erkrankungen auch die Folgen von eintretenden Belastungssituationen. Chronische Erkrankungen können eine Gefährdung für die Ressourcen von Betroffenen bedeuten und bergen das Risiko eines Ressourcenverlusts. Viele Ressourcen werden durch die Erkrankung - teilweise dauerhaft - beansprucht und sind somit nicht für andere Bereiche des Lebens der Betroffenen verfügbar. Ebenso die Möglichkeit, neue Ressourcen hinzu zu gewinnen, kann durch die chronische Erkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen erschwert werden (vgl. Salewski, 2009, S. 166- 167). Es besteht demnach eine direkte Korrelation zwischen dem Risiko eines Ressourcenverlusts und chronischen Erkrankungen als belastender Lebenssituation als solcher. Der Eintritt derartiger Belastungen macht Individuen vulnerabel und wiederum anfällig für die Entwicklung bio-psycho-sozialer Probleme. Vor allem die Wahrnehmung von Ressourcenverlusten scheint hierbei ein wesentliches Kriterium für die individuelle Einschätzung und Bewertung von Belastungen zu sein. Insofern haben subjektive Bewertungsmuster ebenfalls einen Einfluss auf das Verhalten Betroffener in kritischen Lebenssituationen. Kognitive und emotionale Reaktionen variieren und sind ihrerseits wiederum von Sozialisation, kulturellen und Gendereinflüssen geprägt. Um die Tragweite von Ressourcenverlusten zu verstehen, muss darauf verwiesen werden, dass diese viel folgenschwächer wahrgenommen werden, als Ressourcengewinne. Personen, die aufgrund von bereits eingetretenen

Ressourcenverlusten vulnerabel sind, kommen häufig in die Situation weiterer, da sie sich einerseits schlechter schützen und andererseits langsamer erholen können (vgl. Schubert, 2012, S. 119). Um sich aus derartigen Situationen des spiralförmigen Ressourcenverlusts zu retten, müssen Betroffene riskieren, weitere Ressourcen zu aktivieren und einzusetzen. Für Personen mit einem breiten Ressourcenpotential bedeutet die Investition von Ressourcen weniger Risiken und es kommt schnell zu Vermehrungen von Ressourcen. Anhand dieser Merkmale kann für die praktische Arbeit mit KlientInnen abgeleitet werden, wie wichtig es ist, Ressourcen zu sichern und ein breites Ressourcenpotential zu erarbeiten. Auf diese Weise sinkt die Vulnerabilität und es fällt leichter, Ressourcenverlusten vorzubeugen beziehungsweise sich von Ressourcenverlusten zu erholen.

5.3 Bewältigung im Sinne der „Biografische Körperkonzeptionen“ nach Corbin und Strauss

Corbin und Strauss (vgl. Corbin/Strauss, 2004, S. 68- 72) identifizierten biografische Prozesse als relevante Vorgänge in Hinblick auf die Bewältigung von Erkrankungen, durch die Kontrolle und Handlungsinitiativen der Betroffenen wiederhergestellt werden können. Im Rahmen der beschriebenen biographischen Prozesse, soll eine Integration der erlebten Störungen in das individuelle Lebenskonzept erfolgen. Nach Corbin und Strauss setzt sich der Begriff der Biografie aus den Bestandteilen der biografischen Zeit, der Selbstkonzeptionen und des Körpers zusammen. Diese Bestandteile der Biografie werden als miteinander interagierende Konzepte verstanden, was zum Begriff der „Biographischen Körperkonzeptionen“ (BKK) führt.

„Chronisch Kranke erleben ein Ausmaß und eine Art der Körperstörung, die mit Einschränkungen im Handeln und einer potentiellen Beeinträchtigung der Selbstkonzeptionen und des Gefühls persönlicher (bzw. biographischer) Zeit verbunden ist.“ (zit. n. Corbin/Strauss, 2004, S. 84)

In diesem Sinne stehen Selbstkonzeptionen und somit die Identität eines Individuums in direktem oder indirekten Zusammenhang mit seinem Körper und sind einer kontinuierlichen Weiterentwicklung im biografischen Prozess unterworfen (vgl. Corbin/Strauss, 2004, S. 69). Das Zusammenwirken dieser drei Konzepte wird als „BKK- Kette“ bezeichnet und meint die kontinuierliche Modellierung der individuellen Identität im biographischen Verlauf. Im Rahmen der Bewältigung chronischer Erkrankungen kann es als wesentliche Aufgabe Betroffener gesehen werden, die BKK- Kette nach dem erlebten Bruch des Krankheitseintritts wieder zusammenzusetzen (vgl. Corbin/ Strauss, 2004, S. 87). Diese neue Zusammensetzung findet durch vier parallel verlaufende und miteinander interagierende biografische Prozesse statt: Erstens durch eine Kontextualisierung, bei der die Erkrankung und ihr Verlauf in die Biographie integriert wird,

zweitens durch eine Bewältigung, die zur Akzeptanz der krankheitsbedingten Konsequenzen führt, drittens durch eine Wiederherstellung der Identität und viertens durch einen Neuentwurf der Biographie.

„Besonders wichtig ist, dass wir die Biografien der Kranken und unsere Überlegungen einbeziehen, wenn wir ihre Krankheitsbewältigung (...) untersuchen. Erstens wird ein Lebensverlauf durch eine chronische Krankheit häufig unterbrochen und möglicherweise zutiefst verändert. Zweitens konstituiert eine Krankheit nur einen Teil des gesamten Selbst. Folglich muss Krankheitsbewältigung in einem umfassenden Lebenskontext untersucht werden. Die Biografie (der Lebensverlauf und alles, was dazugehört) wird, kurz gesagt, von der Krankheitsbewältigung beeinflusst und wirkt sich wiederum auf die Bewältigung aus.“
(zit. n. Corbin/Strauss, 2004, S. 67- 68)

Der hohe Grad an Subjektivität, der biographische Körperkonzeptionen auszeichnet, legt nahe, dass eine Wiederherstellung der BKK-Kette nur durch Betroffene selbst erfolgen kann (vgl. Corbin/Strauss, 2004, S. 87). Der erforderliche Umfang an professionellen Unterstützungsleistungen variiert nach Art und Dauer der Erkrankung, der jeweilig aktuellen Verlaufskurvenphase (vgl. Kapitel 4.2), sowie nach persönlichen Eigenschaften und Ressourcen.

5.4 Bewältigungsstrategien junger, chronisch erkrankter BewohnerInnen

Sowohl die chronische Erkrankung, als auch das Umfeld der institutionellen Versorgung stellen Herausforderungen für junge, chronisch erkrankte BewohnerInnen dar. In den narrativen Interviews wurden zahlreiche Strategien genannt, mit den vorhandenen Belastungen umzugehen. Das Phänomen der bereits vorhandenen und angewandten Bewältigungsstrategien lässt sich durch vier wesentliche Kategorien beschreiben: „Selbstkonzepte“, „Alltagsbewältigung“, „Intrapersonelle Ressourcen“ und „Zukunftsperspektiven“.

5.4.1 Persönliche Ressourcen

In einem Lebensumfeld außerhalb einer Institution ist es einem Menschen oft möglich, sich Situationen, die die eigene Integrität bedrohen, zu entziehen. Aufgrund der Abhängigkeit der BewohnerInnen und der räumlichen Gegebenheiten innerhalb der Institution ist es den Betroffenen oft nicht möglich, sich belastenden Situationen zu entziehen. Der kognitive und psychische Prozess, sich selbst aus belastenden Situationen zu holen, indem Bewältigungsstrategien angewandt und Ressourcen aktiviert werden, kann als Gegensatz zur eingeschränkten Mobilität gesehen werden. Hierbei ist besonders die mit der Eigeninitiative verbundene Aktivität betont worden. Im Gegensatz zur ansonsten erlebten Abhängigkeit obliegt es hier den BewohnerInnen selbst, etwas an ihrer

Situation zu verändern.

„Es muss auch für Traurige weitergehen, weil sonst bleiben die irgendwie in einem Loch stecken, und finden da selber nicht mehr heraus. (...) Ja... man kann sich auch selbst rausholen, aber da muss man schon... wie soll ich sagen... eine gewisse Erfahrung haben, im Denken.“ (Interview A, S. 3/ 65- 70)

Das „Herausholen“ als aktiver Vorgang scheint auf bestehende Methoden, Strategien und Vorstellungen aufzubauen. Vor allem Erfahrungen und die dadurch ausgelösten kognitiven Prozesse könnten die Voraussetzung für die Herausbildung geeigneter Strategien im Umgang mit Belastungen sein. Durch kognitive Leistungen scheint es möglich zu sein, Aspekte des eigenen Erlebens zu beeinflussen und somit Verbesserungen für das eigene Befinden zu erzielen.

Subjektive Bewertungen

BewohnerInnen berichteten in den Gesprächen von emotionalen Haltungen, die als nützlich beziehungsweise belastend erlebt wurden. Aus diesen Erfahrungen scheinen sich teilweise Leitsätze zu bilden, die die emotionale Bewertung belastender Situationen prägen. Zwei emotionale Haltungen, die eher als belastend beschrieben wurden, sind einerseits das „Hineinsteigern“ in Situationen, andererseits die „Verbitterung“. Das „Hineinsteigern“ wird mit einer emotional tiefgreifenden Auseinandersetzung mit einem Thema verbunden, das die Gefahr beinhaltet, die Emotionen nicht mehr abbauen zu können. Jenes tiefgehende Einlassen wird seitens der BewohnerInnen abgelehnt. „Verbitterung“ als Resultat einer zu hohen Konfrontationsdichte an Frustrationen wird seitens einer jüngeren Bewohnerin eher mit dem Alter in Verbindung gebracht. Sie grenzt sich dem gegenüber bewusst ab, indem sie versucht, ihre Situation nicht negativ zu bewerten. In den Gesprächen mit jüngeren BewohnerInnen zeigte sich Tendenz, Emotionen wie Trauer zu akzeptieren. Dem „Hineinsteigern“ steht somit ein „Loslassen“ gegenüber.

„Weil wenn man da si reinsteigert, ist das nix- in gar nix sollte man sich reinsteigern, in nix, glaub ich. (...) Weil das ist schlecht, für einen selbst und auch schlecht für andere Personen, vielleicht.“ (Interview A, S. 10/ 304- 308)

Es wird von der jüngeren Bewohnerin angenommen, dass eine zu intensive Auseinandersetzung mit belastenden Emotionen schädliche Auswirkungen für die eigene Person und auch für andere Personen haben kann. Eventuell ist auch ein Verantwortungsgefühl in Bezug auf das Bedürfnis, Angehörige oder Freunde nicht zu stark zu belasten als Ursache für diese emotionale Grundhaltung zu sehen. Dies hätte wiederum Auswirkungen darauf, inwiefern soziale Ressourcen genutzt und aktiviert werden. Aus den Erfahrungen der jüngeren BewohnerInnen heraus scheinen sich Leitsätze beziehungsweise „Formeln“ für die Alltagsbewältigung entwickelt zu haben, die diese verinnerlichen und ausleben. Das Loslassen und Akzeptieren belastender Gefühle und eine positive

Grundhaltung scheinen hier hilfreich zu sein.

„Es muss auch für Traurige weitergehen, weil sonst bleiben die irgendwie in einem Loch stecken, und finden da selber nicht mehr heraus.“ (Interview A, S.3/ 65-66)

Eine positive Sichtweise scheint Emotionen der Trauer oder Ohnmacht ein Stück weit zu relativieren. Eventuell ermöglicht sie auch, neue Perspektiven einzunehmen und scheinbar Unveränderliches in ein neues Licht zu rücken. Die beschriebene positive Grundhaltung beinhaltet auch Aspekte wie Humor. Besonders in belastenden Lebenssituationen scheint Humor eine sehr wirkungsvolle Ressource zu sein. Dadurch können scharfe Grenzen wieder entschärft und aus einer Einengung heraus wieder neue Mobilität gewonnen werden.

„Aber man kann nichts machen, außer auf den Kopf stellen und lachen.“ (Interview D, S. 10/ 291- 292)

Eine humorvolle Perspektive bringt laut den betroffenen BewohnerInnen Leichtigkeit in den Alltag. Auch der salutogene Aspekt des Humors ist besonders bei der Konfrontation mit Belastungen von Bedeutung; durch die Fähigkeit, sich an Dingen zu erfreuen und aus dieser Freude heraus zu lachen richtet sich die Aufmerksamkeit auf bestehende Ressourcen und nimmt bestehenden Einschränkungen ihr Gewicht. So erzählt eine Bewohnerin, wie ihr der Rollstuhl ermöglicht, sich ungewöhnlich schnell auf der Station fortzubewegen. Diese Erzählung allein löst sichtbare Emotionen der Freude aus.

„(...) ich hab eine Frau zugewiesen bekommen und da haben wir uns ganz gut unterhalten und Übungen gemacht und die hat mich alleine fahren lassen im Rollstuhl, da hab ich das Gefühl dafür bekommen und ich bin gerast, ich bin gefahren so: (schreit(jubelt) (lacht) Schnelligkeit!“ (Interview A, S. 12/ 366- 370)

Erfahrungen, die im Gegensatz zur erlebten Immobilität stehen, werden sehr positiv bewertet. Der Spaß am Rollstuhlfahren konfrontiert die betroffene Bewohnerin zwar einerseits mit der Tatsache, nicht mehr gehen zu können, liefert aber gleichzeitig eine Alternative und zeigt neue Möglichkeiten auf. Somit steht der zuvor beschriebenen „Verbitterung“ und dem „Hineinsteigern“ neben dem „Loslassen“ auch der Humor als solcher gegenüber.

Definition einer individuellen Rolle und Identität

In Bezug auf die eigene Identität zeigte sich, dass Einstellungen des Durchhaltens und „Kämpfens“ hochgehalten werden. Diese werden mit bestehenden Perspektiven und Möglichkeiten auf Veränderung verbunden. Möglicherweise stellt dies auch einen Unterschied zu den anderen, älteren BewohnerInnen dar. Eine Bewohnerin beschrieb eine Situation beim Mittagessen, in der ihr niemand auf ihre Begrüßung antwortete und sie zurückgrüßte. Sie fühlte sich daraufhin unwohl und hatte das Bedürfnis, sich eher zurückzuziehen und nicht mehr viel Zeit „draußen“ auf der Station zu

verbringen. Die Bewohnerin vermittelte eine distanzierte und gleichzeitig gelassene Haltung zu dieser Situation. Die emotionale Balance scheint sich zwischen Resignation und Gelassenheit zu bewegen. Zu einem früheren Zeitpunkt hat sie erzählt, dass sie es bewusst vermeidet, sich in etwas „hineinzusteigern“. Diese bewusst gesteuerte Gelassenheit ist in diesem Fall weniger Resignation und Hoffnungslosigkeit, als vielmehr eine erlernte und erarbeitete Strategie. Die Abgrenzung zu den älteren BewohnerInnen scheint zum Teil eine bewusste Funktion zu erfüllen. Es scheint für das Selbstbild der jüngeren BewohnerInnen stärkend und stützend zu sein, sich als Individuum mit klar abgrenzbaren Eigenschaften zu verstehen. Den älteren BewohnerInnen werden ebenfalls klare Eigenschaften zugeschrieben. Damit werden die älteren MitbewohnerInnen aus der Perspektive der jüngeren BewohnerInnen zu einer homogenen Gruppe. Eigenschaften wie Nervosität oder eine gewisse „Fahrigkeit“ werden unmittelbar mit dem Alter an sich verbunden.

„(...) ich lasse die einfach irgendwas schreien oder irgendwas und... bin für mich. (...) Ja, das ist gut, weil man sonst vielleicht naja, ein bisschen nervös würde oder... so fahrig und selbst so so so ... man würde alt werden, ned?“ (Interview A, S. 11/ 335- 339)

Es gibt anscheinend Einstellungen, die zu einer Einengung und „Verhärtung“ der Perspektiven führen. Möglicherweise auch die institutionelle Enge verstärken. Im Gegensatz dazu steht der Individualismus der einzelnen BewohnerInnen. Eine jüngere BewohnerIn betont, dass es ihr durch die Konzentration und Fokussierung auf die eigene Identität möglich ist, sich von der „Enge“ der Institution „abzuwenden“. Es ist wahrscheinlich, dass dieses Verhalten als Strategie eingesetzt wird. Junge BewohnerInnen grenzen sich ab, um nicht zur Gruppe der älteren BewohnerInnen zu gehören und nicht dazu gezählt zu werden. Es ist naheliegend, dass durch die unmittelbare Nähe - Mehrbettzimmer, gleicher Tagesablauf, gleiche Betreuung - die Angst auf Seiten der jüngeren BewohnerInnen entsteht, sich irgendwann nicht mehr zu unterscheiden. Aufgrund eines Mangels an schützenden Strukturen in Bezug auf die eigene Identität kann es als notwendig empfunden werden, sich zurückzuziehen. Auch in Hinblick auf Privatsphäre und Öffentlichkeit kann es im Fall einer stark eingeschränkten Privatsphäre notwendig sein, sich so weit als möglich einen eigenen Raum zu schaffen.

„Ich zieh mich eher zurück...“ (Interview D, S. 7/ 222)

Sich mit der Gruppe der älteren BewohnerInnen zu identifizieren würde zeitgleich bedeuten, einige Jahre beziehungsweise Jahrzehnte zu „verlieren“ und für sich abzusprechen. Um das zu verhindern, scheint in der Wahrnehmung vieler jüngerer BewohnerInnen eine klare Abgrenzung nötig zu sein. Eine Bewohnerin assoziiert mit dem Allein-Sein eine gewisse Zufriedenheit. Demnach kann die Kompetenz des Allein-Seins und der Abgrenzung der eigenen Person von der Umgebung als

Strategie der Alltagsbewältigung im Lebensumfeld der Institution gedeutet werden.

5.4.2 Alltagsbewältigung

Struktur und Rhythmus im Alltag

Das Verfolgen von Gewohnheiten und bereits bestehender Hobbies und Beschäftigungen wird als große Unterstützung dabei erlebt, den Alltag in der Institution zu bewältigen. Die Normalität aus der Vergangenheit wird ins Jetzt, ins Leben in der Einrichtung, weitergetragen. Es wird an Positivem und bereits Vertrautem angesetzt, um sich über schwierige Phasen hinüber zu helfen. Durch das Beibehalten gewohnter Tätigkeiten wird es möglich, die Gegenwart mit ihren möglicherweise auch belastenden Aspekten nicht ständig als präsent wahrzunehmen. Hierbei wird oft das Eintauchen in virtuelle Welten, wie es das Fernsehen oder auch das Lesen ermöglichen, erwähnt und scheint geeignet zu sein, um eine „heilsame Distanz“ zu schaffen.

„(...) man kann sich eben aus so einem schwarzen Loch einfach- wenn man seine Dinge weitertut, wenn man seine Dinge, die man immer getan hat, weiterverfolgt- Lesen, Fernsehen, alles das- dann vergisst man die anderen Dinge. Und so kann man sich auch heraus retten aus so Situationen..“ (Interview A, S. 3/ 74- 78)

Die Strategie der „heilsamen Distanz“ zum Alltag stellt für Betroffene eine Möglichkeit zur aktiven Bewältigung dar; Ablenkung als gezielte Strategie zur Erweiterung des eigenen, gefühlten Lebensraumes bedeutet Selbstständigkeit und Autonomie. Das Wiederfinden beziehungsweise Aufnehmen eines eigenen Rhythmus stellt eine große Ressource dar, die sehr „erleichternd“ wirken kann. Hierbei kann es als Herausforderung erlebt werden, den eigenen Rhythmus in den institutionellen Rhythmus einzugliedern. Aufgrund der bestehenden Abhängigkeit von der Einrichtung besteht eine hierarchische Ordnung zwischen den jeweiligen Rhythmen. In dem Moment, in dem es gelingt, den eigenen Rhythmus auszuleben und umzusetzen, wird möglicherweise ein Stück subjektiver Kontrolle wiedererlangt. Verbunden mit dem Gefühl von Kontrolle ist das Gefühl subjektiver Sicherheit, Normalität und Selbstwirksamkeit.

„Dass man, man muss ja nicht gleich wieder zurückfinden, weil das kann schon ein bisschen dauern bei manchen Leuten, aber sie sollen in den Rhythmus zurückkommen- da fällt es ihnen am leichtesten...!“ (Interview A, S. 3/ 83- 85)

Weiters kann die Fähigkeit, sich an Irritierendes und Fremdes innerhalb der Institution zu gewöhnen, im Fall der jungen BewohnerInnen in der Geriatrie als eine bedeutende Ressource in Hinblick auf die Reduzierung von Stress und anderen negativen Folgen eines permanenten Fremd-Seins darstellen. Der Vorgang der Gewöhnung entschärft Kontraste zwischen dem eigenen Selbst und der Umgebung; Fremdes wird nicht länger als Irritation wahrgenommen. Eigene Erklärungskonzepte und –modelle legen sich über eine möglicherweise zum Teil nicht verstehbare

Wirklichkeit und schließen Erklärungslücken.

„(...) ja ich weiß nicht, ob ich mich irgendwie schon an das gewöhnt habe- das ist eigentlich ungewöhnlich, ned?- aber ich glaube, das ist Gewöhnung, nach so vielen Jahren.“ (Interview A, S. 16/ 505- 507)

Es wird demnach ein Stück weit das kompensiert, was die Institution teilweise nicht immer leisten kann: Inklusion und Eingliederung von neuen MitbewohnerInnen in ein soziales System.

Hobbies und Aktivitäten

Für Betroffene ist es ein Erfolg, wenn bereits bestehende Hobbies in die Institution „mitgenommen“ werden können. Die persönliche Einschränkung der Mobilität und Bewegungsfähigkeit kann unter anderem durch Hobbies kompensiert und eventuell auch relativiert werden.

„(...) mich interessiert zum Beispiel fast jede Art von Sport, überhaupt Motorsport und so(...)“ (Interview B, S. 3/ 67- 68)

Medien ermöglichen hier die Teilhabe an der Bewegungsfähigkeit und den körperlichen Leistungen anderer Menschen. Außerdem kann es zu einer Übertragung eines Lebensgefühls kommen. Die Teilhabe an diesem Lebensgefühl könnte im Kontext der institutionellen Versorgung eine Bewältigungsstrategie bedeuten. Die Kompetenz, Eigenes ins Fremde zu integrieren stellt eine weitere wichtige Ressource dar. Gleichzeitig hat das Verfolgen individueller Hobbies im Fall der jüngeren BewohnerInnen in der Geriatrie oft fast zwangsläufig den Effekt, dass eine Distanz zu den MitbewohnerInnen entsteht. Indem sich ein Individuum als solches definiert und verhält, schafft es Grenzen zwischen sich und seiner Umwelt.

„Also ich habe noch meine Hobbies, die habe ich alle. Weil meine Hobbies nicht unbedingt in der Natur stattfinden. Also meine Hobbies kann ich naja... teilweise hier auch haben. Aber nur teilweise.“ (Interview A, S. 8/ 227- 232)

Bei der Integration des Eigenen ins Fremde hat weiters die Realisierbarkeit und Integrierbarkeit desselben eine hohe Relevanz. Hobbies, die sich nur außerhalb der Institution ausleben lassen, sind kaum realisierbar. Räumlich steht den BewohnerInnen nicht viel Platz zur Verfügung und aufgrund der eingeschränkten Mobilität begrenzt sich der „Spielraum“ auf den Umkreis des Bettes bzw. - im Fall eines Einzelzimmers - aufs eigene Zimmer. Die Auswahl an Hobbies und an Beschäftigungsformen wird somit unter anderem von der Mobilität der BewohnerInnen beeinflusst. Weiters spielt Autonomie eine tragende Rolle; Hobbies sind häufig mit Spaß, Freude und Genuss an der Sache verbunden. Durch die Abhängigkeit von anderen Personen kann es geschehen, dass diese Faktoren in den Hintergrund geraten. So berichtet eine Bewohnerin, dass sie aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen nicht mehr lesen kann. Dies bedeutet für sie einen Verlust an Autonomie und einer Möglichkeit zur Teilhabe. Aufgrund diverser Einschränkungen bezüglich der

Freizeitgestaltung stellen Fernsehen, Radio und das Lesen die hauptsächlichen Beschäftigungsarten dar. Die Präsenz der Geräte scheint unter anderem auch eine beruhigende Funktion auf die befragten BewohnerInnen zu haben. Eine jüngere Bewohnerin berichtet, nur mit eingeschaltetem und leise laufendem Radio schlafen zu können. Außerdem kommt Fernsehprogrammen und Filmen eine hohe Bedeutung zu.

„I hab meinen Freund da stehen - den Fernseher!“ (Interview D, S. 4/ 121)

Einerseits erfüllen sie eine strukturierende Funktion und füllen den Tag aus. Andererseits bieten sie die Möglichkeit, Kontrolle auszuüben beziehungsweise den in der Institution teilweise erlebten Kontrollverlust zu kompensieren. Die Auseinandersetzung mit fiktiven Inhalten und das regelmäßige Konsumieren bestimmter Programme stellt für Betroffene möglicherweise auch eine Möglichkeit dar, sich zu definieren und mit den Inhalten zu identifizieren. Neben dieser Nutzung von Medien und Geräten zur Bewältigung belastender Situationen in der Institution wurde außerdem das Mobiltelefon als bedeutsam genannt. Es stellt ein wesentliches Hilfsmittel dar, um vor allem mit Freunden und Familienmitgliedern in Kontakt zu bleiben. In Bezug auf die Alltagsgestaltung berichtet eine junge Bewohnerin, sich neben den Mahlzeiten vor allem mit Fernsehen und Radio zu beschäftigen.

„Ich schau halt meistens fern oder hör Radio, weil ganz ohne kann man auch ned auskommen.“ (Interview B, S. 1/ 8-9)

Die auffallend häufige Erwähnung des Fernsehens, legt nahe, dass durch die Beschäftigung mit anderen Realitäten und Erfahrungen ein Blick nach „außen“ möglich wird. Auch fehlende Kontakte und soziale Interaktionen könnten durch die Beschäftigung mit fiktiven Personen und deren Beziehungen abgemildert werden. Auch wenn das Fernsehen in gewissem Maße Teilhabe ermöglicht, sind die betroffenen, jüngeren BewohnerInnen insofern auch hier in ihrer Autonomie eingeschränkt, als dass sie vom jeweiligen Fernsehprogramm abhängig sind. Es kann nicht nach eigenen Interessen oder Bedürfnissen bestimmte Inhalte angesehen werden, da oft kein DVD-Player oder ähnliches vorhanden ist. Auch die Auswahl an Programmen ist oft begrenzt und BewohnerInnen geben an, oft keinen Einfluss auf die Auswahl an Sendern zu haben.

5.4.3 Zukunftsperspektiven

Die Wahrnehmung zeitlicher Dimensionen hat sowohl in Hinblick auf die Lebensplanung, als auch auf das Selbstbild einer Person maßgeblichen Einfluss. Durch die Gespräche mit den BewohnerInnen zeigt sich die Tendenz, vor allem in der Gegenwart zu denken und zu leben. Eine intensive Auseinandersetzung mit der Vergangenheit wird oft mit einem „Nachtrauern“ verbunden,

welches negativ bewertet wird. Ebenso zeigt sich die Planung der Zukunft als sehr ungewiss und somit problematisch. Aus einem Gespräch geht hervor, dass die Zukunft als schmerzvoll und angstbesetzt erlebt wird. Gegenüber der Zukunft besteht ein Kontrollverlust; es ist sehr ungewiss, wie die Zukunft gestaltet werden kann. Die Orientierung und Fokussierung an und auf die Gegenwart scheint somit zugleich sowohl die Antwort auf einen Mangel an Alternativen, als auch eine Strategie der Bewältigung zu sein. In den Gesprächen mit einigen der befragten BewohnerInnen werden die Einschränkungen der eigenen Gesundheit teilweise als zu bewältigende Störung empfunden. Auch wenn die Konsequenzen der vorhandenen Defizite klar sind, erhoffen sich manche der BewohnerInnen von den Therapien Verbesserungen ihres Zustandes. Häufig existieren auch Nah- und Fernziele für die eigene Lebens- und Zukunftsplanung. Die Fokussierung auf die Wiedererlangung der eigenen Mobilität steht möglicherweise teilweise in Verbindung mit dem Alter der Betroffenen. Die erlebten Einschränkungen der Mobilität scheinen in einem gefühlten aproportionalen Verhältnis zum eigenen Alter zu stehen.

„Ja ich hab ja noch ein Ziel, weil ich bin ja... na ich bin nicht hundert! (lacht)“ (Interview A,S.15/472)

Die Hoffnung, wieder mehr Mobilität zu erhalten, scheint somit mit den eigenen Lebensplänen und –zielen verbunden zu sein. Hierbei kommt es häufig zu einem Fokus auf bestehende Ressourcen und vorhandene Fähigkeiten. Generell ist ein Widerstand seitens der jüngeren BewohnerInnen gegen die Endgültigkeit der Erkrankung und die erlittenen körperlichen Einbußen zu bemerken.

5.5 Bewältigungsgrundlagen und –strategien: Fazit

Bereits im Kapitel 4. wurde anhand der Beschreibung des Phänomens „Chronische Erkrankung“ vermehrt der Bezug zu Bewältigungsprozessen hergestellt. Insbesondere die Salutogenese lieferte durch ihr Konzept des Kohärenzgefühls einen Zugang zu der Fragestellung, welche Faktoren die adäquate Reaktion auf erlebte Belastungen beeinflussen (vgl. Antonovsky, 1997, S. 33- 36). Auch das Trajektkonzept nach Corbin und Strauss bezieht sich insofern auf die Krankheitsbewältigung, als dass es Zusammenhänge zwischen dem sozialen Umfeld und dem Bewältigungsverhalten eines Individuums erklärt (vgl. Corbin et al., 2009, S. 65- 66). Im Rahmen der subjektiven Krankheitstheorien wird die Bedeutung von Bewertungen in Hinblick auf die Einschätzung von erlebten Belastungen und die damit verbundene Bewältigungsmotivation hervorgehoben (vgl. Faltermaier, 2009, S. 207; Corbin/ Strauss, 2004, S. 54- 59). Auch die Stresstheorien liefern vor allem im Rahmen der transaktionalen Modelle Grundlagen für das Verständnis von Bewältigungsprozessen. Das vorliegende Kapitel ergänzte die bereits erfolgten Annäherungen an die

Thematik der Bewältigung durch einzelne Aspekte der Coping- und Bewältigungsforschung. In Hinblick auf die Zielgruppe dieser Arbeit ist hier besonders bedeutsam, dass Erkrankungen während ihrer gesamten Dauer Bewältigungsversuche erfordern. Der prozesshafte Verlauf von Bewältigung, vor allem bei chronischen Erkrankungen, wird hier deutlich. Während des gesamten Verlaufs benötigen Betroffene verschiedene Ressourcen, um den Belastungen und Anforderungen adäquat zu begegnen (vgl. Schubert, 2012, S. 118). Die Unterscheidung zwischen aktiv genutzten und potentiell verfügbaren Ressourcen ist insofern relevant, als dass sich daraus für die psycho-soziale Begleitung Betroffener ableiten lässt, wie wichtig es ist, Ressourcenpotentiale ausfindig zu machen und gegebenenfalls zu aktivieren. Eine weitere wesentliche Erkenntnis ist die Annahme, dass schon allein das Bewusstsein, über ein gewisses Ressourcenpotential zu verfügen, eine Form von Rückhalt bedeuten kann (vgl. Weinhold, 2012, S. 54). Die hohe Subjektivität des Bewältigungsverhaltens macht sich demnach dadurch bemerkbar, dass die Nutzung von Ressourcen stark davon abhängt, inwiefern diese als solche erkannt und bewertet werden. Im psycho-sozialen Setting gilt es demnach neben einer Analyse der vorhandenen Ressourcen auch, die jeweiligen Bewertungen der Betroffenen zu verstehen und gegebenenfalls zu sensibilisierend zu beeinflussen (vgl. Schubert, 2012, S. 114- 115). Die Unterscheidung zwischen persönlichen und umweltbezogenen Ressourcen (vgl. Schubert/ Knecht, 2011 in Schubert, 2012, S. 117- 118) legt vor allem in Hinblick auf die Zielgruppe dieser Arbeit nahe, dass nicht nur das soziale Wohnumfeld und somit externe Gegebenheiten das Ausmaß an möglichen Unterstützungsleistungen bestimmen, sondern dass auch persönliche Faktoren, wie in etwa kognitiv-emotionale Einstellungen, Selbstwirksamkeitsüberzeugungen oder interaktionelle Fähigkeiten ihren Einfluss ausüben können. Das „Systemische Anforderungs- Ressourcen- Modell“ verweist unter anderem darauf, dass persönliche Ressourcen die Basis für ein gelingendes Bewältigungsverhalten sind (vgl. Schubert, 2012, S. 121). Der Beitrag der Ressourcenerhaltungstheorie zeigt weiters auf, wie bedeutsam die Stärkung von Ressourcen und der Aufbau eines breiten Ressourcenpotentials sind. Da der Verlust von Ressourcen zu einer allgemeinen Verlustspirale führen kann, ist es wichtig, bestehende Ressourcen zu erhalten und den Gewinn neuer Ressourcen zu fördern. Besonders im Kontext chronischer Erkrankungen kann es für Betroffene eine große Herausforderung darstellen, neue Ressourcen zu gewinnen; hieraus ergibt sich ein Handlungsbedarf für professionelle Unterstützungsleistungen (vgl. Salewski, 2009, S. 166- 167). Corbin und Strauss erklären den Bewältigungsprozess durch vier biographische Prozesse, die dahin führen sollen, die Kette „Biographischer Körperkonzeptionen“ wieder zusammen zu setzen (vgl. Corbin/ Strauss, 2004, S.

87). Diese Kette besteht aus den drei miteinander interagierenden Konzepten der biografischen Zeit, der Selbstkonzeptionen und des Körpers. Im biographischen Verlauf entsteht aus der kontinuierlichen Interaktion dieser drei Elemente die Identität einer Person. Chronische Erkrankungen stellen für Betroffene häufig einen Bruch der BKK- Kette dar, der nur durch die vier Prozesse der Kontextualisierung, der Bewältigung, der Wiederherstellung der Identität und eines Neuentwurfs der Biographie wieder zusammengefügt werden kann. Die empirischen Ergebnisse im Bereich der Bewältigungsstrategien haben sehr ähnliche Ergebnisse geliefert. Die „Persönlichen Ressourcen“, die sich einerseits aus „Subjektiven Bewertungen“ und andererseits aus einer „Definition der eigenen Rolle und Identität“ zusammensetzen, sind gleichzusetzen mit den biographischen Prozessen der Bewältigung und der Wiederherstellung der Identität. Die Ergebnisse zur „Alltagsbewältigung“ mit ihren Hinweisen auf die Bedeutung von „Struktur und Rhythmus“ und individuellen „Hobbies und Aktivitäten“ weisen Parallelen zu den Prozessen der Kontextualisierung und der Bewältigung auf. Die dritte Erkenntnisebene der „Zukunftsperspektiven“, ist mit dem Prozess des biographischen Neuentwurfs nach Corbin und Strauss zu vergleichen (vgl. Corbin/Strauss, 2004, S. 87). Die Spiegelung der empirischen Ergebnisse in bereits vorhandenen Theorien legt nahe, dass sich Empirie und Theorie an dieser Stelle gegenseitig bestätigen.

6. Soziale Unterstützung als Copingressource

Besonders dann, wenn Transitionsprozesse als überfordernd erlebt werden, beginnen Individuen, ihre sozialen Ressourcen zu aktivieren und zu nutzen. In ihren Dimensionen sind die Leistungen von sozialer Unterstützung den individuellen Copinganstrengungen sehr ähnlich (vgl. Weinhold, 2012, S. 64). Die Verbindung von individuellen Copingressourcen und sozialer Unterstützung ist vor allem in der intrapersonellen Kompetenz eines Individuums zu sehen, soziale Hilfe- und Unterstützungsleistungen als solche wahrzunehmen, zu aktivieren und zu nutzen. Für die Bewältigung nicht normativer Lebensübergänge - wie es chronische Krankheiten sind - benötigen Betroffene Ressourcen, die sowohl aus ihren informellen, als auch aus formellen Systemen stammen können. Zu dieser erforderlichen Bewältigung zählen zusätzlich die Vermeidung von Risiken, die mit der entstandenen Belastung einhergehenden und die Nutzung von neuen Möglichkeiten und Chancen. Ressourcen übernehmen innerhalb des Transitionsprozesses die Funktion, bei „emotionalen, kognitiven und handlungsbezogenen Orientierungs-, Planungs-, Entscheidungs-, Aktions- und Reflexionsanforderungen“ (zit. n. Weinhold et al., 2012, S. 53)

hilfreich zu sein und unterstützend zu wirken. Dies zeigt unter anderem die Relevanz sozialer Unterstützung im Zusammenhang mit chronischen Erkrankungen und den damit einhergehenden Belastungssituationen (vgl. Dettmers/ Spreng, 2001, S. 4). Soziale Ressourcen und soziale Unterstützungsleistungen nehmen somit im präventiven, als auch im kurativen und rehabilitativen Bereich eine besonders bedeutsame Position ein, wobei im Rahmen salutogenetischer Modelle zunehmend die Tendenz besteht, sich von pathogenetischen, klinisch-medizinischen Modellen abzuwenden. Neuere Support- Modelle unterstreichen hingegen die Fokussierung auf die Förderung von Ressourcen und die Steigerung des Wohlbefindens. Kritische Lebensereignisse können bei positiver Bewältigung neue Potentiale und Ressourcen von Betroffenen mobilisieren und somit zu einem generellen Ressourcengewinn führen. Selbstwert, Bewältigungsoptimismus, Vertrauen in die Hilfe anderer und Problemlösungskompetenzen können bei positiver Bewältigung und ausreichend erhaltenem Support aus Belastungssituationen und kritischen Lebensphasen mitgenommen werden (vgl. Weinhold, 2012, S. 61, Perrez 1998, S. 292).

6.1 Begriffsbestimmungen

6.1.1 Soziale Netzwerke

Der Netzwerkbegriff besitzt in verschiedenen wissenschaftlichen Fachrichtungen jeweils unterschiedliche Bedeutungen. Es ist daher immer notwendig, auf seinen Kontext zu achten (vgl. Laireiter, 2009, S. 76; Perrez, 1998, S. 291). Der Begriff des sozialen Netzwerks wird oft mit den Begrifflichkeiten der sozialen Integration und der sozialen Unterstützung verbunden. Soziale Integration meint vorwiegend die quantitativen Aspekte eines sozialen Netzwerks und bezeichnet das Ausmaß, in dem ein Individuum in seine sozialen Netzwerke eingebunden ist. Dabei bewegen sich Individuen innerhalb ihrer sozialen Einbettung zwischen den Polen der sozialen Integration und der sozialen Isolation. Soziale Unterstützung hingegen meint die qualitative Ebene und die Inhalte sozialer Interaktionen (vgl. Knoll, 2009, S. 223).

6.1.2 Soziale Unterstützung

Soziale Systeme übernehmen in Übergangsprozessen eine elementare Rolle. Durch ihre unterstützende Wirkung können sie einerseits die Bewältigung komplexer Anforderungen fördern, als auch die Risiken von Belastungssituationen dämpfen (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 53; Perrez, 1998, S. 292; Badura, 1981, S. 26). Der Begriff der sozialen Unterstützung kommt aus dem Bereich der sozialegpidemiologischen, medizinisch-soziologischen Forschung. Das Kernelement seiner

Bedeutung bezieht sich darauf, dass soziale Beziehungen und Interaktionen für Individuen eine Ressource bedeuten. Soziale Unterstützung wird oft gleichgesetzt mit Identität, Sicherheit und Rückhalt und bildet damit eine elementare Ressource für die Bewältigung komplexer und herausfordernder Lebenssituationen. Weiters ermöglicht sie eine Aufrechterhaltung und Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit (vgl. Laireiter, 2009, S. 85. Perrez, 1998, S. 292).

„Soziale Unterstützung (social support) ist eine zentrale Bedingung der Sicherung von Gesundheit, der Verbesserung von Wohlbefinden und der Förderung von Lebensführung und Lebensbewältigung in allen Lebensbereichen.“ (zit. n. Weinhold et al., 2012, S. 54)

Aus diesen und anderen Untersuchungen sozialer Unterstützung geht hervor, dass es sich dabei um ein Phänomen hoher Komplexität handelt. Es beinhaltet einerseits den sozialen Rahmen, in dem sich ein Individuum bewegt und beherbergt ein gewisses soziales Potential an Personen oder Personengruppen, die als Unterstützung zur Verfügung stehen. Andererseits bezeichnet es die direkten sozialen Interaktionen, durch die Unterstützungsleistungen vermittelt werden können. Außerdem gehört die Wahrnehmung sozialer Eingebundenheit und das Gefühl des Rückhalts ebenso zur Konzeption sozialer Unterstützung und trägt zur Befriedigung grundlegender Bedürfnisse bei (vgl. Laireiter, 2009, S. 86- 87; Perrez, 1998, S. 292). Da das Gefühl von Rückhalt und Verbundenheit personalisierte Erfahrungen sind, die auf frühkindliche Entwicklungsprozesse zurückgehen, können sie nur durch die „Resonanz von anderen Menschen“ gemacht werden (zit. n. Hüther, Pilz, 2012, S. 23). Die Erfüllung dieser Grundbedürfnisse und die Gewährleistung eines sozialen Wohlbefindens basiert somit auf sozialen Beziehungen und einem stabilen sozialen Umfeld.

6.2 Support- Dimensionen

Junge chronisch kranke BewohnerInnen im Pflegewohnhaus beziehen ihre soziale Unterstützung aus unterschiedlichen Ressourcen. Familienmitglieder und Freunde, Angehörige verschiedener Berufsgruppen in der Institution und MitbewohnerInnen stellen die hauptsächlichen sozialen Systeme der Betroffenen dar. Die geleistete soziale Unterstützung der verschiedenen Personengruppen bewegt sich oft in unterschiedlichen Support- Dimensionen (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 55):

- Emotionale Unterstützung (emotional support) stellt einen der wichtigsten Aspekte sozialer Unterstützung dar. Damit ist vor allem sozialer Austausch gemeint, der Zugehörigkeit und

Zuwendung, Trost und Wertschätzung vermittelt. Dies kann sich in Form von Gesprächen oder auch in der Präsenz und Anteilnahme anderer Personen ereignen.

- Praktische oder instrumentelle Unterstützung (instrumental/ practical support) beläuft sich einerseits auf die Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags (z.B. durch pflegerische Tätigkeiten) und andererseits auf materielle Hilfen in Form von Geld- und Sachleistungen.
- Informative Unterstützung (informational support) liefert Informationen, welche die Bewältigung von herausfordernden Situationen fördern können. Dies kann in etwa durch problem- und lösungsfokussierte Beratung und Gespräche erfolgen.
- Interpretative Bewertungsunterstützung (appraisal/ esteem support) ist jener Teil sozialer Unterstützung, der vorwiegend von sozialen Systemen und Netzwerken als solche gestellt wird. Hierbei handelt es sich einerseits um Unterstützung in Bezug auf die Einschätzung (primary appraisal) von problematischen, komplexen Situationen, als auch die Wahrnehmung und Identifizierung von Handlungsoptionen und Bewältigungsmöglichkeiten (secondary appraisal).

Emotionale Unterstützung erfordert viel Zeit und Zuwendung. Außerdem setzt sie eine gewisse Beziehungsintensität voraus, da sie unter anderem auf Vertrauen aufbaut und sich durch Trost, Zuwendung und Wertschätzung äußert. Auch in Bezug auf interpretative Bewertungsunterstützung sind die Beziehungssysteme, die Betroffene direkt umgeben, von großer Bedeutung (vgl. Dettmers/ Spreng, 2007, S. 7).

„Insbesondere die Informationsspeicher- und verhaltensorientierte Funktion sozialer Gruppen und Beziehungen sowie das dadurch vermittelte Zugehörigkeitsgefühl und die gewährten Schutz- und Rückzugsmöglichkeiten befriedigen elementare soziale Bedürfnisse in einer Welt chronischer Belastungen, permanenter Veränderungen und akuter Krisen.“ (zit. n. Badura, 1981, S. 27)

Die Ausdifferenzierung sozialer Unterstützung in verschiedene Dimensionen macht deutlich, wie vielschichtig und komplex sich das Konstrukt eines sozialen Unterstützungspotentials gestalten kann.

6.3 Kriterien sozialer Unterstützung

Aufgrund der vielen Dimensionen, die in ihrer Summe soziale Unterstützung ausmachen, stellt es eine Herausforderung dar, die Kriterien für eine optimale soziale Unterstützung festzulegen. Cohen und Wills (1985) erarbeiteten das „stress-support-specifity-model“. Dieses weist vor allem auf die

Bedeutung der Passung zwischen Stressor und Unterstützung hin (vgl. Weinhold et al., 2012; S. 58, Perez et al, 1998, S. 294; Badura, 1981, S. 29). Demnach können Belastungsfolgen nur dann erfolgreich vermieden werden, wenn die erbrachte Unterstützung einerseits den Anforderungen des Stressors an sich, andererseits den Erwartungen der betroffenen Person entspricht. Cutrona und Russell (1990) haben weiters erkannt, dass die Passung von Unterstützungsart und Stressor vor allem bei Problemen von Bedeutung ist, die grundsätzlich als zu bewältigend wahrgenommen werden. Bei Problemen, deren Bewältigung nicht im Bereich der subjektiven Vorstellung liegt, wirkt emotionale Unterstützung am effektivsten. Außerdem werden vor allem Hilfeleistungen, die von Personen, die bereits selbst mit der spezifischen Belastung konfrontiert waren, erbracht werden, sehr unterstützend erlebt. Besonders interaktionale Support- Modelle sehen soziale Unterstützung immer weniger als stabilen Einflussfaktor auf die Gesundheit Betroffener, sondern als Variable im Bewältigungsprozess, die selbst Einflussfaktoren unterworfen ist. Somit kann das Ausmaß und die Tragfähigkeit sozialer Unterstützung ihrerseits wiederum von Stressoren beeinflusst werden (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 58- 59; Perez et al, 1998, S. 294- 295). Chronische Krankheit geht mit einer permanent zunehmenden Abhängigkeit einher. Dies wirkt sich in nahezu allen Lebensbereichen aus. In Hinblick auf soziale Beziehungssysteme bedeutet sie unter anderem weitreichende Umstellungen und wachsende Anforderungen an das soziale Umfeld, da die Normalität der Reziprozität durch die steigende Abhängigkeit der Betroffenen zwangsweise sinkt (vgl. Bury, 2009, S. 77). Wird ein soziales System auf diese Weise über einen längeren Zeitraum verstärkt belastet und gefordert, kann es dazu kommen, dass seine Unterstützungskapazitäten geschwächt werden und die Unterstützungswahrscheinlichkeit der Netzwerkmitglieder somit sinkt.

6.4 Die Nutzung sozialer Ressourcen

Die Aktivierung und Nutzung einzelner sozialer Ressourcen und die Auswahl bestimmter Unterstützungsdimensionen für bestimmte Belastungen ist unter anderem von den betroffenen Personen und ihren sozialen Kontexten abhängig. Somit kann soziale Unterstützung als „interaktionales Meta- und Schirmkonzept“ zusammengefasst werden (vgl. Vaux, 1988 in Weinhold, 2012, S. 60). Dieses umfasst einerseits das soziale Unterstützungspotential eines sozialen Netzwerks, welches sich durch die Integration des betroffenen Individuums in sein Netzwerk und die Netzwerkstruktur desselben auszeichnet. Unter dem Begriff der Unterstützungsressourcen werden jene Personen und Personengruppen verstanden, die einem Individuum als (potentielle) Unterstützung im Alltag beziehungsweise in spezifischen Belastungssituationen zur Verfügung

stehen. Andererseits wird das Unterstützungsverhalten erfasst, welches sich aus objektiven Unterstützungsleistungen und –interaktionen zusammensetzt. Hier kann zwischen erhaltener („received“) und gegebener („enacted“) Unterstützung unterscheiden werden (vgl. Laireiter, 2009, S. 88). Zusätzlich wird die Wahrnehmung der geleisteten beziehungsweise erhaltenen („perceived“) Unterstützung in das Konzept mit aufgenommen. Um möglichst hilfreich zu sein, sollten diese drei Dimensionen möglichst vollständig zueinander passen. Werden die Wechselwirkungen innerhalb eines sozial-ökologischen Rahmens berücksichtigt, kann der Bewältigungsprozess als Variable verstanden werden. Diese wird vor allem von den drei Einflussfaktoren der belastenden Lebenssituationen, des gegebenen Ressourcenpotentials und der persönlichen Merkmale, Bewertungen und Wahrnehmungen der Betroffenen geformt. Das individuelle Coping, das Supportverhalten eines sozialen Netzwerks und die Bewertungen der erfolgten Unterstützungsleistungen unterliegen somit letztendlich den aktiven Entscheidungen der jeweiligen Netzwerkmitglieder (vgl. Weinhold, 2012, S. 61).

6.5 Auswirkungen sozialer Unterstützung

Individuen, die über ausreichende soziale Ressourcen und ein tragfähiges Beziehungssystem verfügen, sind generell weniger krankheits- und störungsanfällig und somit gesünder (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 57, Perez, 1998, S. 292, Röh/ Ortmann, 2012, S. 231). Soziale Unterstützung erzielt ihre Auswirkungen vor allem durch zwei spezifische Effekte; diese können als Haupt- und Puffereffekt beschrieben werden. Der Haupteffekt beinhaltet vor allem die präventiven und fördernden Wirkungen sozialer Unterstützung in Bezug auf die Gesundheit. Beziehungssysteme schaffen Gefühle der Zugehörigkeit und Gemeinschaft und verhindern soziale Isolation. Dieser Rückhalt wirkt sich einerseits positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden aus, andererseits werden Selbstwertgefühl und Bewältigungsmotivation gesteigert (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 56; Dettmers/ Spreng, 2007, S. 7; Badura, 1981, S. 28).

„Diese Erfahrungen von sozialer Einbindung und sozialem Rückhalt wirken generell und belastungs- bzw. stressunabhängig, denn Menschen nehmen soziale Beziehungen nicht mit dem Blick auf Problembewältigung auf, sondern vielmehr aus dem ständigen Streben nach Kontakten, Interaktion, Rückmeldung, Akzeptanz, Intimität und Bindung heraus.“ (zit. n. Weinhold et al., 2012, S. 56)

Der primärpräventive Aspekt sozialer Unterstützung besteht weiters darin, dass manche belastungs- und stressbedingten Folgen bereits in ihrer Entstehung gehindert und so vermieden werden können. Der Puffereffekt sozialer Unterstützung beschreibt hingegen das Phänomen, dass die Ressource

sozialer Unterstützung potentiell gefährdende Lebensereignisse abmildern oder auch entschärfen können. Hier wird vor allem eine stressmindernde Wirkung beobachtet (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 57). Auf diese Weise können psychische oder körperliche Folgen von Belastungen und die häufig damit in Verbindung stehende Anfälligkeit für (weitere) Erkrankungen vermieden werden.

6.6 Bio- psycho- soziales Erklärungsmodell gesundheitlicher Supportwirkungen

Es kann davon ausgegangen werden, dass in Bezug auf die gesundheitlichen Auswirkungen von Sozialer Unterstützung physische, psychische und soziale Prozesse miteinander interagieren und zu den beobachtbaren Effekten und Auswirkungen führen können. Auch die Bedeutung neurobiologischer Prozesse im Zusammenhang von Stress und sozialer Unterstützung sollen kurz beleuchtet werden.

6.6.1 Physiologische Prozesse

Social Support wirkt sich auf physiologischer Ebene in einer Stärkung des Immunsystems und einer Dämpfung körperlicher Stressreaktionen aus. Dadurch können oft in weiterer Folge psychische Belastungen in Folge von körperlichen Spannungszuständen gemildert oder auch vermieden werden. In Bezug auf die Stärkung des Immunsystems und die Milderung von Stressreaktionen sind es vor allem immunologische, humorale und neuronale Vorgänge, die für die Effekte verantwortlich sind (vgl. Weinhold, 2012, S. 62- 63). Der Einfluss des sozialen Umfelds auf das Immunsystem von Organismen lässt sich neben den positiven Auswirkungen auch anhand der negativen Folgen von Belastungen in der Umgebung eines Individuums darstellen. So wirkt sich sozialer Stress nachweislich negativ auf das Immunsystem aus. Eine schlechte Netzwerkintegration ist häufig mit einer erhöhten Krankheitsanfälligkeit verbunden. Der Einfluss von Stress auf das Immunsystem wirkt sich vor allem in einer verminderten Reaktion der Lymphozyten, einer Verminderung der Killerzellen und Antikörper, sowie einem Anstieg an Serum- Kortisol und Harnsäure aus (vgl. Weinhold, 2012, S. 63). Das Immunsystem ist ein ausgewogenes System von verschiedenen Regelkreisen, das ein permanentes Gleichgewicht zwischen hemmenden und aktivierenden Faktoren sucht. Hierbei spielt das Hormon Kortisol eine wesentliche Rolle, indem es das Immunsystem hemmt. Durch langfristige Einwirkung von Stress und die damit verbundene, verminderte Kortisol-Freisetzung, kann dieses entgleisen. Durch den Mangel an Kortisol kann es zu einer überschießenden Aktivierung von Immunreaktionen kommen. Wenn anderenfalls ein Kortisol-Überschuss besteht, wirkt sich das in einer Hemmung von Immunreaktionen aus (vgl. Isermann, 2010, S.66). Akuter, kurzfristiger Stress führt zu einem Anstieg an IL-6 und NK- Zellen. Diese

Prozesse wirken sich auf den gesamten Körper aus: So werden in etwa bei Infektionen Reaktionen wie Fieber ausgelöst, die unter anderem einer verbesserten Wundheilung dienen. Langfristiger, chronischer Stress führt zu einer Verringerung der NK- Zellen durch die langfristige Ausschüttung von Botenstoffen wie Kortisol, Adrenalin und Noradrenalin. Viele Prozesse des Körpers werden durch diese Botenstoffe beeinflusst. Die langfristige Ausschüttung von IL-6 hat eine Auswirkung auf verschiedenste Erkrankungen. Es kann Körperzellen schädigen, bösartige Entartungen fördern und die zelluläre Immunabwehr hemmen, obwohl sie für die akute Abwehr sehr wichtig ist. Erhöhte Werte von IL-6 sind mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität assoziiert. Auch neurobiologische Prozesse werden so in Gang gesetzt. Dies geschieht durch die Wirkung von Zytokinen auf das zentrale Nervensystem. Das sogenannte „sickness behaviour“ mit Symptomen wie Rückzug, Appetitlosigkeit, und gedrückter Stimmung zählt hier dazu (vgl. Isermann, 2010, S. 67). Ein positives soziales Umfeld, das Gemeinschaft und Unterstützung bietet, fördert hingegen die Immunkapazitäten des einzelnen Individuums. Unterstützung in Stresssituationen wirkt sich beispielsweise auf das gesamte Herz-Kreislauf-System und den Hypothalamus regulierend und beruhigend aus. Weiters werden Motivationsbotenstoffe wie Dopamin vermehrt ausgeschüttet und es kommt zu einer Erhöhung von Betaendorphinen und Oxytocin. Diese Stoffe wirken euphorisierend, beruhigend und schmerzlindernd. Auch auf die Atmung und den Muskelapparat wurden beruhigende und entspannende Effekte nachgewiesen (vgl. Weinhold, 2012, S. 63).

6.5.2 Neurobiologische Prozesse

Die Reduktion von Stresserfahrungen, die ein Individuum durch soziale Unterstützung erfahren kann, hat weiters fördernde Effekte auf die Plastizität des Gehirns. Der Begriff der Plastizität bezeichnet die Fähigkeit des Gehirns, neue neuronale Netze und Verbindungen zu bilden (vgl. Schmitt, 2012, S. 12). Stress wirkt sich hierbei plastizitätshemmend aus. Indem Stresshormone gebildet werden, kommt es zu einer Reduktion der Bildung neuer neuronaler Netze. Außerdem haben neurobiologische Studien gezeigt, dass soziale Isolation im menschlichen Gehirn dieselbe neuronale Repräsentation aufweist, wie körperlicher Schmerz. Gefühle der Einsamkeit bedeuten demnach auf neurobiologischer Ebene dasselbe Stressniveau, wie eine körperliche Verletzung (vgl. Schmitt, 2012 S. 11-12). In diesem Zusammenhang wird deutlich, dass soziale Unterstützung nicht nur auf psychosozialer, sondern auch auf physiologischer Ebene zu einer Steigerung des Wohlbefindens führen kann. Zusätzlich wirken sich Aktivität und sozialer Kontakt positiv auf die Entstehung neuer neuronaler Verbindungen aus (vgl. Schmitt, 2012 S. 11-12).

6.5.3 Psychologische Prozesse

Psychologische Effekte sozialer Unterstützung sind bislang am besten erforscht und am weitreichendsten nachgewiesen. Vor allem in Hinblick auf das Wohlbefinden, das Gefühl von Zugehörigkeit und Aufgehoben-sein, Wertschätzung und Bestätigung, sowie Respekt und Akzeptanz wirkt sich die Integration und Einbindung in soziale Netzwerke aus. Sowohl der Optimismus, als auch der Selbstwert und das Selbstbewusstsein können durch Erfahrungen sozialen Rückhalts und sozialer Absicherung gestärkt werden.

„Personen erfahren Sicherheit und Reduktion von Angst durch Bindung und das Eingebettet-Sein in soziale Beziehungen und durch die Aussicht auf Hilfe in Notfällen.“ (zit.n. Weinhold, 2012, S. 63)

Auch das Gebraucht-Werden von Mitgliedern des eigenen sozialen Netzwerks kann sich positiv auf den individuellen Selbstwert und die persönlichen Kontrollerfahrungen auswirken. In Hinblick auf die Reduktion von Stress in Belastungssituationen wirken auf psychologischer Ebene vor allem Bewertungs- und Interpretationsprozesse als hilfreich. Diese werden vor allem durch emotionale Unterstützung oder durch Erfolgserlebnisse in Bezug auf eine gelungene Bewältigung erreicht (vgl. Weinhold, 2012, S. 63- 64; Dettmers/ Spreng, 2007, S. 7).

6.5.4 Soziale Prozesse

Soziale Einflüsse zeigen sich unter anderem dadurch, dass Einstellungen, Werthaltungen und gesundheitsbezogenes Verhalten sozial geprägt und beeinflusst wird. Durch Werte und Normen erfolgen Regulierungen und Kontrolle, die sich direkt auf das Verhalten einzelner Personen auswirken. Gemeinschaft und sozialer Zusammenhalt wirken sich unterstützend und gesundheitsfördernd aus. Auch die „Pufferung“ sozialer Unterstützung im materiellen Bereich durch die Bereitstellung materieller Ressourcen wirkt sich direkt oder indirekt auf die Bewältigungskompetenzen und das Ressourcenpotential Betroffener aus (vgl. Weinhold, 2012, S. 64).

6.6 Soziale Unterstützung als Copingressource: Fazit

Vor allem in Belastungssituationen, die das Bewältigungspotential von Individuen überfordern, gewinnt soziale Unterstützung an Bedeutung (vgl. Dettmers/ Spreng, 2001, S. 4). Soziale Unterstützung als wesentliche Ressource wirkt sich neben ihrem Einfluss auf den Bewältigungsprozess und die Belastungswahrnehmung auch im bio-psycho-sozialen Bereich aus (vgl. Laireiter, 2009, S. 85. Perrez, 1998, S. 292). Hierbei wird zwischen dem Haupt- und dem Puffereffekt unterschieden, wobei sich der Haupteffekt auf die direkten gesundheitlichen

Auswirkungen sozialer Unterstützung bezieht. Der Puffereffekt bezeichnet die abschwächenden Auswirkungen sozialer Unterstützungsleistungen auf die Belastung und ihre jeweiligen Folgen (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 56; Dettmers/ Spreng, 2007, S. 7; Badura, 1981, S. 28).). Während das Phänomen sozialer Unterstützung durch die Dimensionen der emotionalen, praktischen, informativen und interpretativen Unterstützung beschreiben lässt, zeichnen sich seine Wirkungen im physiologischen, neurobiologischen, psychischen und sozialen Bereich ab (vgl. Isermann, 2010, S.66; Weinhold, 2012, S. 62- 64; Schmitt, 2012 S. 11-12). Die hohe Relevanz sozialer Unterstützung führte weiters zu Untersuchungen bezüglich der optimalen Wirkungsvoraussetzungen. Hier liefert das „Stress- Support- Specifity- Modell“ wesentliche Erkenntnisse, die sich darauf belaufen, dass Belastungsfolgen nur dann erfolgreich gemildert werden können, wenn die Unterstützungsressourcen zu den einwirkenden Stressoren passen (vgl. Weinhold et al., 2012; S. 58, Perrez et al, 1998, S. 294; Badura, 1981, S. 29). Weiters weisen vor allem interaktionale Support- Modelle darauf hin, dass soziale Unterstützung weniger als Konstante im Bewältigungsprozess verstanden werden kann. Vielmehr muss das Phänomen sozialer Unterstützung als „lebendige Ressource“ und als Variable gesehen werden, die ihrerseits Einflussfaktoren unterworfen ist (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 58- 59, Perrez et al, 1998, S. 294-295). Diese Variable kann als Konstrukt verstanden werden, das sich aus den drei Faktoren der belastenden Lebensereignisse, des vorhandenen Unterstützungspotentials und der persönlichen Bewertungen und Wahrnehmungen des Individuums gestaltet (vgl. Laireiter, 2009, S. 88). An dieser Stelle soll noch einmal auf die Bedeutung persönlicher Ressourcen, insbesondere den subjektiven Bewertungen, verwiesen werden. Erst indem soziale Ressourcen und soziale Unterstützung als solche wahrgenommen werden, können ihre Potentiale nutzbar gemacht werden. Die Bewertungsleistungen persönlicher Ressourcen beziehen sich neben der Bewertung verfügbarer Ressourcen auch auf die erlebten Belastungen. Dieser Bewertungsaspekt ist auch in umweltbezogenen Ressourcen in Form der interpretativen Bewertungsunterstützung enthalten. Die Chance auf eine optimale Einschätzung der Belastungssituation und die damit verbundene Aktivierung adäquater Bewältigungsstrategien kann somit durch eine Nutzbarmachung des gesamten Bewältigungspotentials im wahrsten Sinne verdoppelt werden.

7. Soziale Ressourcen und soziale Unterstützung junger chronisch erkrankter BewohnerInnen innerhalb der stationären Langzeitpflege

Soziale Interaktion als eine Form sozialer Unterstützung ist für junge chronisch kranke BewohnerInnen von großer Bedeutung. Jede Personengruppe, mit der junge chronisch kranke BewohnerInnen innerhalb der Institution konfrontiert werden, beinhaltet ihre jeweils eigenen Chancen und Herausforderungen in Bezug auf soziale Interaktion und das Zustandekommen sozialer Unterstützung. Als zeitlich präsenteste Personengruppe zeigte sich die Gruppe der MitbewohnerInnen, gefolgt von den unterschiedlichen Berufsgruppen. Wenn auch zeitlich weniger präsent aber von elementarer Bedeutung in Hinblick auf soziale Unterstützung folgt die Gruppe der Familienmitglieder und Freunde. Einerseits soll anhand der unterschiedlichen Personengruppen das soziale Potential und die sozialen Ressourcen der Befragten aufgezeigt, andererseits auch Aspekte wie der Einstieg in die Institution mit der Chance und Herausforderung einer Eingliederung in bestehende Netzwerke beleuchtet werden.

7.1 MitbewohnerInnen

Die Gruppe der MitbewohnerInnen stellt das hauptsächliche soziale Umfeld chronisch kranker junger BewohnerInnen in der Geriatrie dar. Kontakte ereignen sich im Fall von Mehrbettzimmern während des gesamten Tagesablaufs und somit ohne Unterbrechung, im Fall von Einzelzimmern durch das Leben auf der Station und die gemeinsame Nutzung von Gemeinschaftsraum, Fernseh- und Raucherräumen. In Hinblick auf die Frage, über welches soziale Potential junge, chronisch erkrankte BewohnerInnen auf Stationen der Langzeitpflege verfügen, beziehungsweise welche sozialen Ressourcen sie aktiv nutzen und nutzen können, sollen unterschiedliche Faktoren beschrieben werden. Viele der befragten, jüngeren BewohnerInnen haben beschrieben, sich passiv oder aktiv von der Gruppe der MitbewohnerInnen abzugrenzen. Dieses Phänomen der Abgrenzung wird einerseits als selbstständiges Thema beleuchtet. Andererseits wird versucht, die ihm zugrunde liegenden Wahrnehmungen seitens der jüngeren BewohnerInnen zu erfassen. Vielfach beziehen sich diese auf erlebte Differenzen zwischen der Gruppe der jüngeren BewohnerInnen und der Gruppe der älteren MitbewohnerInnen. In diesem Zusammenhang soll auch der Aspekt eines Generationenkonflikts in die Erklärungen implementiert werden. Auch andere einflussnehmende Faktoren, die auf das Zustandekommen sozialer Interaktion wirken können, sollen beschrieben werden. Hierzu zählen beispielsweise der Einfluss von Krankheit und die Konfrontation mit dem Tod. Um das generell vorhandene soziale Potential zu umreißen, soll auch die soziale Interaktion

zwischen älteren BewohnerInnen als separate Gruppe aus der Sicht der jüngeren BewohnerInnen beschrieben werden.

7.1.1 Abgrenzung

Viele der BewohnerInnen erzählen, dass sie sich viel in ihr Zimmer zurückziehen beziehungsweise sich mit „eigenen“ Tätigkeiten beschäftigen. So wird beispielsweise auch an Aktivitäten und Zusammenkünften seitens der Institution kaum teilgenommen und einige der BewohnerInnen berichten, daran kein Interesse zu haben. Auch bestehende Angebote werden teilweise nicht genutzt und die jüngeren BewohnerInnen erklären, teilweise nichts davon zu wissen. Dies hängt möglicherweise mit ihrem zurückgezogenen Verhalten zusammen. Demnach werden bestehende Möglichkeiten, mit anderen MitbewohnerInnen in Kontakt zu kommen, nicht unbedingt wahrgenommen. Ein Bewohner berichtet, dass er aufgrund seiner zurückgezogenen Haltung in der Institution kaum Veränderungen mitbekommt. Wenn beispielsweise BewohnerInnen aus- oder umziehen und wieder neue MitbewohnerInnen ankommen.

„Wenn jemand wechselt, kriag i des eh ned mit...“ (Interview D, S. 6/171)

Während der Zeit seines Aufenthalts in der Institution hat der betroffene, jüngere Bewohner noch keine Veranstaltungen zum Kennenlernen der BewohnerInnen wahrgenommen. Da der Bewohner außerdem erzählt, sein Zimmer fast ausschließlich für die Therapien zu verlassen, könnte es allerdings sein, dass derartige Veranstaltungen an ihm vorbeigehen. Eine andere junge Bewohnerin erzählt beispielhaft von der Situation des Mittagessens auf ihrer Station und berichtet, dass die Option bestünde, sich zum gemeinsamen Essen im Gemeinschaftsraum dazu zu setzen. Allerdings grenzt sie sich bewusst von derartigen stationsinternen Ritualen ab. Sie erklärt, dass sie aus diesen Zusammenkünften nicht profitieren könne.

„Nein, weil da sitzen ja alle Leute draußen zum Essen auch gemeinsam (...) und ich könnt mich ja dazu setzen; das bringt mir nichts.“ (Interview B, S. 14/ 434- 438)

Ein anderer befragter Bewohner berichtet, keinen Kontakt zu anderen jüngeren BewohnerInnen in der Einrichtung zu haben und auch nicht zu wissen, ob andere jüngere BewohnerInnen in der Einrichtung leben. Der betroffene Bewohner vermutet, dass es in der Institution keine geeigneten GesprächspartnerInnen für ihn gibt. Allerdings ist dies eher eine Vermutung als eine Erfahrung. Es wird deutlich, dass eine gezielte Förderung von Kontakten hilfreich sein könnte. Hier könnte eine gewisse Verantwortung, soziale Kontakte und Interaktionen unter den BewohnerInnen zu fördern,

auch bei der Institution und den Stationen liegen; ohne gezielte Gelegenheiten und die Möglichkeiten, andere BewohnerInnen - eventuell auch von anderen Stationen - kennenzulernen, sind einzelne BewohnerInnen in der Institution nicht in der Lage, einen Überblick über mögliche Kontakte zu erhalten. Abgesehen von Besuchen und einem ehrenamtlichen Mitarbeiter, der einmal in der Woche kommt, gibt einer der befragten BewohnerInnen an, keine Kontakte innerhalb der Einrichtung zu haben, mit denen er gerne ins Gespräch kommt. Der Rückzug ins eigene Zimmer bedeutet einerseits die Möglichkeit, sich als Individuum vermehrt von der Institution abzugrenzen, andererseits verhindert es den Kontakt zu anderen BewohnerInnen und zum Geschehen auf der Station.

„Ich bleib da immer im Zimmer...“ (Interview D, S. 1/ 26)

Es scheint ein Zusammenhang zwischen der Zeit, die außerhalb des Zimmers beispielsweise in Gemeinschaftsräumen verbracht wird und der Interaktion mit MitbewohnerInnen zu geben. BewohnerInnen, die dazu tendieren, sich mehr ins Zimmer zurückzuziehen scheinen weniger Kontakte mit MitbewohnerInnen zu haben. Hingegen jene, die auch gewisse Stunden ihres Tagesablaufs außerhalb ihres Zimmers verbringen, haben zumeist vereinzelt Kontakte. Wenn sich Kontakte ergeben, dann eher Kontakte zu bestimmten Personen. Es scheint so, als ob sich einzelne BewohnerInnen aufgrund bestimmter Gemeinsamkeiten „finden“ würden. Eine jüngere Bewohnerin merkt an, dass die MitbewohnerIn, zu der sie gelegentlich Kontakt hat, etwas jünger ist, als die anderen BewohnerInnen.

„Die ist eher so im Alter meiner Mutter und alle anderen sind so Großmuttergeneration.“
(Interview C, S. 2/ 53- 54)

Das Phänomen der Abgrenzung seitens der jüngeren BewohnerInnen scheint bestimmte Funktionen zu erfüllen. Möglicherweise ist es bedeutsam, sich als jüngere Bewohnerin bewusst von den älteren BewohnerInnen abzugrenzen und sich nicht mit diesen zu identifizieren. Dies könnte in Hinblick auf bestehende Zukunftsperspektiven eine Rolle spielen.

„Es passt nicht zusammen. (...) Und die haben auch andere Sachen, das ist von früher, und vom Krieg und von der Familie und und und, weiß i gar ned...“ (Interview A, S. 4/ 115- 118)

Auch im Bereich der Gesprächsthemen wird von Abgrenzungen berichtet. Indem Themen, die als stark differenzierend wahrgenommen werden, vermieden werden, entsteht eine Abgrenzung zwischen den beiden Gruppen. Beispielsweise beschreibt eine junge BewohnerIn, dass sich ihre älteren MitbewohnerInnen viel über ihre Kinder und Enkelkinder unterhalten. Da sie selbst keine

Kinder und Enkelkinder hat, da sie schon sehr jung schwer erkrankt ist, hat sie kein Interesse an diesen Themen und vermeidet diese. Durch die Vermeidung dieser Themen kommt es somit oft zwangsweise zu einer Abgrenzung von ihren älteren MitbewohnerInnen.

„Ich kenne die eigentlich gar nicht so gut... weil ich immer meine Sachen mache... kenne ich die nicht so gut...“ (Interview A, S. 4/ 111- 112)

Ein weiterer Grund für eine Abgrenzung seitens der jüngeren BewohnerInnen kann aufgrund eines fehlenden Zugehörigkeitsgefühls geschehen (vgl. Kapitel 3.5). Die ersten Momente in der Institution und die damit verbundenen Chancen für soziale Interaktion werden als sehr prägend für das weitere Verhalten in der Institution empfunden. Einer der befragten BewohnerInnen berichtet, dass bei seiner Aufnahme in die Institution kaum MitbewohnerInnen anzutreffen waren.

„Na i bin überhaupt ned dazukommen zum reden, weil die Leute die, die sind eh meistens irgendwoanders.. oda sands in ihrem Zimmer drin...“ (Interview D, S. 9/274- 275)

Das Zurückziehen ins eigene Zimmer scheint demnach nicht nur auf jüngere BewohnerInnen, sondern generell auf BewohnerInnen einer Station mit vielen Einzelzimmern zuzutreffen. Auf diese Weise ist es beiden Parteien nicht mehr möglich, in gegenseitigen Kontakt zu treten. Von einer anderen Situation bei der Aufnahme berichtet eine weitere jüngere Bewohnerin. Sie beschreibt die Situation beim ersten Mittagessen, in der ihr niemand auf ihren Gruß geantwortet hat, als sehr unangenehm und entscheidend für ihre weitere Interaktion mit den MitbewohnerInnen. Die Wahrnehmung unterschiedlicher Umgangsformen, die vor allem bei Eintritt in die Institution, Irritationen auslösen können, führe unter Umständen zu Gefühlen der Distanz und nimmt Einfluss auf den weiteren Verlauf des Zusammenlebens.

„Da geh i nimmer aussì wenn die... is ja furchtbar- sagt keiner >Grüß Gott!<. Manche sagen das partout ned, die anderen hören das nicht, die hören das nicht, weil sie ein Hörgerät haben, aber keine Batterie oder so, die hören das gar nicht und... ich weiß nicht, es ist zwischen dem Alter ist die Distanz schon da, dann...“ (Interview A, S. 22/ 700- 703)

Aus der Irritation der ersten Begegnung baut sich ein Fremdheits- Gefühl auf, welches dazu führt, dass sich die jüngere Bewohnerin vermehrt zurückzieht. Auch hier verstärkt sich die These, dass die räumliche Nähe alleine noch keine Gemeinschaft oder ein Gruppenzusammengehörigkeitsgefühl erzeugt. Demnach müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden, um eine Eingliederung in die bestehenden intrainstitutionellen Netzwerke, ein Kennenlernen der MitbewohnerInnen und das Entstehen von sozialen Interaktionen zu fördern und zu unterstützen. In Bezug auf das Phänomen der Abgrenzung ist allerdings weiters darauf zu verweisen, dass Abgrenzungen unter anderem nicht

nur einseitig, sondern auch beidseitig verursacht werden können. So erzählt beispielsweise eine junge Bewohnerin, dass sich die älteren BewohnerInnen auch deutlich von ihr abgrenzen und distanzieren (vgl. Kapitel 7.1.5).

7.1.2 Gruppendifferenz

Bei Eintritt in die Institution sehen sich Betroffene einem neuen System mit neuen Regeln und einer neuen Normalität gegenübergestellt. Jüngere BewohnerInnen bringen beim Eintreffen in die Institution bestimmte Erwartungen mit. Sie sind an ein soziales Umfeld und eine Realität außerhalb der Institution gewöhnt und orientieren sich an diesen Erwartungen. Beim ersten Zusammenkommen mit den älteren MitbewohnerInnen kann es zu Irritationen und der Erkenntnis kommen, dass zwischen den BewohnerInnen und allgemein innerhalb der Institution eine eigene Normalität und eigene soziale Netzwerke bestehen. Aufgrund ihrer Differenz in Bezug auf das Alter sind jüngere BewohnerInnen bei ihrem Eintritt in die Institution zusätzlich mit dieser Unterschiedlichkeit zwischen sich selbst und den BewohnerInnen konfrontiert. Sehr deutlich war hierbei zu bemerken, dass die Gruppe der älteren BewohnerInnen häufig als homogene Gruppe wahrgenommen wurde, welcher einheitliche Bedürfnisse, Interessen und Merkmale zugeschrieben wurden. Somit sehen sich jüngere BewohnerInnen bei ihrem Eintritt in die Institution unter Umständen gleich zwei fremden Systemen gegenüber: Der Institution einerseits und der Gruppe der älteren BewohnerInnen andererseits:

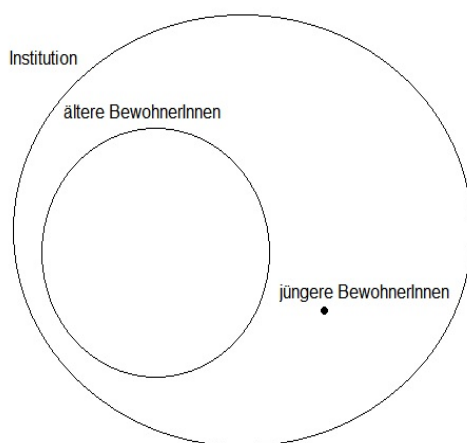


Abb. 2: „Institutionelle und soziale Systeme“

Die jungen BewohnerInnen, als von außen kommende Personen, können innerhalb der Institution eigene Umgangsweisen und Normalitäten erkennen. Es werden Differenzen zu den herkömmlichen Lebenswelten der BewohnerInnen wahrgenommen. Durch die Schilderungen der Befragten wird

deutlich, dass allein die räumliche Nähe (stationsintern, beziehungsweise innerhalb eines Mehrbettzimmers) nicht als ausreichendes Kriterium für das Entstehen einer Gemeinschaft und eines Zugehörigkeitsgefühls gesehen werden kann. Durch die Gespräche mit jüngeren BewohnerInnen zeigten sich Unterschiede in verschiedenen Bereichen der Alltagsgestaltung und den damit verbundenen Bedürfnissen. Es konnten mehrere Dimensionen der Differenz gebildet werden:

- Gesprächsthemen: Soziale Interaktion wird sehr stark mit Gesprächen in Verbindung gebracht. In Bezug auf häufig vorkommende Gesprächsthemen nehmen viele der befragten, jüngeren BewohnerInnen wahr, dass sich ältere BewohnerInnen häufig über Themen unterhalten, zu denen sie selbst keinen Zugang haben. Dies kann aufgrund unterschiedlicher Lebenserfahrungen und Biographien sein, aber auch aufgrund unterschiedlicher Interessen. Themen, die wiederum für jüngere BewohnerInnen von Interesse sind, können in ihrer Wahrnehmung oft nicht mit den älteren MitbewohnerInnen geteilt werden.

„Gar nicht. (...) Und das ist schlecht, weil ich hab oft nicht einmal jemand zum reden, grad wenn mich irgendwer besuchen kommt.“ (Interview B, S. 2-3/ 61- 64)

Die Themen der älteren Bewohnerinnen berühren oder betreffen die jüngeren BewohnerInnen oft nicht. Die hier genannten Themen sind vor allem biographische Geschehnisse, die sich teilweise noch vor der Lebenszeit der jüngeren BewohnerInnen ereignet haben. Eine jüngere Bewohnerin berichtet, dass sie die Möglichkeit, mit jemandem zu reden, in der Institution vermisst.

- Aktivitäten: Eine weitere Differenzierung zu den älteren MitbewohnerInnen erfolgt im Vergleich zwischen den unterschiedlichen Aktivitäten. Das Alter der MitbewohnerInnen, mit den damit verbundenen Defiziten, wird wahrgenommen und spiegelt damit auch die eigene Leistungsfähigkeit und Eigenständigkeit wieder. Auch im Bereich von Beschäftigungen wie dem Fernsehen oder Musik zeigen sich Differenzen. Im Gegensatz zu ihren MitbewohnerInnen beschreibt eine junge Bewohnerin beispielsweise, ein anderes Fernsehprogramm mitzuverfolgen. Es wirkt so, als hätten die MitbewohnerInnen untereinander eine gemeinsame Beschäftigung und gemeinsame Interessen, während sie als einzelne Person andere Interessen hat, die sie alleine verfolgt. Auch hier wird eine klare Differenz wahrgenommen und eine Abgrenzung deutlich.

- Biographische Unterschiede: Unter anderem kann im Zusammenhang mit diesen Themen die Tatsache ins Bewusstsein der jüngeren BewohnerInnen rücken, dass sie selbst nicht auf eine gleich lange Biographie zurückblicken können, was eine neue Dimension der Differenz eröffnet,

nämlich den Unterschied der Schicksale und Krankheiten, die zur institutionellen Versorgung geführt haben.

- Soziale Teilhabe: Viele jüngere BewohnerInnen beschreiben, dass sie im Gegensatz zu ihren älteren MitbewohnerInnen keinen Austausch mit dem stationären Umfeld suchen. Somit ist auf Seiten der jüngeren BewohnerInnen kaum Austausch vorhanden; weder mit der Gruppe der MitbewohnerInnen, noch mit einzelnen BewohnerInnen, oder durch die Teilnahme an Gemeinschaftsaktivitäten.
- Persönliche Ressourcen: Manche BewohnerInnen beschreiben wahrgenommene Unterschiede in Hinblick auf die individuellen, vor allem körperlichen Ressourcen. Hierbei ist eine Tendenz auf Seiten der jüngeren BewohnerInnen zu erkennen, sich selbst als kognitiv leistungsfähiger wahrzunehmen (dieses Beispiel bezieht sich vor allem auf BewohnerInnen, die auf Stationen leben, auf denen viele ältere BewohnerInnen versorgt werden, welche sich in dementiellen Krankheitsprozessen befinden). Diese Wahrnehmung wird vor allem anhand des Urteilsvermögens festgemacht. Im Gegensatz dazu verfügen manche ältere BewohnerInnen über mehr körperliche Ressourcen, wie in etwa einer höheren Mobilität. So beobachten manche jüngere BewohnerInnen, wie ihre älteren MitbewohnerInnen teils ohne Hilfsmittel gehen können, während sie selbst mit weitreichenden körperlichen Einschränkungen leben müssen.

7.1.3 Generationenkonflikt

Generationenkonflikte bilden innerhalb der unterschiedlichen Dimensionen der Differenzen zwischen den Gruppen der jüngeren und älteren BewohnerInnen einen weiteren möglichen Faktor, der für Distanz und Abgrenzung sorgen kann. Differenzen, die auf einen Generationenkonflikt zurückgeführt werden können, zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass manchen Themen innerhalb unterschiedlicher Generationen unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben werden. Beispielsweise kann das Alter insofern ein Hindernis für Gespräche darstellen, als dass nicht nur auf unterschiedliche Lebenserfahrungen, sondern auch auf unterschiedliche Lebensumstände und Jahrzehnte zurückgeblickt werden kann. Es gibt daher weniger gemeinsame Erfahrungen, als bei gleichaltrigen Menschen.

„Wenn man redet, dann über Früher. Früher, da war ich noch ein Wunschtraum.“ (Interview D, S. 10/ 290- 291)

Aufgrund zu unterschiedlicher Themen scheint die Kommunikation mit älteren Menschen

grundsätzlich nur erschwert zustande zu kommen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass nicht alle Unterschiede zwischen den Gruppen auf Generationenkonflikte zurückzuführen sind. Dies zeigt sich beispielsweise bei der unterschiedlichen Definition des „Zuhauses“. Viele der älteren Menschen haben tatsächlich keinen anderen Wohnort mehr und sehen ihren Aufenthalt als langfristig. Die Jüngeren haben eine größere Hoffnung, nicht für immer in der Institution zu bleiben. In diesem Fall haben die Gruppen unterschiedliche Begrifflichkeiten, weil sie auch in unterschiedlichen Lebenswelten und Realitäten leben. Altersbedingte Unterschiede machen sich außerdem in Gewohnheiten wie dem Wach-Schlaf-Rhythmus bemerkbar. Außerdem werden manche Umgangsformen und Charaktermerkmale auf das Alter der jeweiligen Personen zurückgeführt.

„(...) wie eigensinnig manche Personen dann vielleicht schon sind. Das ist, was mir auffällt... das tut mir Leid, dass ich das dann aufs Alter zurückführen muss, aber es ist vielleicht wirklich so.“ (Interview C, S. 2/ 43- 45)

Der Altersunterschied macht sich demnach unter anderem dadurch bemerkbar, dass Generationenbeziehungsweise altersspezifische Merkmale oder Eigenschaften von der jeweils anderen Gruppe als schwierig erlebt werden. Allerdings soll an dieser Stelle einmal mehr darauf hingewiesen werden, dass die Tendenz der jüngeren BewohnerInnen, die älteren BewohnerInnen als homogene Gruppe wahrzunehmen, bestehende Unterschiede zusätzlich verstärken kann. Bei der Auseinandersetzung mit dieser Thematik stellt sich unter anderem die Frage, wodurch begünstigt werden kann, dass jüngere BewohnerInnen eine differenziertere Sicht auf ihre älteren MitbewohnerInnen erhalten. Differenziertere Perspektiven bedeuten zugleich eine Entschärfung von Grenzen; indem die Gruppe der älteren MitbewohnerInnen nicht mehr so stark als eine einheitliche Gruppe wahrgenommen wird, würde auch die Position der jüngeren BewohnerInnen als „Außenstehende“ verändert werden. Somit ließe sich die soziale Isolation innerhalb der intrainstitutionellen Gemeinschaft durch eine Individualisierung ihrer einzelnen BewohnerInnen entschärfen.

7.1.4 Krankheit und soziale Interaktion

Viele der jüngeren BewohnerInnen betonen, dass weniger die eigene Erkrankung, als vielmehr die Erkrankungen der MitbewohnerInnen als einschränkend in Bezug auf soziale Interaktionen wahrgenommen wird. Dennoch können bei weit fortgeschrittenen, chronischen Erkrankungen Verluste körperlicher Fähigkeiten auftreten, die Interaktionen und im Speziellen die

Kommunikation sehr belasten können. Ansonsten wird weniger die Erkrankung, die ausschlaggebend für die Versorgung in der Institution war als Hindernis oder hemmender Faktor für die Interaktion mit MitbewohnerInnen betrachtet, sondern vielmehr gewisse Begleiterscheinungen. So beschreibt ein Bewohner psychische Begleiterscheinungen in Form von Lustlosigkeit. Eine Bewohnerin beschreibt, dass sich der Mangel an GesprächspartnerInnen und sozialem Austausch in einer generellen Niedergeschlagenheit bemerkbar macht.

„Das drückt manchmal ganz schön aufs Gemüt, ja.“ (Interview C, S. 4/103)

Frustrationen, die einerseits durch die Belastungen der Erkrankung, andererseits durch das soziale Umfeld erlebt werden, wirken sich unter Umständen auch negativ auf das psycho-soziale Befinden aus. Zusätzlich kann die Antriebsfähigkeit beeinträchtigt werden.

„Nix... für mi ned (seufzt)... kann man leider nichts machen.“ (Interview D, S. 1/ 29-30)

Es kann eine resignierte Grundhaltung entstehen und BewohnerInnen berichten davon, den Eindruck zu haben, wenig Einfluss auf ihr Lebensumfeld und das eigene Wohlbefinden zu haben. Diese Aspekte können auf Seiten der jüngeren BewohnerInnen als Hemmfaktoren für soziale Interaktion mit anderen BewohnerInnen gesehen werden. In Bezug auf das Zustandekommen von sozialer Interaktion muss auch hier zwischen den räumlichen Gegebenheiten von Ein- oder Mehrbettzimmern unterschieden werden. Krankheitsbedingte Unterschiede, die durch ungleich verteilte gesundheitliche Ressourcen entstehen, werden somit stärker differenzierend wahrgenommen, als altersbedingte Unterschiede. Seitens der jüngeren BewohnerInnen werden stärker die „fremden“ Erkrankungen als hemmend oder verhindernd in Hinblick auf soziale Interaktionen erlebt, als die eigene Erkrankung. Eine häufig miterlebte Krankheit in der Geriatrie ist die Demenz. Die Demenzerkrankung kann verhindern, dass Beziehungen sich entwickeln können.

„Ich habe schon erlebt, dass Leute wirklich total dement sind... das ist arg, ja... hab ich auch schon erlebt, dieses Zimmer. Darum wurde ich dann umgesiedelt in ein anderes Zimmer. Sie gibt es noch, aber sie kennt mich nicht mehr glaub ich. Sie hat ja auch nachgeschaut und hat gesagt: „Da ist ja jetzt jemand Neuer!“ (lacht) Naja... so ist die Krankheit eben...“ (Interview A, S. 4-5/ 127- 131)

Indem sich eine Seite der InteraktionspartnerInnen nicht an das gemeinsam Erlebte erinnert, existiert nur ein einseitiges „Beziehungsgedächtnis“. Für junge BewohnerInnen kann dies eine irritierende Erfahrung sein. Daraus wird erkennbar, dass im geriatrischen Kontext neben dem Kennenlernen der MitbewohnerInnen an sich auch ein Kennenlernen ihrer Erkrankung(en) und den

damit verbundenen Besonderheiten und Einschränkungen erfolgt. Dieses Erkennen, Einordnen und Verstehen ist eine Leistung, die von Seiten der jüngeren BewohnerInnen erbracht werden muss. Die reduzierten körperlichen und teilweise auch kognitiven Ressourcen der älteren MitbewohnerInnen werden hier als Hindernis für soziale Interaktion gesehen.

„Weil des was i gern machen würde, des können die nimmer mehr machen.“ (Interview D, S. 2/ 35)

An diesem Beispiel lässt sich verdeutlichen, wie sich die Passivität der älteren BewohnerInnen auf jüngere BewohnerInnen insofern „übertragen“ kann, als dass in bestimmten Bereichen eine Abhängigkeit von den älteren BewohnerInnen als InteraktionspartnerInnen besteht. Hilfreich bei der Bewältigung der krankheitsbedingt erschwerten Interaktion mit MitbewohnerInnen scheinen eine humorvolle Grundhaltung und eine Bereitschaft zur Akzeptanz der Gegebenheiten zu sein.

7.1.5 Gruppenspezifisches soziales Potential

Zwischen den älteren BewohnerInnen besteht aus der Wahrnehmung der jüngeren BewohnerInnen eine größere Gemeinsamkeit, beispielsweise in Bezug auf die Gesprächsthemen. Die Prüfung dieser Wahrnehmung und der Annahme, dass die älteren BewohnerInnen innerhalb der institutionellen Versorgung eine homogene Gruppe bilden, würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen. Es soll an dieser Stelle allerdings die Hypothese in den Raum gestellt werden, dass es sich hierbei um eine reduzierende Sichtweise handelt, die möglicherweise häufig aufgrund frühzeitig erfolgreicher Abgrenzungsprozesse entsteht. Eine junge Bewohnerin beschreibt, dass ihre älteren MitbewohnerInnen untereinander Gespräche führen und innerhalb dieser Gruppe Kommunikation stattfindet. Allerdings erstreckt sich dieser Austausch nicht auf alle BewohnerInnen, beispielsweise ist sie selbst davon ausgeschlossen.

„Weil sie reden mit älteren, aber zum Beispiel mit mir, da wollens gar ned reden. (...) Ich glaub sie, die können mit Jungen nichts mehr anfangen (...) Ich glaube sie wissen, dass meine Interessen ganz anders sind als ihre. Und die glauben auch, dass wenn sie etwas erzählen, dass mich das vielleicht gar nicht interessiert.“ (Interview A, S. 22/ 683- 689)

Unter den älteren BewohnerInnen gibt es Freundschaften und Kontakte, die seitens der jüngeren BewohnerInnen als Außenstehende beobachtet werden. Eine jüngere Bewohnerin beobachtet, dass die Interaktion zwischen den älteren BewohnerInnen oft auch darin besteht, nicht miteinander zu sprechen, aber beieinander zu sitzen. Möglicherweise ist auch diese Art der Interaktion für jüngere, von außen kommende Personen befremdlich. Auch wenn auf der Station eine soziale Gemeinschaft

entsteht und seitens der jüngeren BewohnerInnen wahrgenommen wird, besteht oft gleichzeitig der Eindruck, nicht dazu zu gehören. Somit bilden jüngere BewohnerInnen innerhalb der Institution eine Subgruppe, die allerdings auch Untereinander kaum bis gar nicht vernetzt ist. Die jüngere Bewohnerin interpretiert die wahrgenommene Distanz seitens ihrer älteren MitbewohnerInnen als eine bewusste Abgrenzung. Sie nimmt an, dass diese Abgrenzung angestrebt wird, da die älteren BewohnerInnen nicht wissen, wie sie mit ihr als jüngerer Mitbewohnerin umgehen sollen. Außerdem nimmt die jüngere Bewohnerin an, dass ihre älteren MitbewohnerInnen von einem Desinteresse ihrerseits ausgehen und sich daher von ihr abgrenzen.

„Es hängt auch daran, i man, wenn sie mich schon sehen, die älteren Frauen, ich bin ja viel jünger, ned? Wollen sie nichts glaub ich zu tun haben so.“ (Interview A, S. 22/ 674- 677)

An dieser Stelle stellt sich die Frage, wie viel Gelegenheit zum gegenseitigen Kennenlernen es in diesem Fall gegeben hat, beziehungsweise generell gibt. Seitens der älteren BewohnerInnen wird eine Distanz wahrgenommen. Die Motivation für diese Distanz ist nicht klar erkennbar. Es ist sowohl ein Desinteresse aufgrund unterschiedlicher Interessen, als auch eine Ablehnung aufgrund anderer Faktoren denkbar.

7.2 Berufsgruppen

Berufsgruppen bilden gemeinsam mit den MitbewohnerInnen das soziale Umfeld jüngerer BewohnerInnen in der Institution. Im Folgenden sollen die Aspekte, die bezüglich der Interaktion mit den Berufsgruppen in den narrativen Interviews seitens der befragten BewohnerInnen erwähnt wurden, kurz zusammengefasst werden.

-Pflege: Die Berufsgruppe der Pflege stellt neben den MitbewohnerInnen die häufigsten Interaktionspartner jüngerer BewohnerInnen in der stationären Langzeitpflege dar. Manche BewohnerInnen beschreiben die Pflege sogar als ihren hauptsächlichen Gesprächskontakt. Die soziale Interaktion mit der Berufsgruppe der Pflege findet vor allem im Rahmen der pflegerischen Betreuung statt. Somit geht die soziale Interaktion oft mit der Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens einher. Da diese zeitlich standardisiert sind, ist auch das Ausmaß der verfügbaren Zeit für sozialen Austausch begrenzt.

„Ja bei jedem eigentlich auch nur wenig, weil die müssen ja - i weiß ned wieviele - Leute versorgen und da bleibt wenig Zeit für irgendwas. (...) das wird ja immer schlimmer, die haben ja genaue Vorgaben, wieviel man bei der Körperpflege aufwenden soll (...) Furchtbar ist des.“ (Interview B, S. 5/ 133- 141)

Eine andere Bewohnerin äußert Respekt und Verständnis für die Profession der Pflege und berichtet zu beobachten, in welchem Ausmaß die Pflegepersonen beispielsweise auch mit dem Sterben und dem Tod von BewohnerInnen konfrontiert sind.

„Weil die Schwestern hier, die hier arbeiten, müssen ja auch das Ganze miterleben und die haben auch ihr eigenes Leben und eigenes Privatleben und das Leben hier und die sehen genug vom Tod, nicht?“ (Interview A, S. 3/ 89- 91)

Die Pflege ist aufgrund ihrer ständigen Präsenz auf der Station jener berufliche Akteur, der am nächsten an das „stationsinterne Kontinuum“ - die Gemeinschaft und das soziale System der Institution - heranreicht. Es wird aus der Sicht der BewohnerInnen wahrgenommen und erkannt, dass die Institution nicht das einzige Lebensumfeld der Pflegepersonen darstellt und dass es unter anderem auch klar gezogene Grenzen zwischen Privatleben und Beruf gibt. Diese Grenzen können sich unter anderem auch auf die Beziehungsgestaltung auswirken; es wird von einer Distanz gesprochen, die zur Professionalität der Berufsgruppe dazugehört. Aus der Perspektive der jüngeren BewohnerInnen kann die Institution je nach Grad des Pflegebedarfs und der jeweiligen Dauer des Aufenthalts zu ihrem einzigen Lebensraum und -umfeld werden. Die Lebenswelten der verschiedenen AkteurInnen und Personengruppen innerhalb der Institution sind somit nicht ident und kongruent.

-Therapeutische Berufe: Eine Bewohnerin berichtet von einer positiven Erfahrung mit einer Physiotherapeutin, bei der ihr mehr Eigenständigkeit zugestanden wurde. Einerseits wurden Übungen gemeinsam gemacht, andererseits wurde ihr zugetraut, den Rollstuhl alleine zu lenken. Dieser Mehrgewinn an Selbstbestimmung stellte eine sehr positive Erfahrung für die Bewohnerin dar. Das Zugeständnis eines gewissen Freiraums ermöglichte es der Bewohnerin, eigenständige Kontrolle über ihre Mobilität im Rollstuhl zu erlernen. Eine andere Bewohnerin hingegen berichtet von einer Erfahrung, bei der sich herausgestellt hat, dass die Zusammenarbeit mit einem bestimmten Therapeuten nicht gewinnbringend war, weil die Chemie nicht stimmte (vgl. Interview A, S.3/ 332). Insofern ist das Risiko, sich mit einer Berufsgruppe nicht so gut zu verstehen, bei gering vertretenen Berufsgruppen wie TherapeutInnen oder FachärztInnen höher, als bei stärker vertretenen Gruppen wie beispielsweise der Pflege. Auch hier zeigt sich die Abhängigkeit der BewohnerInnen in der Institution deutlich, da die BewohnerInnen wenig bis kaum Einfluss darauf ausüben können, von wem sie bestimmte Dienstleistungen empfangen. Teilweise fehlt aufgrund eines engen Personalschlüssels die Auswahlmöglichkeit, teilweise fehlt die eingeräumte Möglichkeit zur Mitsprache auf Seiten der BewohnerInnen.

-Psychologie: Eine Bewohnerin berichtet, den regelmäßigen Gesprächskontakt mit einer Psychologin sehr zu schätzen. Gespräche mit der Psychologin finden als Selbstzweck statt. BewohnerInnen finden Zeit, private Erlebnisse und Wahrnehmung zu erzählen, was möglicherweise Ich-stärkend und beruhigend wirken kann. PsychologInnen sind auf den einzelnen Stationen häufig als Einzelpersonen unterwegs und werden möglicherweise stärker als eigenständige Personen kennengelernt. Die Kontakte sind von Kontinuität, Regelmäßigkeit und Vorhersehbarkeit geprägt. Das Gesprächssetting wird bewusst möglichst störungsfrei gewählt und als solches geschützt und respektiert.

7.3 Familie und Freunde

Familie und Freunde stellen einen Großteil der sozialen Interaktion dar. Mit ihnen können Gespräche geführt werden. Die Besuche von Freunden und Familienangehörigen besitzen neben ihrer Bedeutung in Hinblick auf die soziale Unterstützung weiters eine stark strukturierende Funktion für jüngere BewohnerInnen in der Institution. Da die Besuche chronisch kranker Familienmitglieder oder Freunde oft regelmäßig stattfinden, bilden sie für die Betroffenen Anhaltspunkte im Tages- und Wochenablauf. Die Teilhabe am familiären oder freundeskreis-internen Geschehen bedeutet für Betroffene die Möglichkeit, aktiv am extrainstitutionellen Leben teilzuhaben und sich daran zu beteiligen. Familie und Freunden kommt somit unter anderem die Rolle einer „stellvertretenden“ Aktivität und Mobilität zu. Weiters werden familiäre Ressourcen unter anderem dazu genutzt, um Leistungen zu erbringen, die nicht von der Institution erbracht werden können. Dazu zählen beispielsweise Einkäufe und die Beschaffung von Dingen, die nicht zur Deckung existentieller Bedürfnisse nötig sind, aber die Lebensqualität und das Wohlbefinden der jüngeren BewohnerInnen in der Institution steigern. Manche der jüngeren BewohnerInnen scheinen sich daran gewöhnt zu haben, keine sozialen Kontakte bis auf ihre Familie und den Freundeskreis zu haben. Kommt es allerdings zu Konflikten, beziehungsweise zu Bedrohungen von sozialen Ressourcen aus dem Freundeskreis oder der Familie, kann dies als sehr belastend empfunden werden. Jüngere BewohnerInnen äußerten mehrmals, unter sich distanzierenden Angehörigen zu leiden beziehungsweise diese Distanz sehr bewusst wahrzunehmen.

7.4 Soziale Ressourcen und Soziale Unterstützung junger chronisch erkrankter BewohnerInnen innerhalb der stationären Langzeitpflege: Fazit

Die Befragung der jüngeren, chronisch erkrankten BewohnerInnen lieferte in Hinblick auf das von ihnen wahrgenommene Unterstützungspotential sehr vielseitige Ergebnisse. Dabei zeigte sich, dass

die zeitliche Intensität der Kontakte nicht mit der Beziehungsintensität der Kontakte korreliert. Im Rahmen der Befragungen wurden seitens der jüngeren BewohnerInnen verschiedene Interaktionsgruppen genannt und deren jeweilige soziale Ressourcen reflektiert. Im Zuge dessen wurde berichtet, dass die Form emotionaler Unterstützung, welche eine gewisse Beziehungsintensität voraussetzt und auf Vertrauen aufbaut, vor allem durch die Besuche von Freunden und Familie erlebt wird. Auch in Bezug auf praktische Unterstützungsleistungen wurde auf Familie und Freunde verwiesen, wenngleich der Großteil praktischer Unterstützung von Berufsgruppen in der Institution geleistet wird. Hierzu gehören Hilfeleistungen bei der Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens, die basale Versorgung der BewohnerInnen und die Unterstützung bei der Organisation existentieller, materieller Leistungen. Auch informative Unterstützung wird zu einem großen Teil von Angehörigen diverser in der Institution beschäftigter Berufsgruppen geliefert. Aufklärung über die Erkrankung und mögliche Folgen und Prognosen, sowie lösungsfokussierte Beratungsgespräche stellen hier bedeutende Aspekte dar. In Hinblick auf die Interaktion mit der Gruppe der älteren MitbewohnerInnen, äußerten die befragten BewohnerInnen der Zielgruppe, eher wenig Kontakt zu haben. Das Beziehungssystem zwischen den BewohnerInnen könnte wertvolle informative Leistungen erbringen, vor allem in Hinblick auf die Eingewöhnung in die Institution und die internen Abläufe und Regelungen. Die Ressource der MitbewohnerInnen könnte weiters sowohl in Bezug auf die Einschätzung und Bewältigung von Krankheiten, als auch in Bezug auf die Bewältigung des Übergangs in die Institution als neues Lebensumfeld unterstützend mitwirken. Außerdem ist zu betonen, dass schon allein das Gefühl von Zugehörigkeit an sich eine Form von emotionaler Unterstützung bedeuten kann (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 55). Eine weitere wesentliche Funktion des direkten sozialen Umfelds wäre der Effekt der Stärkung des Unterstützungspotentials junger chronisch erkrankter BewohnerInnen in der stationären Langzeitpflege: Große und wesentliche Teile sozialer Unterstützung werden von Familien und Freunden erbracht, die allerdings räumlich gesehen nicht das direkte Umfeld der Betroffenen bilden. Durch den kontinuierlichen und intensiven Unterstützungsbedarf der Betroffenen kann es zu einer Überlastung dieser Unterstützungssysteme kommen (vgl. Kapitel 6.3). Die Ursachen dieser geringen Interaktion mit den älteren MitbewohnerInnen liegen einerseits in der Tendenz seitens der jüngeren BewohnerInnen, sich von ihren älteren MitbewohnerInnen abzugrenzen. Andererseits wurden auch Erfahrungen mitgeteilt, die sich darauf belaufen, von der Gemeinschaft der älteren BewohnerInnen ausgeschlossen zu sein. Außerdem werden vor allem die Krankheitsbilder der MitbewohnerInnen als Hemmfaktoren sozialer Interaktion angesehen, da

Erkrankungen wie beispielsweise die Demenz den Beziehungsaufbau erschweren können. Die Abgrenzung seitens der jüngeren BewohnerInnen zeigt sich vor allem durch einen Rückzug ins eigene Zimmer, beziehungsweise durch die Beschäftigung mit „eigenen“ Aktivitäten und Hobbies. Als Ursachen dieser Tendenz ist vor allem das mangelnde Zugehörigkeitsgefühl zu nennen, das mehrmals beschrieben wurde. Die gefühlte Differenz seitens der jüngeren BewohnerInnen in Hinblick auf ihre älteren MitbewohnerInnen lässt sich in die Aspekte der Gesprächsthemen, der Aktivitäten, der sozialen Teilhabe am stationären Geschehen und der persönlichen Ressourcen differenzieren. Die jüngeren BewohnerInnen unterscheiden sich nicht nur aufgrund ihrer Generation, sondern auch auf biographischer Ebene: Durch den oft früh erfolgten Krankheitseintritt, der die gesamte Zielgruppe miteinander verbindet, blicken die jüngeren BewohnerInnen auf andere Lebensereignisse und –phasen zurück, als ihre älteren MitbewohnerInnen. Als weitere Ursache für die Tendenz der Abgrenzung beschreiben Betroffene teilweise psychische Faktoren wie Lustlosigkeit und Niedergeschlagenheit, die sich auf die Motivation für soziale Interaktionen negativ auswirken können. Die Effekte der beschriebenen Abgrenzungstendenz gestalten sich ambivalent und komplex. Einerseits beschreiben Betroffene eine Stärkung der eigenen Identität und Individualität, welche auch zu einer Bewältigung der krankheits- und umgebungsbedingten Stressoren beitragen kann. Andererseits wirkt sich die Abgrenzungstendenz in einer gewissen Isolation und Teilnahmslosigkeit am sozialen Geschehen auf der Station aus. An dieser Stelle zeichnet sich möglicherweise eine Verlustspirale (vgl. Kapitel 5.2.4) ab. Durch die Wahrnehmung weniger Gemeinsamkeiten im sozialen Umfeld, ziehen sich Betroffene zurück und erfahren durch den daraus resultierenden Zustand sozialer Isolation Frustrationen und das Gefühl von Einsamkeit. Diese wiederum schwächen die Motivation, Kontakte zu suchen und zu pflegen, was zu weiteren Verlusten und zu fortschreitender Isolation führen kann. Auch hier ist auf eine Deckung der empirischen und der theoretischen Ergebnisse zu verweisen.

8. Psycho- soziale Interventionen Klinischer Sozialarbeit

Die Integration in ein soziales Netzwerk bedeutet für seine einzelnen Mitglieder die Gewährleistung sozialer Unterstützung. Die Bewältigung kritischer Lebensereignisse und belastender Situationen durch die Unterstützung eines funktionierenden Miteinanders kann somit mit der Funktion eines „sozialen Immunsystems“ (zit. n. Caplan, 1974, in Weinhold, 2012, S. 65, vgl. auch Ortman/ Röh, 2012, S. 231) verglichen werden. Unter dem Einfluss der Symptome chronischer Erkrankungen tendieren viele Betroffene dazu, soziale Interaktion zunehmend zu meiden (vgl. Bury, 2009, S. 76).

Diese Korrelation zwischen Erkrankung und Nutzung sozialer Ressourcen -mit dem immanenten Risiko von Ressourcenverlusten (vgl. Kapitel 5.2.4) - unterstreicht die Bedeutung der Förderung sozialer Netzwerke. Zusätzlich bedeutet die Versorgung auf Stationen der Langzeitpflege für viele der befragten BewohnerInnen einen Verlust an sozialen Interaktionen und sozialer Unterstützung. Der Auftrag psychosozialer Interventionen im Kontext von social support kann somit als Stärkung dieses „sozialen Immunsystems“ im Allgemeinen und speziell dort, wo es Ressourcen zu sichern, zu aktivieren beziehungsweise aufzubauen gilt, verstanden werden (vgl. Weinhold, 2012, S. 65, vgl. auch Dettmers/ Spreng, 2007, S. 5).

8.1 Klinische Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit kann als „professioneller Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen KlientInnensystem und Umwelt“ definiert werden und versteht ihre Handlungsschwerpunkte „in der psycho-sozialen Beratung und Behandlung bei schweren Belastungen, Krisen und psychischen, sozio- und psychosomatischen sowie chronischen Erkrankungen“ (zit. n. Pauls, 2011, S. 16- 17, vgl. auch Gödecker- Geenen, 2003, S. 126). Sie sichert somit gemeinsam mit anderen Berufsgruppen im Sozialbereich die dritte Säule des bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses der WHO und trägt so zu einer ganzheitlichen Versorgung Betroffener im Hilffsystem bei (vgl. Pauls, 2011, S. 115, Deloie, 2011, S. 82, Wilfing, 2007, S. 5). Hierzu werden je nach Fall und Situation verschiedene Methoden psycho-sozialer Diagnostik und Intervention angewendet. Diese sind beispielsweise Krisenintervention, psycho-soziale Beratung, soziale Therapie, soziale Unterstützung, Ressourcenaktivierung, klinisches Case-Management oder Psychoedukation (vgl. Dettmers/ Spreng, 2007, S. 5). Diese psycho-sozialen Interventionen können sowohl in stationären, als auch in ambulanten Kontexten erfolgen. Somit ist der Begriff „klinisch“ nicht mehr im engen Sinne der intrainstitutionellen Betreuung zu verstehen. Besonders im Bereich chronischer Erkrankungen gehört die Begleitung der Betroffenen und ihrer Familien auch nach und vor Phasen des stationären Aufenthalts zum Handlungsfeld Klinischer Sozialarbeit (vgl. Spreng, 2007 in Wilfing, 2007, S. 4). Die Kernaufgabe Klinischer Sozialarbeit kann darin gesehen werden, in Zusammenarbeit mit den Betroffenen, ihrem sozialen Umfeld und beteiligten Einrichtungen und Professionen und auf der Basis wissenschaftlich fundierter Methoden, Verbesserungen der psycho-sozialen Lebenslage der Betroffenen zu erreichen (vgl. Pauls, 2011, S. 17). Die Interventionskompetenz Klinischer Sozialarbeit entsteht demnach durch die Schnittstellenarbeit im Lebensalltag der KlientInnen, die sich einerseits aus der Hilfe für das einzelne Individuum und andererseits aus der Veränderung von Lebensbedingungen zusammensetzt.

Es geht demnach neben einer Förderung der psycho-sozialen Gesundheit von Individuen und Gruppen in ihrem direkten Umfeld zusätzlich und zeitgleich um den Einsatz für eine Veränderung und Verbesserung der Lebensumstände (vgl. Pauls, 2011, S. 19- 20, vgl. auch Deloie, 2011, S. 76).

8.2 Psycho-soziale Interventionen

Die methodisch-theoretische Fundierung der Sozialarbeit und ihr Bezug zur menschlichen Gesundheit wurde bereits durch Jane Adams Mary Richmond und Alice Salomon (1926) hergestellt (vgl. Pauls, 2011, S. 177).

„>Behandeln< bedeutet zielgerichtetes, planmäßiges und methodisches Handeln (treatment). Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch wird der Begriff der >Intervention< in der Regel synonym gebraucht.“ (zit. n. Pauls, 2011, S. 177)

Klinisch- sozialarbeiterische Interventionen setzen sich aus Beratung, Unterstützung und sozialtherapeutischen Anteilen zusammen und basieren auf einer professionellen helfenden Beziehung (vgl. Pauls, 2011, S. 182, vgl. auch Vogt/ Gahleitner, 2010, S. 9). Ihre Zielsetzungen beziehen sich einerseits auf die Lebenslage der Betroffenen und andererseits auf ihre Lebensweisen. In Bezug auf die Lebenslage versucht Klinische Sozialarbeit, die soziale Integration zu fördern. Weiters soll die soziale Unterstützung erhöht und Belastungen gemildert bzw. bewältigt werden. Ein weiteres Ziel in Bezug auf die Lebenslage ist eine Aktivierung und Förderung, sowie der Erhalt von sozialen Ressourcen. Außerdem sollen die persönlichen Beziehungen der Betroffenen – im Speziellen zu nahen Bezugspersonen- verbessert werden. In Bezug auf die Lebensweise der KlientInnen beziehen sich klinisch- sozialarbeiterische Zielsetzungen vor allem auf die Herstellung eines positiven Selbstbildes, bezogen auf die eigene Handlungsfähigkeit. Psycho-soziale Fähigkeiten sollen durch (neue) Erfahrungen aktiver Verantwortungsübernahme gestärkt und ein Bewusstsein für die individuellen Gestaltungsmöglichkeiten gefördert werden. Außerdem soll die Fähigkeit, das eigene Ressourcenpotential wahrzunehmen und aktiv zu nutzen, unterstützt werden. Auch konstruktive Bewältigungsstrategien sollen durch klinisch- sozialarbeiterische Interventionen gefördert und somit ein Beitrag zu einer erfolgreichen Belastungsbewältigung geschaffen werden (vgl. Pauls, 2011, S. 182- 183, vgl. auch Vogt/ Gahleitner, 2010, S. 9). Psycho-soziale Interventionen Klinischer Sozialarbeit können neben den beiden Grundformen der Individual- und der Systemorientierung außerdem nach den drei Ebenen der ökonomischen Lebensgrundlagen, der sozialen Unterstützung und der individuellen Alltagsbewältigung von Betroffenen differenziert werden (vgl. Pauls, 2011, S. 192, vgl. auch Deloie, 2011, S. 76- 77). Vor allem im Zusammenhang chronischer Erkrankungen kann der Beitrag Klinischer Sozialarbeit in folgenden Bereichen gesehen

werden: Psychosoziale Beratung und Diagnostik, Case- Management, Psychoedukation, Soziale Therapie, Soziale Prävention, Krisenintervention und Angehörigen- Arbeit. Als umfeldbezogene Interventionen sind im Besonderen die soziale Netzwerkarbeit hervorzuheben (vgl. Dettmers/ Spreng, 2007, S. 5, vgl. auch Pauls, 2011, S. 182).

8.3 Psycho- soziale Interventionen Klinischer Sozialarbeit: Fazit

Die Funktion psycho-sozialer Interventionen im Kontext chronisch erkrankter, jüngerer BewohnerInnen kann vor allem in einer Sicherung, Erweiterung und Aktivierung von (sozialen Unterstützungs-) Ressourcen gesehen werden. Indem das „soziale Immunsystem“ der Betroffenen gestärkt wird, kommt es gleichzeitig zu einer Förderung ihrer bio-psycho-sozialen Gesundheit (vgl. Weinhold, 2012, S. 65; Ortmann/ Röh, 2012, S. 231; Dettmers/ Spreng, 2007, S. 5). Klinische Sozialarbeit kann in Hinblick auf die psycho-soziale Beratung, Behandlung und Prävention Betroffener durch verschiedenste Methoden psychosozialer Diagnostik und Intervention wesentliche Beiträge zur Bewältigung komplexer Belastungssituationen liefern (vgl. Pauls, 2011, S. 16- 17; Gödecker- Geenen, 2003, S. 126). Die Zielsetzungen klinisch- sozialarbeiterischer Interventionen beziehen sich vor allem auf eine Unterstützung bei der Erarbeitung positiver Lebenslagen und –weisen, die durch einen Aufbau und Erhalt umgebungsbezogener und persönlicher Ressourcen erreicht werden kann. Hierbei ist auf Seiten der umgebungsbezogenen Ressourcen vor allem die soziale Einbettung in ein soziales Unterstützungssystem und bei den persönlichen Ressourcen die Wahrnehmung und Bewertung des individuellen Ressourcenpotentials und die Erarbeitung neuer Lebenskonzepte von Bedeutung (vgl. Pauls, 2011, S. 182- 183; Vogt/ Gahleitner, 2010, S. 9, Deloie, 2011, S. 76).

9. Schlussfolgerung

Wahrnehmung der institutionellen Umwelt

Um sich der Beantwortung des Forschungsinteresses anzunähern, wie chronisch erkrankte BewohnerInnen das soziale Unterstützungspotential ihres direkten, sozialen Umfelds wahrnehmen und auf welche Bewältigungsstrategien sie in Hinblick auf erlebte Belastungen zugreifen können, wurden zu Beginn dieser Arbeit die Zusammenhänge zwischen Individuum und Umwelt betrachtet. Da es sich bei der Zielgruppe um junge, chronisch kranke BewohnerInnen handelt, die in der stationären Langzeitpflege versorgt werden, wurden die empirisch erhobenen Wahrnehmungen dieses Lebensraumes mit dem theoretischen Ansatz des Person - in - Environment Modells (vgl.

Pauls, 2011, S. 70) zusammengeführt. Dies ergab, dass Ressourcen und Stressoren, die einem Individuum zur Verfügung stehen, zu einem Großteil auf dessen soziales Umfeld zurückgeführt werden können. Auch wenn BewohnerInnen, die innerhalb der Institution versorgt werden, auch außerhalb der Institution über soziale Netzwerke verfügen, kommt dem direkten sozialen Umfeld aufgrund seiner Unmittelbarkeit eine wesentliche Bedeutung zu. Stresstheorien liefern sowohl im Bereich der institutions- als auch der krankheitsbedingten Bewältigungsanforderungen relevante Erklärungsansätze. In Bezug auf das Erleben der Stressoren aus dem institutionellen Umfeld kommt vor allem reaktionsbezogenen und transaktionalen Modellen Bedeutung zu, welche sich mit den Folgen von Stress und Belastungen, die aus der Beziehung zwischen Individuum und Umwelt entstehen, ergeben (vgl. Salewski, 2009, S. 160). Hier sind wesentliche Aspekte der Wahrnehmung junger BewohnerInnen die erlebten Einschränkungen von Autonomie und Privatsphäre und die Konfrontation mit Krankheit und Tod. Die befragten BewohnerInnen schilderten, dass sie in Hinblick auf ihre Autonomie wesentliche Spannungen erleben würden. Hierzu zählen einerseits zeitliche und räumliche, institutionelle Strukturen, andererseits die informellen Regeln, die sich zwischen den MitbewohnerInnen eines Mehrbettzimmers ergeben. Nicht alle der befragten BewohnerInnen bewohnten ein Mehrbettzimmer, deshalb wird bei der Ergebnisdarstellung auch jeweils auf die konkrete Wohnsituation verwiesen. Außerdem muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Wahrnehmung fremder Strukturen und Abläufe, die seitens der Institution vorgegeben werden, zwar einerseits oft als einschränkend, aber andererseits auch als stützend empfunden werden. BewohnerInnen beschrieben auch, sich selbst zusätzliche Strukturen zu schaffen. In Hinblick auf die Bewältigungsanforderungen, die sich aus dem institutionellen Umfeld für die Betroffenen ergeben, ist des Weiteren die Einschränkung der Privatsphäre zu nennen. Speziell im Fall von Mehrbettzimmern wurde der Mangel an Rückzugsmöglichkeiten als Stressor und Auslöser psycho-sozialer Spannungen beschrieben. Die räumlichen Gegebenheiten lösten neben der Einschränkungen der Privatsphäre auch Bewältigungsanforderungen in Hinblick auf das Schaffen eines identitätsstiftenden Wohnraumes aus. BewohnerInnen berichteten, innerhalb der Institution als Person nur sehr wenig Platz einnehmen zu können. Daraus können Auswirkungen auf das Selbstbild und die Selbstwahrnehmung der BewohnerInnen als Individuen innerhalb der Institution abgeleitet werden. Hier besteht eine Verbindung zu subjektiven Bedeutungen des Wohnens und der beobachteten Tendenz von BewohnerInnen, sich einerseits von der Gruppe der älteren MitbewohnerInnen und andererseits von der Institution als solcher, abzugrenzen. Die Abgrenzung von der Gruppe der älteren MitbewohnerInnen muss auch vor dem Hintergrund

verstanden werden, dass es viele der befragten, jüngeren BewohnerInnen als Herausforderung beschrieben haben, mit zahlreichen Erkrankungen und auch dem Sterben von MitbewohnerInnen konfrontiert zu sein. Diese Erfahrungen intensivieren sich zusätzlich bei zunehmender räumlicher Nähe des Zusammenlebens.

Krankheitsbedingte Bewältigungsanforderungen

Neben dem institutionellen Umfeld sehen sich Betroffene auch mit den Bewältigungsanforderungen ihrer Erkrankung konfrontiert. Auch hier liefern die Stresstheorien, vor allem durch das situationsbezogene und transaktionale Modell, wichtige Erklärungsansätze. Im Sinne des situationsbezogenen Modells stellen Erkrankungen eine Belastung dar und können als komplexes Konstrukt von Stressoren gesehen werden. Vor allem chronische Erkrankungen erfordern aufgrund ihres lang anhaltenden und unberechenbaren Verlaufs kontinuierliche Bewältigungsbemühungen und –anpassungen. Sowohl aus der Empirie, als auch aus der Theorie geht hervor, dass chronische Erkrankungen seitens der Betroffenen als biographischer Bruch erlebt werden. Die „Biographischen Körperkonzeptionen“ nach Corbin und Strauss (vgl. Corbin/Strauss, 2004, S. 68- 72) liefern Ansätze, die dazu beitragen, die Dimensionen und Konsequenzen dieses Bruchs zu verstehen. Auch das Trajektkonzept (vgl. Corbin et al., 2009, S. 65- 66), das sich auf den Krankheitsverlauf bezieht, beschreibt häufig durchlaufene Phasen in Reaktion auf chronische Erkrankungen. Die Bewältigungsanforderungen in der Situation chronischer Erkrankungen beziehen sich demnach auf die Überbrückung des entstandenen Bruchs und eine neue Zusammensetzung der eigenen Lebensplanung. Auch das Selbstbild muss durch die Erneuerung zahlreicher Selbstkonzepte neu erarbeitet werden. Für diese Phase, die im Trajektkonzept auch als Restabilisierung bezeichnet wird, benötigen Betroffene eine möglichst umfangreiche Unterstützung durch personeneigene und umweltbezogene Ressourcen.

Bewältigungspotential

Die Bewältigungsanforderungen, die sich aus der Konfrontation mit chronischen Erkrankungen ergeben, können als dauerhaft einwirkende Stressoren kleinerer („daily hassles“) oder größerer („chronic strain“) Belastungserfahrungen gesehen werden (vgl. Perrez, 1998, S. 284- 285; Salewski, 2009, S. 162). Für die Bewältigung dieser Erfahrungen werden Ressourcen benötigt. Ein Mangel an (geeigneten) Ressourcen, kann zu Verschlechterungen des Gesundheitszustandes führen (vgl. Salewski, 2009, S. 161; Perrez, 1998, S. 285). Für den Fall chronischer Erkrankungen lässt sich aus diesen Erkenntnissen ableiten, dass es sich hierbei um ein komplexes Belastungskonstrukt handelt,

das während seiner gesamten Dauer unterschiedlichste Bewältigungsversuche und die Nutzung geeigneter Ressourcen erfordert (vgl. Schubert, 2012, S. 118). In Hinblick auf die Situation chronisch kranker, junger BewohnerInnen im institutionellen Umfeld liefert das transaktionale Modell aus der Stressforschung wesentliche Beiträge zum Verständnis des Bewältigungsprozesses. In diesem Modell wird Stress als Resultat eines ständigen Austauschs zwischen Individuum und Umwelt interpretiert, wobei die Reaktion auf wahrgenommene Stressoren von individuellen Bewertungsprozessen abhängig ist (vgl. Salewski, 2009, S. 164). Im Rahmen von Primärbewertungen werden die einwirkenden Stressoren eingeschätzt und ein Reaktionsbedarf erwogen. Sekundärbewertungen beziehen sich weiters auf die Einschätzung der eigenen Ressourcen, mit denen auf einen Stressor reagiert werden kann. Die Neubewertung schließt den Kreis, indem die Position des Individuums in seiner Umwelt nach erfolgter Reaktion wieder neu bewertet wird. Neben diesen Erkenntnissen bezüglich der Einflussfaktoren auf das Bewältigungsverhalten von Individuen liefern Erkenntnisse aus der Ressourcenforschung weitere relevante Ansätze. Das „Systemische Anforderungs- Ressourcen- Modell“ betont hier die Bedeutung der personeneigenen Ressourcen (vgl. Schubert, 2012, S. 121). Diese besitzen vor allem durch subjektive Bewertungen eine große Bedeutung in Hinblick auf den weiteren Bewältigungsprozess. Sie wirken sich einerseits auf die Wahrnehmung der einwirkenden Belastungen aus und modellieren die Bewältigungsmotivation. Häufig besitzen Krankheiten kognitive Repräsentationen in der Wahrnehmung von Betroffenen, die sich wiederum auf die Aktivierung adäquater Bewältigungsstrategien auswirken (vgl. Faltermaier, 2009, S. 207; Corbin/ Strauss, 2004, S. 54- 59). An dieser Stelle kann auch Bezug auf das Kohärenzgefühl nach Antonovsky genommen werden, das sich dadurch auszeichnet, dass Belastungen als handhabbar, verstehbar und sinnhaft wahrgenommen werden (vgl. Antonovsky, 1997, S. 33- 36). Andererseits beziehen sich subjektive Bewertungen auf die Einschätzung des individuellen Ressourcenpotentials und die Auswahl adäquater Bewältigungsstrategien. Die Relevanz personeneigener Ressourcen für die Wahrnehmung und Nutzung umweltbezogener Ressourcen, wie in etwa soziale Unterstützungsleistungen sie darstellen, zeigt sich weiters in der Erkenntnis, dass schon allein das Bewusstsein, über ein bestimmtes Ressourcenpotential zu verfügen, Gefühle des Rückhalts auslösen und sich positiv auf das Wohlbefinden von Individuen auswirken kann (vgl. Weinhold, 2012, S. 54). In Bezug auf die personeneigenen Ressourcen, die zur Bewältigung erlebter Bewältigungsanforderungen herangezogen werden, bewegen sich die empirischen Ergebnisse sehr nahe an Elementen des theoretischen Rahmens. Der bereits erwähnte biographische Bruch, der

durch chronische Erkrankungen ausgelöst werden kann, wurde auch in der Empirie oftmals beschrieben. Die Wiederherstellung von Lebens- und Selbstkonzepten, der durch die biographischen Prozesse der Kontextualisierung, der Bewältigung, der Wiederherstellung der Identität und eines Neuentwurfs der Biographie bewerkstelligt werden kann (vgl. Corbin/ Strauss, 2004, S. 87), wurde auch in den empirischen Ergebnissen sichtbar. BewohnerInnen erklärten, insofern von persönlichen Ressourcen zu profitieren, als dass ihnen subjektive Bewertungen und Definitionen ihrer Identität dabei helfen, ihre Situation zu bewältigen. Weiters wurde die Bedeutung eines strukturierten Alltags und individueller Beschäftigungen, sowie eine Auseinandersetzung mit der eigenen Zukunft und Biographie beschrieben.

Bedeutung und Wahrnehmung sozialer Unterstützung

Neben der Bedeutung persönlicher Ressourcen, die bereits mehrfach betont und unterlegt wurde, besitzen auch umweltbezogene Ressourcen eine elementare Bedeutung im Bewältigungsprozess. In Hinblick auf die Frage, welche Bedeutung soziale Unterstützung bei der Bewältigung belastender Lebensereignisse besitzt, erfolgte speziell mit der Bedeutung und den Wirkungen sozialer Unterstützung eine intensive Auseinandersetzung. Diese ergab, dass die Auswirkungen sozialer Unterstützungsleistungen generell in Haupt- und Puffereffekte differenziert werden können, wobei sich Haupteffekte auf die direkte Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden beziehen und Puffereffekte auf eine Abmilderung der stressorenbedingten, schädigenden Folgen beziehen (vgl. Laireiter, 2009, Weinhold, 2012, S. 53; Perrez, 1998, S. 292; Badura, 1981, S. 26). Das Phänomen sozialer Unterstützung lässt sich durch die Dimensionen der emotionalen, praktischen, informativen und interpretativen Unterstützung beschreiben. Allgemein können sozialer Unterstützung folgende Wirkungen in Bezug auf die Förderung und den Erhalt der bio-psycho-sozialen Gesundheit von Individuen zugeschrieben werden. Auf physischer Ebene kommt es zu einer Senkung von Stressreaktionen, was zu einer Stärkung des Immunsystems führt (vgl. Isermann, 2010, S.66). Weiters wurden beruhigende und entspannende Effekte auf das Herz-Kreislauf-System und den Muskelapparat beobachtet. Auch die Ausschüttung von Botenstoffen, die euphorisierend, beruhigend und schmerzlindernd wirken, konnte nachgewiesen werden (vgl. Weinhold, 2012, S. 62-63). Auf neurobiologischer Ebene wirkt sich die stressmildernde Wirkung sozialer Unterstützung in einer Förderung der Neuroplastizität aus, was zu einer größeren Bereitschaft für neue Lernerfahrungen führt (vgl. Schmitt, 2012 S. 11-12). Auf psychologischer Ebene kommt vor allem emotionalen und interpretativen Unterstützungsleistungen in Hinblick auf die Bewältigung

belastender Ereignisse eine tragende Bedeutung zu. Während emotionale Unterstützungen Rückhalt und Zuversicht fördern, trägt interpretative Unterstützung zu adäquaten Bewältigungsreaktionen bei. Auf sozialer Ebene fördern Erfahrungen des Zusammenhalts und der Eingebundenheit wiederum gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen von Individuen, welche als sozial geprägt angesehen werden können. Außerdem wirken sich praktische Unterstützungsleistungen direkt oder indirekt auf die Bewältigungskompetenzen von Betroffenen aus (vgl. Weinhold, 2012, S. 64). In Hinblick auf die zentrale Frage, wie jüngere, chronisch erkrankte BewohnerInnen das Unterstützungspotential ihres direkten, sozialen Umfelds wahrnehmen, ergab sich, dass die Betroffenen soziale Unterstützungsleistungen aus unterschiedlichen sozialen Systemen ihrer Lebenswelt beziehen. Dabei zeigte sich, dass die zeitliche Intensität der Kontakte nicht mit dem Ausmaß an erhaltenen Unterstützungsleistungen korreliert. Berufsgruppen der Institution leisten vor allem praktische Unterstützungen, die sich auf die Bewältigung des Alltags beziehen. Auch informative Unterstützung wird zu einem großen Teil von Angehörigen diverser in der Institution beschäftigter Berufsgruppen geleistet. Aufklärung über die Erkrankung und mögliche Folgen und Prognosen, sowie lösungsfokussierte Beratungsgespräche stellen hier bedeutende Aspekte dar. Vor allem emotionale und interpretative, allerdings auch praktische und informative Unterstützungsleistungen werden von Familie und Freunden geleistet. Dadurch kommt es zu einer Auslagerung des Hauptbezugs sozialer Unterstützungen. In Hinblick auf die Bedeutung eines als unterstützend wahrgenommenen sozialen Umfelds besteht hier demnach eine ungleiche Verteilung sozialer Ressourcen. Weiters bedeutet die Verlagerung elementarer Unterstützungsleistungen auf die Beziehungssysteme von Freunden und Familie, dass diese Netzwerke von Überlastungserscheinungen gefährdet sind. In Bezug auf die Interaktion mit ihren älteren MitbewohnerInnen, beschrieben die befragten BewohnerInnen, eher wenig Kontakt zu haben. Die Ursachen dafür sind einerseits Abgrenzungstendenzen, vor allem von Seiten der jüngeren BewohnerInnen, andererseits Erkrankungen, die als Hemmfaktoren für soziale Interaktionen betrachtet werden. Das Phänomen der Abgrenzungstendenzen wurde sehr eingehend in Kapitel 7.4 beschrieben. Die Auswirkungen des Phänomens gestalten sich ebenso komplex, wie seine Ursachen. Während der Rückzug und die Beschäftigung mit individuellen Interessen zu einer Stärkung der eigenen Identität beitragen und somit als Bewältigungsverhalten gewertet werden können, führt dieses Verhalten zugleich zu einer sozialen Isolation. An dieser Stelle ergibt sich eine Parallele zum theoretischen Hintergrund der Ressourcenerhaltungstheorie, die auf die Gefahr von Verlustspiralen hinweist. Die Ressource der MitbewohnerInnen könnte für Betroffene sowohl in

Hinblick auf die Eingewöhnung in die Institution, als auch auf die Einschätzung und Bewältigung von Krankheiten unterstützend wirken. In diesem Zusammenhang und in Hinblick auf diese Aspekte wird deutlich, welchen Verlust der fehlende Kontakt zur sozialen Gemeinschaft der älteren MitbewohnerInnen bedeutet und welche Relevanz eine Förderung des Unterstützungspotentials der direkten sozialen Umwelt der Betroffenen hätte.

Psycho-soziale Implikationen

In Hinblick auf die Besonderheiten der Ressource sozialer Unterstützungsleistungen, wird deutlich, dass soziale Unterstützung weniger als stabiler Einflussfaktor, sondern vielmehr als instabile Variable im Bewältigungsprozess interpretiert werden kann. Diese Eigenschaft unterscheidet die Ressource der sozialen Unterstützung von vielen anderen Ressourcen. Soziale Systeme können als „lebendige Ressource“ gesehen werden, welche je nach Art der Belastungen und Anforderungen auch überfordert werden können (vgl. Weinhold et al., 2012, S. 58- 59, Perez et al, 1998, S. 294-295). Die Bedeutung einer Förderung und Unterstützung sozialer Systeme und Ressourcen durch psycho-soziale Begleitung wird anhand dieser Erkenntnisse umso deutlicher. Psycho-soziale Interventionen können im Bereich chronisch erkrankter BewohnerInnen vor allem in einer Stärkung ihres „sozialen Immunsystems“ gesehen werden (vgl. Weinhold, 2012, S. 65; Ortmann/ Röh, 2012, S. 231; Dettmers/ Spreng, 2007, S. 5). Indem sowohl persönliche, als auch umweltbezogene Ressourcen gefördert werden, kann es zu einer Erweiterung individueller Bewältigungskompetenzen kommen (vgl. Pauls, 2011, S. 182- 183; Vogt/ Gahleitner, 2010, S. 9, Deloie, 2011, S. 76). Klinische Sozialarbeit kann durch ein breites Spektrum an Methoden psycho-sozialer Diagnostik und Intervention wesentliche Beiträge zur professionellen Beratung und Behandlung von Personen in komplexen Belastungssituationen liefern (vgl. Pauls, 2011, S. 16- 17; Gödecker- Geenen, 2003, S. 126).

10. Quellenverzeichnis

10.1 Literaturverzeichnis

Monographien

ANTONOVSKY, A.: Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Tübingen, 1997.

BREUER, Franz et al.: Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. 1. Aufl., VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 2009.

CORBIN, J.; STRAUSS, A.: Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. 2. Aufl., Huber, Bern, 2004.

CORBIN, J.; STRAUSS, A.: Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996.

DELOIE, D.: Soziale Psychotherapie als Klinische Sozialarbeit. Traditionslinien- Theoretische Grundlagen- Methoden. Psychosozial- Verlag, Gießen, 2011.

FUNKE, D.: Die dritte Haut. Psychoanalyse des Wohnens. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2006.

GAHLEITNER, S.; Hahn, G. (Hg.): Übergänge gestalten- Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit, Bd. 4, Psychiatrie Verlag, Bonn, 2012.

GÖDECKER-GEENEN, N.: Der Patient im Krankenhaus und sein Bedarf an psychosozialer Beratung: eine empirische Bestandsaufnahme. LIT, Münster et al., 2003.

JUNGNITSCH, G.: Klinische Psychologie. Kohlhammer, Stuttgart, 1999.

NOHL, A.-M.: Interview und dokumentarische Methode. Qualitative Sozialforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften/Springer Fachmedien, Wiesbaden, 2012.

PAULS, H.: Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. 2., überarb.Auflg., Juventa, Weinheim/ München, 2011.

REUTER, P.: Springer Lexikon. Medizin. Springer, Berlin et al., 2004.

SALENTIN, K.: Armut, Scham und Stressbewältigung: die Verarbeitung ökonomischer Belastungen im unteren Einkommensbereich. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden, 2002.

SCHAEFFER, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 1. Auflg., Hans Huber, Bern, 2009.

Sammelbände

BADURA, B. (Hg.): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Suhrkamp, Frankfurt a. M., 1981.

BURY, M.: Chronische Krankheit als biografischer Bruch. In: **SCHAEFFER, D. (Hg.):** Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 1. Auflg., Hans Huber, Bern, 2009, S. 75- 90.

CORBIN, J., et al.: Das Trajektkonzept. In: **SCHAEFFER, D. (Hg.):** Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 1. Auflg., Hans Huber, Bern, 2009, S. 55- 74.

FALTERMAIER, T.; BRÜTT A.-L.: Subjektive Krankheitstheorien. In: **SCHAEFFER, D. (Hg.):** Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 1. Auflg., Hans Huber, Bern, 2009, S. 55- 74.

FRIETSCH, R.; LÖCHERBACH, P.: Soziale Unterstützung als Handlungsansatz in der Sozialen

Arbeit. In: **NINGEL**, R.; **FUNKE**, W. (Hrsg.): Soziale Netze in der Praxis. Verlag für angewandte Psychologie (Hogrefe), Göttingen, 1995, S. 40-53.

ISERMANN, M.: Krebs und Stress. Hinweise aus der Psychoneuroimmunologie für therapeutisches Handeln. In: **DIEGELMANN**, C.; **ISERMANN**, M (Hrsg.): Ressourcenorientierte Psychoonkologie. Psyche und Körper ermutigen. Kohlhammer, 2010, Stuttgart, S. 61- 73.

KNOLL, N.; **BURKERT**, S.: Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke als Ressource der Krankheitsbewältigung. In: **SCHAEFFER**, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 1. Aufl., Hans Huber, Bern, 2009, S. 223- 243.

LAIREITER, A.-R.: Soziales Netzwerk und Soziale Unterstützung. In: **LENZ**, K.; **NESTMANN**, F.: Handbuch persönliche Beziehungen. Juventa, Weinheim/München, 2009, S. 75- 99.

ORTMANN, K.; **RÖH**, D.: Gesundheitsstörungen als soziopsychosomatische Phänomene- benadlung neu denken, Krankheiten auch sozial behandeln und Behinderungen vermeiden. In: **GAHLEITNER**, S.; **HAHN**, G. (Hg.): Übergänge gestalten- Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit, Bd. 4, Psychiatrie Verlag, Bonn, 2012, S. 230- 246.

PERREZ, M.; **LAIREITER**, A.-R. et al.: Stress und Coping als Einflussfaktoren. In: Klinische Psychologie - Psychotherapie. 2. Aufl., Hans Huber, Bern, 1998, S. 277- 302.

SALEWSKI, C.: Chronische Krankheit- der Beitrag der Stresstheorien. In: **SCHAEFFER**, D. (Hg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. 1. Aufl., Hans Huber, Bern, 2009, S. 159- 205.

SCHUBERT, F.-C.: Ressourcen und Ressourcenarbeit. In: **GAHLEITNER**, S.; **HAHN**, G. (Hg.): Übergänge gestalten- Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit, Bd. 4, Psychiatrie Verlag,

Bonn, 2012, S. 112- 130.

WEINHOLD, K.; Nestmann, F.: Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In: **GAHLEITNER, S.; HAHN, G. (Hg.):** Übergänge gestalten- Lebenskrisen begleiten. Klinische Sozialarbeit, Bd. 4, Psychiatrie Verlag, Bonn, 2012, S. 52- 68.

WENDT, W. R.: Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. In: **DÖRR, Margret (Hrsg.):** Klinische Sozialarbeit. Eine notwendige Kontroverse. Bd.7 Grundlagen der Sozialen Arbeit. Schneider Verlag, Hohengehren, 2002, S. 39- 52.

10.2 Artikelverzeichnis

DETMERS, S.; SPRENG, G.: Klinische Sozialarbeit bei chronischer Erkrankung. Zwei Studien zur Bedeutung Sozialer Unterstützung bei chronisch- neurologischen Erkrankungen. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 3. Jg., Nr. 2, 2007, S. 4-8.

GAHLEITNER, S. B.; BUTTNER, P.; RÖH, D.: Psychosoziale Diagnostik. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 6. Jg., Nr. 3, 2010, S. 8-9.

HÜTHER, G./ PILZ, J.: Sozialarbeit und Neurobiologie. Bio-psycho-soziale Erklärungsmodelle. In: Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. 04/12, S. 23- 28.

SCHMITT, T.: Sozialarbeit und Neurobiologie. Beeinflusst die Neurobiologie aktuelle Erklärungsmodelle? In: Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. 04/ 12, S. 10-14.

VOGT, M./ GAHLEITNER, S.-B.: Psychosoziale Beratung- eine Bestandsaufnahme. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 6. Jg., Nr. 3, 2010, S. 9- 10.

WILFING, H.: Klinische Sozialarbeit in Österreich. In: Klinische Sozialarbeit. Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung. 3. Jg., Nr. 3, 2007, S. 4-6.

10.3 Internetverzeichnis

WORLD HEALTH ORGANISATION: Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Stand 2009:
<http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/200906250000/0.810.1.pdf>,
(11.10.2013).

11. Anhang

11.1. Erhebungsinstrument

Einstiegsfrage:

Ich würde zum Einstieg gerne an unser Vorgespräch von letzter Woche anknüpfen; können Sie mir beschreiben - damit ich es mir besser vorstellen kann - wie Ihr Alltag hier aussieht? (Was erleben Sie? Wie gestalten Sie Ihr Leben hier?)

Steuerungsfragen:

Häufige Gespräche/ Kontakte:

Mit wem kommen Sie hier am meisten ins Gespräch/ in Kontakt?

Unterschiede zu MitbewohnerInnen, speziell in Bezug auf Altersunterschiede:

Darf ich noch ein spezielles Thema ansprechen, das mich besonders interessieren würde: Merken Sie einen Unterschied zwischen Ihren Mitbewohnern und Mitbewohnerinnen und Ihnen, der durch den Altersunterschied entsteht?

Einfluss der Krankheit auf soziales Leben:

Meine Erfahrung ist, dass in so einer Einrichtung wie dieser hier (in der wir hier jetzt zusammensitzen), alle Menschen irgendeine Form von einer Erkrankung haben. Und mich würde interessieren, merken Sie, dass Ihre spezielle Erkrankung den Kontakt zu den anderen in irgendeiner Weise beeinflusst?

Einsamkeit:

Da gibt es noch ein Thema, über das ich gar nicht so leicht mit wem anderen spreche, und trotzdem möchte ich mich trauen, das Thema anzusprechen:

Gibt es Phasen oder Situationen, in denen Sie Einsamkeit bemerken/ in denen Einsamkeit für Sie an Bedeutung gewinnt?

Gibt es eine Situation, über die Sie mir konkret etwas erzählen möchten?

Unterstützung:

Haben Sie Situationen erlebt, in denen Sie konkret aus der Einsamkeit herausgeholt wurden,

beziehungsweise wo die Einsamkeit plötzlich kein Thema mehr war? (Berufsgruppen, Angebote, individuelle Methoden)

Wenn sie jetzt jemandem quasi Ihr Rezept weitergeben könnten, wie man ohne Einsamkeit leben kann, wie würde das Rezept ausschauen?

Offenes:

Gibt es irgendetwas, das Ihnen einfällt oder das Ihnen wichtig ist, über das wir jetzt noch nicht geredet haben?

11.2. Auszug Interview A

V: Und ich habe oft, na oft auch nicht (seufzt)...wie kann man sagen- ich habe es erlebt, dass Leute *sterben*...also ich bin gelegen neben Leuten, die *sterben*. Einmal ist *da* jemand gestorben, dann ist *da* jemand gestorben, dann ist *da* jemand gestorben...

I: Ja. Also Sie haben da schon viel Erfahrung eigentlich- also *traurige* Erfahrung, eigentlich...oder?

V: Ja. Aber das Leben geht für die anderen immer weiter.

I: Ja?

V: Ja, das *ist* so. Es *muss* auch für Traurige weitergehen, weil sonst bleiben die irgendwie in einem Loch *stecken*, und finden da selber nicht mehr heraus.

I: Mhm. Also Sie meinen, da braucht man auch irgendwie was, was einen auch immer wieder rausholt, aus dem...

V: Ja.. man kann sich auch selbst rausholen, aber, da muss man schon.. wie soll man sagen- eine *gewisse* Erfahrung haben, im *Denken*.

(...)

man kann sich eben aus so einem schwarzen Loch einfach- wenn man seine Dinge *weitertut*, wenn man seine Dinge, die man *immer* getan hat weiterverfolgt- lesen, fernsehen, alles das- dann *vergisst* man die anderen Dinge. Und so kann man sich auch *herausretten* aus so Situationen...

I: Ja. Das klingt für mich nach einem *ganz* tollen Konzept, also so einem *Plan* eigentlich...

V: (lacht) *Ja*, das...

I: Also dass Sie die Dinge, die Sie *immer gern* gemacht haben...?

V: Dass man, man muss ja nicht *gleich* wieder zurückfinden, weil das kann schon ein bisschen dauern bei manchen Leuten, aber sie sollen in den Rhythmus zurückkommen- *da* fällt es ihnen am leichtesten...!

11.3 Auszug Interview B

H: Kommt drauf an, wen man im Zimmer hat, aber vorher war zum Beispiel eine Dame hier, die hat sich über alles aufregt, da hat man nicht einmal lüften dürfen. Fernschaun hab ich nicht dürfen... sie war unmöglich.

I: Mhm. Also Sie haben fast ned entscheiden können, was Sie jetzt tun, weil alles ned gegangen ist.

H: Ja, ja.

I: Ok. Ja.

H: Das ist eben jetzt gar nimmr so, weil die Damen die hier drinnen sind, die schauen entweder nicht zu oder es stört sie zumindest nicht, wenn ich den Fernseher anmach. Zumindest hat noch nie wer was gesagt.

I: Ja, ja das kann ich mir vorstellen, dass das schon sehr viel ausmacht, ja. (lacht)

H: ja.

I: Ja, mhm. Und.. weil Sie gesagt haben auch, es hat sich zumindest auch noch keiner beschwert auch wegen dem Fernseher und so weiter, aber wie schaut das so aus bei Ihnen im Allgemeinen hier im Haus- wie weit kommen Sie so in Kontakt mit anderen Menschen die hier wohnen?

H: Gar nicht.

I: Gar nicht? Aha..

H: Und das ist schlecht weil ich mein ich hab oft nicht einmal jemand zum reden, grad wenn mich irgendwer besuchen kommt.

11.4 Auszug Interview C

I: Ja, ich möcht noch ein Thema ansprechen, aber Sie können auch wenn Sie es wenn Sie nicht drüber reden wollen, können Sie es auch lassen,

G: Ok.

I: ..aber I wollt Sie sozusagen so ich frag Sie jetzt einfach mal so direkt heraus, fragen, ob für Sie Einsamkeit an sich irgendwie auch ein Thema ist, also obs da Phasen gibt..

G: Schon, ja, absolut. Absolut ist das ein Thema.

I: Ja?

G: Das drückt manchmal ganz schön aufs Gemüt, ja.

I: ja? Das drückt aufs Gemüt...?

G: ja.

I: Ja..Und was haben Sie da für ...Strategien oder was hilft Ihnen dann?

G: Telefonsich hilft mir das, dass ich dann mit meinen Freunden in Kontakt komm.. und meiner

Verwandtschaft, ja.

11.5 Auszug Interview D

I: Ja. Und da gehens dann raus in den Gemeinschaftsraum?

M: Na.

I: Na. Also hier eigentlich so im Zimmer vor allem.

M: Jo. I bleib da immer im Zimmer..

I: Ja. Also gibt's da jetzt eigentlich wenig Anreize wo Sie sagen: „Ja...I geh jetzt raus!“? Also gibt es da irgendso eine Gemeinsamkeit draußen eigentlich?

M: Nix... für mi ned.

I: Für Sie nicht?

M: (seufzt)...kann man leider nichts machen.

I: Ja? Fehlen da so die gemeinsamen Interessen oder was ist es genau- wenn Sie mir ein bisschen erzählen können- was da diesen Kontrast oder diesen Unterschied macht? Warums ned zamkommen irgendwie mit di andern?

M: Weil des was i gern machen würde, des können die nimmer mehr machen..

I: ..Und was wäre das..?

M: Najo...also irgendwelche *Spiele*..

12. Curriculum Vitae

Name:	Natascha Kronheim, BSc
Geburtsdatum:	12.10.1988
Geburtsort:	Oberndorf bei Salzburg
Staatsbürgerschaft:	Österreich
E-Mail:	kronheim.natascha@gmx.at

Ausbildung:

- 2011-2013** FH CAMPUS WIEN
Master Studiengang: "Sozialraumorientierte und Klinische Sozialarbeit"
- 2008-2011** FH CAMPUS WIEN
Bachelor Studiengang: "Gesundheits- und Krankenpflege"
- 2006- 2008** UNIVERSITÄT WIEN
Diplomstudium: „Vergleichende Literaturwissenschaft“
(noch nicht abgeschlossen)
- 1999- 2006** MUSISCHES GYMNASIUM SALZBURG
- 1998- 1999** SPORTHAUPTSCHULE MONDSEE