



universität
wien

MASTER THESIS

Titel der Master Thesis / Title of the Master's Thesis

Das gute Leben in der Hochaltrigkeit

“Alt ist gleich krank, sehr alt ist pflegebedürftig”

verfasst von / submitted by

Sonja Kriz

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree
of

Master of Arts (MA)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
Postgraduate programme code as it appears on
the student record sheet:

A 992 050

Universitätslehrgang lt. Studienblatt /
Postgraduate programme as it appears on
the student record sheet:

Gerontologie und soziale Innovation /
Gerontology and Social Innovation

Betreut von / Supervisor:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

Abstract

Hintergrund: Ein deutliches Ansteigen der Lebenserwartung und somit auch ein deutlicher Anstieg jener Personen, die das 80. Lebensjahr überschreiten, ist die Ausgangslage für diese Forschungsarbeit. Zahlreiche Studien und diverse Konzepte beschäftigen sich mit dem „älter werden“, jedoch fehlt oft die Sichtweise auf die Hochaltrigkeit.

Die Hochaltrigkeit wird häufig mit dem Verlust des Leistungsbeitrages für die Gesellschaft beschrieben, und meint jenen Übergang im Leben, wo die Selbständigkeit gefährdet ist, Gebrechlichkeit und Abhängigkeit dominieren und Pflegebedürftigkeit vorliegt. Gängige Altersbilder, wie Best-Ager, Gold-Ager oder Anti-Aging suggerieren ein Altersbild, in dem die betroffenen agil, flexibel und erfolgreich altern. Bei diesen Altersbildern kann die Hochaltrigkeit nicht mitspielen, da sich die Leistungsfähigkeit und die Produktivität reduzieren. Die Stadien der Gebrechlichkeit, der Pflegebedürftigkeit und der Multimorbidität verlangen nach neuen Bildern des Alterns.

Zielsetzung: Diese Forschungsarbeit soll Antworten auf folgende Fragen geben:

1. Welche Konzepte unterstützen Hochaltrige, um ein gutes Leben, angesichts von Endlichkeit und Verletzlichkeit in dieser Lebensphase, zu führen?
2. Wie beschreiben hochaltrige Personen oder deren Angehörige das gute Leben?
3. Welche Wirkung hat das Pflegegeld auf die Lebensphase der Hochaltrigkeit?
4. Lassen sich aus den Ergebnissen Empfehlungen für den Einzelnen und für die Gesellschaft ableiten?

Vorgehensweise: Es werden drei Konzepte vorgestellt, die einen Beitrag zum guten Leben in der Hochaltrigkeit darstellen.

Um das gute Leben für diese Arbeit einzugrenzen, werden vier Kategorien ausgewählt, die in der gerontologischen Wissenschaft für die Lebensqualität in der Hochaltrigkeit eine bedeutsame Rolle einnehmen: Selbstbestimmte Lebensführung, Mobilität, Soziale Netzwerke und persönliche Freizeitgestaltung.

Mit fünf hochaltrigen Personen oder deren Angehörigen werden qualitative Interviews geführt, die thematisch nach den vier Kategorien beschrieben werden. Die Ergebnisse werden mit den beiden österreichischen Studien: Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme und Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie in Bezug gesetzt.

Ein weiteres Kapitel widmet sich dem Bundespflegegeld. Abschließend werden Empfehlungen für den Einzelnen und für die Gesellschaft formuliert, die einen Beitrag zum guten Leben in der Hochaltrigkeit darstellen.

Conclusio: Die Hochaltrigkeit ist als Teil des Lebens zu sehen, und kann als eigenständiger Lebensabschnitt betrachtet werden. Eine kalendarische Eingrenzung ist nicht möglich, da der Verlauf der physischen und psychischen Veränderungen bis zum Verlust der Selbständigkeit nicht an ein chronologisches Alter gebunden werden kann. Die drei Konzepte: Alterscoolness, Kultur des humanen Alterns und die „3L – Laufen, Lernen, Lieben“ zeigen Möglichkeiten auf, wie das gute Leben in der Hochaltrigkeit gelingen kann. Zu den vier Kategorien: selbstbestimmte Lebensführung, Mobilität, Soziale Netzwerke und persönliche Freizeitgestaltung werden Empfehlungen für den Einzelnen und für die Gesellschaft formuliert, die einen Einfluss auf das gute Leben in der Hochaltrigkeit haben.

Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	1
1. „Alt ist gleich krank – sehr alt ist pflegebedürftig“	5
2. Forschungsstand und Forschungskontext.....	7
3. Zielsetzung und Forschungsfragen	9
4. Definitionen und Abgrenzung der Begriffe.....	11
4.1. Definitionen zum Alter	11
4.2. Hochaltrigkeit	12
4.3. Frailty.....	14
4.4. Das gute Leben	17
5. Neue Konzepte für die Hochaltrigkeit.....	27
5.1. Alterscoolness	28
5.2. Kultur humanen Alterns.....	30
5.3. Laufen, lernen, lieben	31
6. Forschungsdesign	33
6.1. Qualitative Interviews.....	33
6.2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	34
6.3. Beschreibung der ProbandInnen und des Interviewumfeldes.....	34
7. Das gute Leben – Ergebnisse der Interviews	37
7.1. Selbstbestimmte Lebensführung.....	37
7.2. Mobilität.....	40
7.3. Soziale Netzwerke	43
7.4. Persönliche Freizeitgestaltung	46
7.5. Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews.....	48

8. Pflegegeld und die ausgewählten Kategorien im Vergleich.....	50
8.1. Das Bundespflegegeld	50
8.2. Pflegegeldbezug – Ergebnis der Interviews.....	51
8.3. Gegenüberstellung Bundespflegegesetz und die 4 Kategorien.....	53
8.4. Auswirkungen des Bundespflegegeld auf die Hochaltrigkeit.....	55
9. Empfehlungen für ein gutes Leben in der Hochaltrigkeit	58
9.1. Empfehlungen zur Kategorie Mobilität	58
9.2. Empfehlungen zur Kategorie Selbstbestimmte Lebensführung	61
9.3. Empfehlungen zur Kategorie Soziale Netzwerke	62
9.4. Empfehlungen zur Kategorie Persönliche Freizeitgestaltung.....	64
10. Grenzen der Forschungsarbeit.....	66
11. Conclusio	67
12. Abbildungsverzeichnis	69
13. Literaturverzeichnis	70

1. „Alt ist gleich krank – sehr alt ist pflegebedürftig“

Die Bevölkerungsstatistiken beschreiben einen sichtbaren Anstieg der Lebenserwartung und somit auch einen Anstieg jener Personen die das 80. Lebensjahr überschreiten werden. In zahlreichen Studien wird auf die Veränderung der Lebenserwartung hingewiesen und diverse Konzepte beschäftigen sich mit „dem Älter werden“ und wie dies gut gelingen kann. Es fehlt jedoch oftmals die Sichtweise auf jene Bevölkerungsgruppe, die das 80. Lebensjahr bereits überschritten hat und als hochaltrig bezeichnet wird. Gerade die Hochaltrigkeit stellt eine Phase erhöhter Anfälligkeit auf Krankheit und eine Einschränkung der Gesundheit dar.

Beispielhaft sei hier aus dem Endbericht „Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich“ das Ergebnis zum Schwerpunkt „Einschränkungen im Alltag“ herausgenommen. Um die Einschränkungen im Alltag bewerten zu können, werden die Aktivitäten des täglichen Lebens herangezogen. Diese sind ein guter Indikator um den Pflege- und Betreuungsbedarf der jeweiligen Person zu erheben. Je höher die Abhängigkeit in den einzelnen Aktivitäten, desto höher wird der Pflege- und Betreuungsaufwand angenommen. In dem Bericht, wird eine Einschränkung je nach Aktivität von 10 – 20% bei den 75-84jährigen angegeben. Bei den über 85 jährigen steigen die Einschränkungen auf bis zu 50%, vor allem Baden oder Duschen ist für viele Hochaltrige nicht mehr selbständig möglich (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und ÖBIG 2015, 21). Diese Einschränkungen erwecken den Eindruck, dass „sehr alt“ gleich zu setzen ist mit Pflegebedürftigkeit.

Als ein wesentliches Merkmal der Hochaltrigkeit wird die Fragilität gesehen, dies zeigen Bilder von hochaltrigen Personen, die in gebückter Haltung mit Gehstock dargestellt werden. Auch Sprichwörter und Zitate geben einen Einblick in die Sichtweise des Alterns: „Fürchte das Alter, denn es kommt nicht alleine“ (Sprichwort aus Griechenland o. J.); „Frage den Alten nicht wie geht es dir heute“, sondern „Was schmerzt dich heute“ (Sprichwort aus Polen o. J.); „Lang leben will alles; aber alt werden, will kein Mensch“ (Nestroy, Johann Nepomuk 1848). Diese Bilder und Sprache erzeugen das Gefühl, dass hohes Alter mit Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit einhergeht.

Die statistischen Daten widersprechen diesen Bildern, da nur ein geringer Prozentsatz der hochaltrigen Bevölkerung in Österreich in einer Pflegeeinrichtung lebt, die überwiegende Mehrheit jedoch ihren Lebensabend zu Hause in ihrer eigenen Wohnung verbringt. Erst das Sterben findet – entgegen dem Wunschbild der meisten Betroffenen – in Krankenhäusern statt (vgl. Gronemeyer und Heller 2014, 44).

Dem allgemeinen Bild der Hochaltrigkeit verbunden mit Pflegebedürftigkeit entgegengesetzt finden sich auch in der Bevölkerung Beispiele von hochaltrigen Personen, die nach wie vor alleine ohne wesentliche Unterstützung zu Hause leben und ihren Alltag meistern. In der allgemeinen Diskussion, werden diese Personen als Einzelfälle dargestellt und als Idealbilder für das eigene Altwerden beschrieben.

Es zeigen sich in der Gesellschaft somit zwei konträre Bilder der Hochaltrigkeit, auf der einen Seite das hohe Alter in Verbindung mit krank und pflegebedürftig, auf der anderen Seite das hohe Alter weiterhin autonom und selbständig gelebt. Diese Spannbreite der gesellschaftlichen Bilder zu Hochaltrigkeit ist die Ausgangslage dieser Forschungsarbeit.

2. Forschungsstand und Forschungskontext

In einem YouTube-Video, zum Symposium „Altern in unserer Zeit“ in Dresden 2012, eröffnete Kruse, dass das gelingende Leben im hohen Alter eine besondere Bedeutung für dieses Symposium hat. Die Frage ob sich der wissenschaftliche Diskurs in den unterschiedlichen Disziplinen gerade in der Frage des vierten Lebensalters verändert hat, war eine Aufgabenstellung des Projektes: „Gutes Leben im hohen Alter angesichts von Verletzlichkeit und Endlichkeit – eine Analyse von Altersbildern in öffentlichen Diskursen und Alltagspraktiken“ (vgl. Kruse 2012, 0:32ff).

Zimmermann begann seine Rede zum Symposium mit folgenden Satz: *„Ist gutes Leben im hohen Alter möglich, und wenn, wie ist es möglich, oder kommt es sogar häufiger vor als man denkt“* (Zimmermann 2012, 0:13 - 0:21).

Ein Ergebnis seiner Forschungsarbeit war die Darstellung des hohen Alters in Mainstream-Medien. Als Conclusio wird festgehalten, dass das hohe Alter in drei Varianten dargestellt wird. Eine Möglichkeit ist der Defizit- oder Verlustdiskurs, mit dem Ausblick des rapiden körperlichen Verfalls. Des Weiteren werden die finanziellen Kosten für die wachsende Zahl der Hochaltrigen als Belastungsdiskurs genannt, und aus gesundheitlicher Sicht ein Disziplinierungsdiskurs geführt. Dies meint, man solle sich doch fit halten, und aktiv bleiben (vgl. Zimmermann 2013, 103).

In seinen weiteren Ausführungen nennt Zimmermann Aspekte, wie gutes Leben aus der Sicht der Hochaltrigen beschrieben wird. Es zeigt sich, dass es konkrete Lebensinhalte sind, aber auch Lebensformen und Einstellungen gegenüber dem Alter, die zum guten Leben beitragen. Neben den Themen Gesundheit, Selbständigkeit und sozialer Sicherheit werden auch die kleinen Ereignisse und Dinge genannt, die Zufriedenheit und Freude bereiten, Besuche von Familienangehörigen, Blumen am Fensterbrett oder das Licht wie es ins Zimmer scheint. Bezeichnend sind aber auch Einstellungen zum Alter, die durch Aussagen wie „man darf sich nicht gehen lassen“ oder „man braucht Humor und darf nicht alles so ernst nehmen“ unterstrichen werden (vgl. Zimmermann 2012, 4:53ff).

Zimmermann fasst dies zusammen, in dem er sagt: „*Unabhängig von Lebensinhalten ist offensichtlich die Form, die Fassung und Einstellung ausschlaggebend für ein gutes Leben; gerade in Anbetracht von Endlichkeit und Verletzlichkeit*“ (Zimmermann 2012, 5:57 - 6:19).

In der Gerontologie, als auch in der geriatrischen Pflege wird die Hochaltrigkeit nicht zwingend als eine Lebensphase, die ausschließlich durch Krankheit und Verluste geprägt ist, beschrieben, jedoch weist die Literatur auf die Vulnerabilität und Fragilität dieser Lebensphase hin. Auch die Themen Lebensende und Tod finden in den genannten Wissenschaften, bzw. Teilwissenschaften ihren Platz. Die Hochaltrigkeit beinhaltet zum einen Einschränkungen und Krankheiten, aber auch die Möglichkeit das gute Leben bis zuletzt zu leben. Diese Heterogenität zeigt sich auch in der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie (ÖIHS), und wird in der Einleitung von Oberhauser angesprochen. Hohes Alter wird häufig mit gesundheitlichen Einschränkungen, kognitiven Defiziten und Einsamkeit assoziiert. Allerdings belegt die Studie, dass diese negativen gesellschaftlichen Altersbilder der Lebenssituation vieler hochaltrigen Menschen nicht oder nur im geringen Umfang entsprechen. Ebenso zeigt sich in dieser Studie die Heterogenität dieser Altersgruppe, wie sie auch in der Gesellschaft erlebt wird (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 24).

3. Zielsetzung und Forschungsfragen

Diese Forschungsarbeit möchte die Besonderheit der Hochaltrigkeit herausheben und möglicherweise, als eigenständige Lebensphase definiert wissen. Gleichzeitig soll das Stigma: „Alt ist gleich krank – sehr alt ist pflegebedürftig“, hinterfragt werden. Sofern die Hochaltrigkeit als eigenständige Lebensphase gesehen werden kann, ergeben sich daraus neue Fragestellungen, wie diese Lebensphase vom Einzelnen vorbereitet werden kann, aber auch, welchen Beitrag die Gesellschaft zum Gelingen dieser Lebensphase beitragen kann.

In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie wird die fehlende Vorausplanung der jetzigen Hochaltrigen in den Schlussfolgerungen thematisiert (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 220). Auch in meiner langjährigen Berufstätigkeit musste ich immer wieder feststellen, dass Fragen zur unterstützenden Betreuung oder Pflege erst gestellt werden, nachdem ein Ereignis eingetreten ist, das Pflege – und Betreuungsleistungen nach sich ziehen wird. Auch Angehörige von Hochaltrigen versuchen diese Fragen, erst nach einem einschneidenden Ereignis zu klären, wobei die Fragestellungen kein Fachwissen, sondern grundlegendes Wissen erfordert, wie z.B. „Wie kann ich weiterhin zu Hause leben, wer unterstützt mich dabei? Wie komme ich zu einer Heimhilfe oder Pflege zu Hause? Habe ich Anspruch auf Pflegegeld?“ Aber auch die Anpassung des Wohnumfeldes erfolgt selten vorausschauend. Obwohl der barrierefreie Wohnbau in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen hat, leben die meisten Hochaltrigen in Wohnungen, wo Adaptierungen notwendig sind. Es fehlt hier an fachlicher Expertise und möglicherweise ist hier ein neues Berufsfeld zu definieren. Einen weiteren wesentlichen Punkt stellen die Kosten für diese Anpassungen dar, finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten sind kaum bekannt.

Um dem Stigma „alt ist gleich krank – sehr alt ist pflegebedürftig“ entgegen zu treten, bedarf es auch einen Blick auf das Bundespflegegeld. Im Bundespflegegeldgesetz BPGG §4 Abs. 1 sind die allgemeinen Anspruchsvoraussetzungen definiert: *„Das Pflegegeld gebührt bei Zutreffen der übrigen Anspruchsvoraussetzungen, wenn auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung der ständige Betreuungs- und Hilfsbedarf (Pflegebedarf) voraussichtlich mindestens sechs Monate andauern wird oder würde“* (BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales 2016a, 5).

Wie bereits zu Beginn beschrieben, haben mehr als 50% der Hochaltrigen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens, damit begründet sich auch, warum 75% der Frauen und knapp 60% der Männer dieser Altersgruppe Pflegegeld beziehen (vgl. Bundesministerium für Gesundheit und ÖBIG 2015, IX). Dies würde das Stigma: „Alt ist gleich krank – sehr alt ist pflegebedürftig“, rechtfertigen. In wie fern, der Begriff „Pflegegeld“ hier einen Beitrag zu diesem Altersstigma leistet, gilt es zu hinterfragen.

Für diese Forschungsarbeit wurden folgende Fragen formuliert:

1. Welche Konzepte unterstützen Hochaltrige, um ein gutes Leben, angesichts von Endlichkeit und Verletzlichkeit in dieser Lebensphase zu führen?
2. Wie beschreiben hochaltrige Personen oder deren Angehörige das gute Leben?
3. Welche Wirkung hat das Pflegegeld auf die Lebensphase Hochaltrigkeit?
4. Lassen sich aus den Ergebnissen der oben genannten Fragen Empfehlungen für den Einzelnen und für die Gesellschaft ableiten?

4. Definitionen und Abgrenzung der Begriffe

Im folgenden Kapitel werden Begriffe und Definitionen die für diese Arbeit verwendet werden, erarbeitet und abgegrenzt. Vorab gilt es Alter und Hochaltrigkeit zu definieren, in weiterer Folge wird Frailty näher gebracht und das gute Leben beschrieben.

4.1. *Definitionen zum Alter*

In der gerontologischen Forschung wird festgehalten, dass Alter nicht kalendarisch bestimmt ist, sondern sich auf psychische, physische, soziale und kulturelle Prozesse bezieht und die Einbeziehung des Lebenslaufes und der Biographie essentiell ist. Höpflinger geht der Frage „Ab wann ist man alt“ nach, indem er zuerst das Altersbild beschreibt. Alter wird seit jeher mit gebückter Haltung und der Verwendung eines Gehstockes dargestellt, in jüngeren Abbildungen kommt auch der Rollator als Zeichen des Alters vor, dieses Bild wird als Signal des Alters erkannt. Demgegenüber stellt er die Schwelle des Alters in der Antike, so wurden in Sparta der Ältestenrat mit Männern über 60 Jahren gebildet und bereits im 6. Jahrhundert v. Chr. wurde die Heeresform in die 17 – 45 jährigen Junioren und 46 – 60 jährigen Senioren unterteilt. Nach dem 60. Lebensjahr wurde man vom Kriegsdienst befreit. Mit der Einführung der Sozialversicherungssysteme wurde Alter ab 65 Jahre definiert (vgl. Höpflinger 2016, 289).

Im Jahr 2002 wurde der Begriff „aktiv Altern“ seitens der WHO definiert, und er umfasst den Prozess zur Optimierung, die es Menschen im zunehmenden Alter ermöglichen ihre Gesundheit zu wahren, aktiv am sozialen Leben teil zu haben, ihre Sicherheit zu gewährleisten und so zu einer Verbesserung der Lebensqualität beizutragen (vgl. WHO 2002). 2012 ernannte die EU das Jahr zum „Europäischen Jahr des aktiven Alterns und der Solidarität zwischen den Generationen“ ernannt und folgende Erklärung dazu formuliert: *„Aktives Altern bedeutet, Menschen dabei zu helfen, ihr Leben so lange wie möglich selbstständig zu führen und – wenn möglich – einen Beitrag zu Wirtschaft und Gesellschaft zu leisten“* (Europäische Kommission 2016).

In Österreich wurde im Anschluss an das europäische Jahr „aktives Altern“ der Bundesplan für Seniorinnen und Senioren beschlossen, und als Ziel die Herstellung, Wahrung oder Hebung der Lebensqualität älterer Personen oder Personengruppen definiert, wobei die Lebensqualität nach objektiven Bedingungen und subjektiven Bewertungen wie Zufriedenheit und Wohlbefinden gemessen wird. (vgl. BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2013, 9).

4.2. Hochaltrigkeit

Der Begriff „Hochaltrigkeit“ findet sich in unterschiedlichen Statistischen Auswertungen und bezeichnet den Lebensabschnitt ab dem 80. beziehungsweise ab dem 85. Lebensjahr. Davon ausgehend, dass das Ende der Erwerbstätigkeit mit dem 65. Lebensjahr in angesiedelt ist, werden die weiteren Lebensjahre in Statistiken meist in Zehnerschritten angegeben, und die Phase 80+ häufig als Hochaltrigkeit definiert. In den unterschiedlichen Forschungsarbeiten besteht Einigkeit darüber, dass das Altern und vor allem die Hochaltrigkeit nicht an ein Lebensjahr gebunden werden kann und die Hochaltrigkeit häufig mit dem Verlust des Leistungsbeitrages für die Gesellschaft einhergeht (vgl. Fürstenberg 2013, 16). Ab dem 80. Lebensjahr nehmen die gesundheitlichen Risiken zu, körperliche und psychische Veränderungen beeinflussen die Alltagserfordernisse erheblich. Auch chronische Erkrankungen, Demenzerkrankung und Multimorbidität steigen ab dem 80. Lebensjahr signifikant an (vgl. Amann et al. 2008, 47). Diese Lebensphase wird auch als 4. Lebensalter beschrieben und meint jenen Übergang oder Einschnitt im Leben, wo die Selbständigkeit gefährdet ist, Gebrechlichkeit und Abhängigkeit dominieren und eine Pflegebedürftigkeit vorliegt (Graefe et al. 2011, 300). Im Bericht Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme unterscheidet Kytir zwischen den älteren Menschen, diese sind zwischen 65 und 79 Jahren, und den Betagten ab dem 80. Lebensjahr. Er berichtet von der Schwierigkeit chronologisch abgegrenzte Altersgruppen zu verwenden, um die Begrifflichkeit für das höhere Erwachsenenalter auch abbilden zu können. Er nennt als weitere Begriffe: Die Generation 50+, den „jungen“ und den „alten“ Alten, sowie die Betagten und Hochbetagten bis zur Gruppe der über 110-jährigen die als „Supercentenarians“ bezeichnet werden (vgl. Kytir 2009, 47).

In der ÖIHS werden als Zielgruppe Personen zwischen 80 und 85 Jahren genannt, die sowohl in ihrem eigenen Haushalt als auch in Pflegeheimen leben, und ihren Wohnsitz in Wien oder in der Steiermark haben (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 29).

Die Relation der Hochaltrigen die in privaten Haushalten leben und jener Personen die in Pflegeeinrichtungen leben wird in der Studie Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme wie folgt angegeben: ca. 7% der Hochaltrigen leben in Heimen, wobei das Eintrittsalter mit 82 Jahren genannt wird (vgl. Rischaneck 2009, 75).

Die Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Der Anteil der stationär betreuten Hochaltrigen wird auf ca. 5 - 8% der 85 jährigen geschätzt. In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie liegt der Anteil bei 12% und wird daher als überrepräsentiert angegeben (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 131).

In einer Gegenüberstellung wird der Gesundheitszustand der zuhause lebenden Personen und der PflegeheimbewohnerInnen graphisch dargestellt:

Gesundheitszustand	Privathaushalt	Pflegeheim
Gut	61,3%	3,8%
- „rüstig“/sehr gut	15,2%	-
- „fit“/gut	46,1%	3,8%
Pre-frail	33,6%	59,6%
Frail	5,2%	36,5%

Abbildung 1: Gesundheitszustand nach Wohnformen, (Ruppe und Stückler 2015, 132)

Um dieses Bild zu differenzieren wurde die Notwendigkeit der Unterstützungsleistung für Personen die noch zu Hause leben erfragt. Das Ausmaß der angegebenen notwendigen Unterstützungsleistung liegt bei rund 30%, wobei über 90% derjenigen die eine Unterstützung zu Hause benötigen, diese im Bereich der Haushaltsführung angeben. Knapp 50% benötigen eine Betreuung bzw. Begleitung, und 29% geben einen Bedarf für pflegebezogene Hilfe an (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 69).

Da für das Eintreten in ein Pflegeheim eine PflegegeldEinstufung vorausgesetzt wird, kann davon ausgegangen werden, dass jene Personen die in einem Pflegeheim leben, einen hohen Bedarf an Unterstützungsleistung haben. Dies zeigt sich auch in der oben angeführten Graphik, wo 36,5% der PflegeheimbewohnerInnen als Frail eingestuft werden.

4.3. *Frailty*

„*Frailty is now a recognised medical syndrome that provides a biological framework to understand vulnerabilities resulting from ageing and the accumulation of chronic disorders*“ (Fried und Rodriguez-Mañas 2015, e8).

Frailty wird häufig mit den Worten Gebrechlichkeit und Fragilität gleichgesetzt oder auch als geriatrisches Syndrom beschrieben, dass die erhöhte Verletzbarkeit älterer Menschen, auf nicht geplante Ereignisse beschreibt. Gerade das Zusammenwirken von Frailty und einem Sturz, einem Ortswechsel, oder das Auftreten einer zusätzlichen Erkrankung kann kumulieren und führt dann häufig zu Krankenhauseinweisungen. Frailty steht auch in Zusammenhang mit einer erhöhten Morbidität und sekundären Komplikationen sowohl in medizinischen als auch pflegerischen Belangen. In der Folge kommt es zu einer Abnahme der Selbständigkeit und des Leistungsniveaus, dies führt wiederum zu Einweisungen in Spitäler oder Pflegeheime. Zusätzlich zu den medizinischen Faktoren nehmen auch individuelle soziale Faktoren einen Einfluss auf den Schweregrad der Ausprägung von Frailty, hier wird insbesondere niedriges Einkommen, fehlende familiäre Integration und soziale Kontakte, aber auch niedriges Bildungsniveau und wenig soziale Unterstützung angeführt (vgl. Roller-Wirnsberger 2010, 181). Fried sieht 7 – 16,3% Frailty bei Personen über 65 Jahren, wobei Frauen häufiger betroffen sind als Männer (vgl. Fried und Rodriguez-Mañas 2015, e7).

Aus medizinischer Sicht sind mindestens drei Faktoren aus folgenden Kriterien notwendig, um die Diagnose Frailty stellen zu können:

- Gewichtsverlust
- Appetitlosigkeit
- Reduktion der Gehgeschwindigkeit
- Verminderung der Muskelkraft (Sarkopenie)
- verminderte körperliche Belastbarkeit und schnelle Erschöpfung
- Gangunsicherheit und Gleichgewichtsstörungen

Es wird nach drei Kriterien unterschieden:

- robust, keine der Kriterien treffen zu
- pre-frail, ein oder zwei Kriterien treffen zu
- frail, mindestens drei Kriterien treffen zu (vgl. Böck et al. 2011, 87)

„The conceptual framework for the relations between ageing, disease, susceptibility, disability, and dependency allows for the recognition and management of older people at risk of disability“ (Fried und Rodriguez-Mañas 2015, e8).

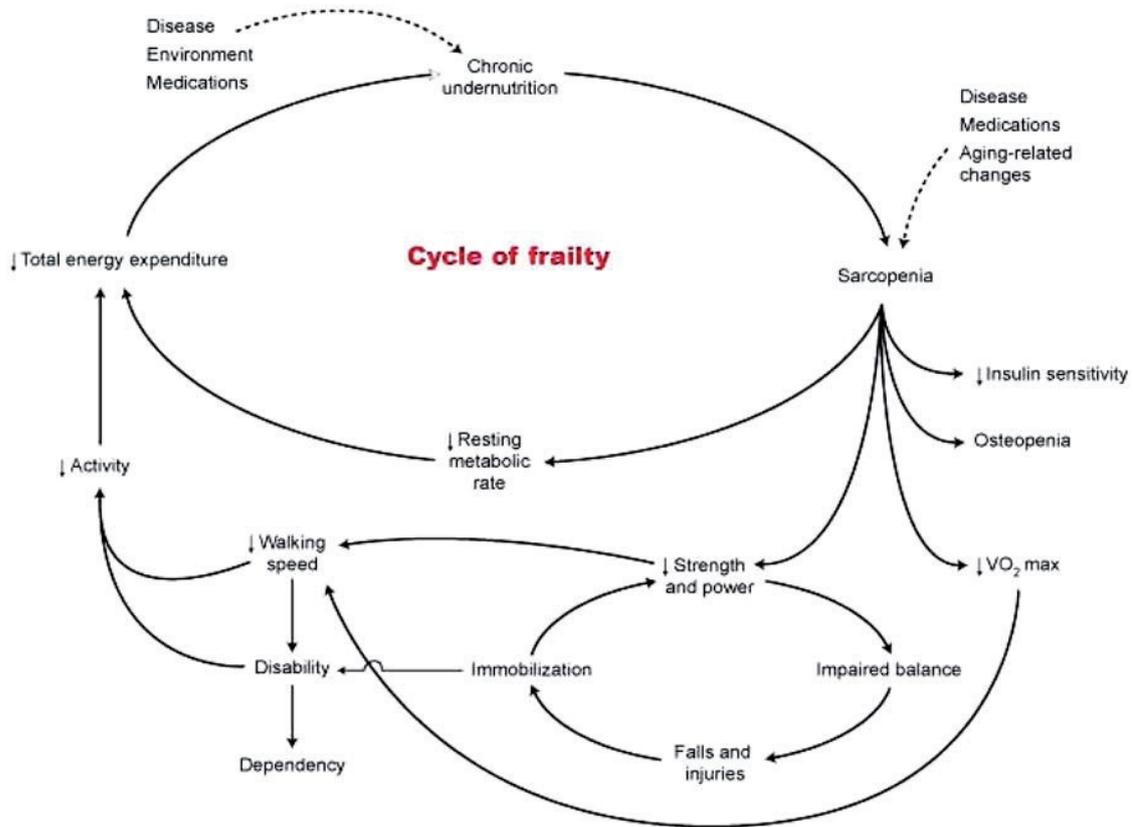


Abbildung 2: Cycle of frailty, Quelle: Fried & Watson (Böck et al. 2011, 38)

In Studien konnte nachgewiesen werden, dass bei früher Erkennung des Stadiums Pre-frail, die Frailty zu 100% reversibel ist, sofern gezielte Maßnahmen umgesetzt werden. Somit erscheint es als wesentlich, hochbetagte und multimorbide Personen mittels engmaschigen Monitoring zu erfassen, um frühzeitig agieren zu können. Um den Ernährungsstatus zu erheben und zu beobachten wird der Body Maß Index herangezogen und das Gewicht laufend kontrolliert. Für die körperliche Belastung und Muskelkraft kann eine „grobe Handkraftmessung“ mittels Dynamometer durchgeführt werden. Ein weiterer Indikator ist die Ganggeschwindigkeit, diese sollte über 0,8m/sec. liegen. Zeigen sich auf Grund der durchgeführten einfachen Tests Defizite, so ist ein geriatrisches Assessment einzuleiten (vgl. Roller-Wirnsberger 2010, 186).

Im Bericht Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme wird ebenfalls auf den Begriff Frail eingegangen. So zeigt sich unter dem Punkt Mangelernährung im Alter, dass bei Auftreten von besonderen Lebensereignissen wie Tod des Partners oder Erkrankung, bei gebrechlichen, alten Personen, eine zu niedrige oder grenzwertige Nahrungsaufnahme nachgewiesen werden kann. Des Weiteren wird auf die Wichtigkeit der Frührehabilitation in der Geriatrie hingewiesen, rasche Mobilisation und psychische Aktivierung sind die Basis für eine gezielte, funktionelle Rehabilitation mit der Perspektive, jene Personen rasch wieder in ihr soziales Umfeld einzugliedern (vgl. Böhmer 2009, 314).

Akutgeriatrie und Remobilisation in Österreich haben nicht nur das Ziel der akuten medizinischen Versorgung, sondern sind speziell für geriatrische Themengebiete zuständig. Als Ziele der Akutgeriatrie und Remobilisation werden die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeiten zur Führung eines selbständigen Lebens genannt, sowie die Vorbeugung weiterer Funktionsverluste, die Wiedereingliederung in die gewohnte Lebenswelt und die Verbesserung der Lebensqualität. Zu den Therapien zählen insbesondere Mobilitätstraining, Orientierungshilfe und Trainings die die Erhaltung und Förderung der Aktivitäten des täglichen Lebens unterstützen. Studien belegen, dass es eindeutige Vorteile für PatientInnen der Akutgeriatrie und Remobilisation gibt, da sich der funktionelle Zustand und die subjektive Lebensqualität verbessert und die Anzahl der Pflegeheimweisungen reduziert wird. Es wird darauf hingewiesen, dass den größten Nutzen jene Personengruppe hat, die von Altersgebrechlichkeit betroffen ist, jedoch noch nicht stark pflegeabhängig ist, übertragen auf Frailty entspricht dies dem Stadium pre-frail (vgl. Böhmer 2009, 324).

4.4. *Das gute Leben*

Eine einfache Definition für das gute Leben zu finden, ist schwierig, da das gute Leben aus der individuellen Sicht betrachtet werden muss. Was für den Einen zum guten Leben dazugehört, muss für den Anderen nicht unbedingt als ein Faktor für das gute Leben gesehen werden.

Im Lehrbuch Gerontologische Pflege werden zwei Perspektiven für die Definition herangezogen, die Perspektive der Lebenschancen und die Perspektive der Lebensbilanz. Die Perspektive der Lebenschancen ist abhängig von der Umgebung und der lebensbefähigenden Umwelt, hier kommt die Solidarität zum Tragen. Im Vordergrund der Solidarität stehen nicht nur materielle Bedingungen, sondern auch Teilhabe und Chancengleichheit. Als weiterer Faktor für die Perspektive der Lebenschancen werden die persönlichen Qualitäten im Sinne einer Lebensbefähigung genannt. Zur Perspektive der Lebensbilanz zählen die Bestimmung der Nützlichkeit von Lebensbedingungen und das subjektive Wohlbefinden. Das subjektive Wohlbefinden meint die innere Einstellung der Person, ihre Werthaltung und die Wertschätzung des eigenen Lebens (vgl. Güther und Brandenburg 2015, 84).

In Anbetracht von Verletzlichkeit und Endlichkeit nennt Ehret folgende Eigenschaften als Bedingung für ein gutes Leben im hohen Alter:

- Individualität und Selbstverantwortung
- Gemeinsinn und Mitverantwortung
- Empathie und Bezogenheit
- Proaktivität und Umwelt (vgl. Ehret et al. 2013, 81)

In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie wird festgehalten, dass im hohen Alter die Lebensqualität vor allem über Mobilität und Gesundheit, Handlungsfähigkeit, soziale Netzwerke und Infrastruktur, sowie über ökonomische Bedingungen bestimmt werden kann. Auch Lebensstil und Lebensweise, sowie Veränderungen im Lebenslauf sind von Bedeutung (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 58).

Auch bei der Befragung von Zimmermann werden die Gesundheit, die Selbständigkeit, die soziale Sicherheit und die Mobilität als wesentlicher Inhalt zur Frage des guten Lebens in der Hochaltrigkeit genannt (vgl. Zimmermann 2013, 113).

Für diese Arbeit werden vier Kategorien die einen Beitrag zum guten Leben in der Hochaltrigkeit darstellen ausgewählt, da sie in der gerontologischen Wissenschaft für die Lebensqualität in der Hochaltrigkeit eine bedeutsame Rolle einnehmen:

- **Selbstbestimmte Lebensführung** meint die Individualität und Selbstverantwortung wie sie von Ehret beschrieben wird. Aber auch die Handlungsfähigkeit, und die Selbständigkeit der einzelnen Personen, die bei Zimmermann als wichtiges Kriterium für ein gutes Leben in der Hochaltrigkeit beschrieben wird, sind im Begriff Selbstbestimmte Lebensführung zu finden.
- **Mobilität** im engeren und weiteren Sinne wird in allen gerontologischen Artikeln und Studien als ein wesentlicher Teil für ein gutes Leben in der Hochaltrigkeit genannt, sie kann bei Ehret dem Begriff Proaktivität und Umwelt zugeordnet werden.
- **Soziale Netzwerke** meint die Alltagskontakte, die Einbindung in das gesellschaftliche Leben aber auch das Thema Einsamkeit. Bei Ehret ist das Soziale Netzwerk im Bereich Gemeinsinn und Mitverantwortung, aber auch bei Empathie und Bezogenheit zu finden.
- Die **Persönliche Freizeitgestaltung** ist unter den Begriffen Proaktivität und Umwelt bei Ehret angesiedelt und umfasst Lebensstil und Lebensweise aus der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie.

Selbstbestimmte Lebensführung

Die selbstbestimmte Lebensführung umfasst Tätigkeiten und Aufgaben, die in den Aktivitäten des täglichen Lebens zusammengefasst werden, insbesondere sind dies Tätigkeiten rund um die Körperpflege, An- und Auskleiden, sowie Tätigkeiten zur Ernährung und Ausscheidung.

Die Selbstbestimmung, auch im Sinne der Entscheidungsfähigkeit für Alltagsthemen ist ein wesentlicher Faktor, der zum guten Leben beitragen kann. Lehr fordert: *„alles zu tun um möglichst gesund und kompetent alt zu werden, um möglichst selbständig und selbstbestimmt sein Leben auch als 80-90 Jähriger und älterer führen zu können“* (Lehr 2012, 3).

Im Forschungsprojekt: „Autonomie erhalten, eine qualitative PatientInnenbefragung in der Hauskrankenpflege“, werden die ProbandInnen zu Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens befragt. Im Vordergrund stand die Sorge um die eigene Gesundheit, da sie als Voraussetzung für ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben gesehen wird. Als besonders bedrohlich wird jene Einschränkung der selbstbestimmten Lebensführung gesehen, wo eine bestimmte Fähigkeit, die als wichtig angesehen wird, verloren geht (vgl. Seidl et al. 2000, 107).

In der ÖIHS wird die selbstbestimmte Lebensführung von Personen die in privaten Haushalten leben, als wichtige Ressource gesehen, die zur Zufriedenheit in der Hochaltrigkeit einen wertvollen Beitrag leistet. BewohnerInnen in Pflegeheimen weisen gravierende Gesundheits- und Funktionseinschränkungen auf, trotzdem wird auch in den stationären Einrichtungen die selbstbestimmte Lebensführung als wichtiger Bestandteil für ein gutes Leben gesehen (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 131).

Die Miteinbeziehung der Angehörigen als Ressource für die BewohnerInnen und die Schaffung einer Alltagsnormalität sind die Voraussetzung, dass selbstbestimmte Lebensführung in Pflegeeinrichtungen stattfinden kann. Im Projektbericht zum Innovationsprozess in NÖ Landespflegeheimen spiegelt sich die selbstbestimmte Lebensführung in den 6 Grundprinzipien wieder. So sind die „Gestaltung des Alltags“ und die „Schaffung eines vertrauten häuslichen Umfeldes“ zwei Prinzipien die auch zur Selbstbestimmung in der Lebensführung beitragen, ergänzt durch das Grundprinzip „Frei sein in Entscheidungen“ (Mayer 2015a, 18).



Abbildung 3: Modelle der Grundprinzipien, (Mayer 2015a, 18)

Mobilität

Das bekannte Sprichwort: „Wer rastet der rostet“ kann als wesentlich für die Hochaltrigkeit genannt werden. Das Bedürfnis einer großen Gruppe von alten Menschen ist zunächst auf ein kompetentes und gesundes Altern ausgerichtet. Der Begriff der Mobilität spannt sich hier von der eigenen körperlichen Fitness hin zur geistigen Mobilität, über die Barrierefreiheit und den öffentlichen Raum mit seiner Infrastruktur (vgl. Lehr 2012, 2 ff.).

Im Bericht Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandaufnahme wird die Mobilität in mehreren Kapiteln betrachtet, unter anderem in den Kapiteln:

- „Lebensformen und Wohnsituation der Hochbetagten in Österreich
- Ökologie im Alter – der Zugang zur (sozialen) Infrastruktur
- Sicherheit im hohen Alter
- Mobilität im Alter
- Gesundheitsförderung, Prävention und Gesundheitsversorgung bei Hochbetagten“ (BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009, 5ff)

Die Darstellung des Begriffes Mobilität in den unterschiedlichen Kapiteln, unterstreicht die Wichtigkeit der Mobilität, die eben nicht nur auf die körperliche Fitness eingegrenzt werden kann. Sie ist ein wesentlicher Faktor um alltägliche Verrichtungen selbständig durch zu führen, um die Gesundheit positiv zu beeinflussen und das soziale Netzwerk aufrecht zu erhalten. Die negativen Folgen von eingeschränkter Mobilität können daher zur Depression, Vereinsamung und zu Krankheit führen (vgl. Reiterer 2009, 181).

Der Benützung des eigenen PKW wird in der Studie Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme in der Verwendung von Verkehrsmitteln dargestellt. Es zeigt sich, dass für die Altersgruppe der 75 – 84 jährigen der eigene PKW das wichtigste Fortbewegungsmittel ist, in der Gruppe der 85+ jährigen dies aber rapid abnimmt. Des Weiteren gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen Frauen und Männern, der auf die unterschiedliche Rollenverteilung dieser Altersgruppe zurück geführt wird (vgl. Reiterer 2009, 184).

Verwendung von Verkehrsmitteln nach Altersklassen (n= 450)

Fortbewegungsmittel	Altersgruppen						Gesamt	
	65-74		75-84		85+		absolut in %	
	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %	absolut	in %
Fahre nicht	51	6,3	27	17,2	10	18,9	52	11,6
Fahre als Passagier	25	10,4	23	14,6	19	35,8	67	14,9
Benutze öffentliche Verkehrsmittel	53	22,1	50	31,8	14	26,4	117	26,0
Fahre eigenes Auto	147	61,3	57	36,3	10	18,9	214	47,6
Gesamt	276	100,0	157	100,0	53	100,0	450	100,0

Abbildung 4: Verwendung von Verkehrsmitteln nach Altersklassen, (Reiterer 2009, 184)

In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie werden in der Kategorie Mobilität signifikante Unterschiede zwischen Personen die in einem Privathaushalt leben und BewohnerInnen eines Pflegeheimes dargestellt. So wird die Verwendung eines Rollstuhles in Privathaushalten mit 19,4% und in Pflegeheimen mit 48% angegeben. Auch Bettlägerigkeit ist naturgemäß im Pflegeheim öfter anzutreffen als im Privathaushalt, aber auch die Bewegungseinschränkung in den Armen wird mit 28% gegenüber von 3% in Privathaushalten als signifikant höher festgestellt (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 133).

Im Projektbericht zum Innovationsprozess in NÖ Landespflegeheimen, wird festgehalten dass: *„neben der Personenzentrierung als zentrales Element die „individuelle angepasste Betreuung, Therapie und qualitativ hochwertige Pflege“ ein Kernelement für eine ganzheitliche Versorgung von BewohnerInnen in Langzeitpflegeeinrichtungen ist. Ohne eine qualitativ hochwertige therapeutische Versorgung, vor allem von physischen Einschränkungen, verlieren auch die Grundprinzipien an Wichtigkeit“* (Mayer 2015a, 22).

Die Ergebnisse der Präsentation „Leben entfalten – Zukunft gestalten“ empfehlen, die Einbindung der BewohnerInnen in die Alltagsroutinen, sowie die Schaffung einer gesundheitsfördernden Lebenswelt. Auch bei den Planungsgrundsätzen findet die Mobilität sowohl in der räumlichen Wohngruppengestaltung als auch in der Planung des Außenbereichs ihren Stellenwert (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2015, 56).

Soziale Netzwerke

Gute soziale Beziehungen sind nach Höpflinger ein zentrales Element für die soziale Integration, aber auch verantwortlich für das subjektive Wohlbefinden. Als wesentlich wird das vorhanden sein von mindestens einer Vertrauensperson gesehen. Gute soziale Beziehungen bieten soziale Unterstützung, ein gutes soziales Netzwerk kann sich positiv auf die Gesundheit auswirken (vgl. Höpflinger 2000, 1).

Als wichtigste Bezugs- und Unterstützungsperson im Alter gelten, der Partner, die Partnerin, oder erwachsene Kinder. Als weitere Bezugs- und Unterstützungspersonen nennt Höpflinger Enkelkinder und Geschwister, sowie Freundschaften und Nachbarschaftskontakte (vgl. Höpflinger 2000, 5ff).

In der ÖIHS wird die Wichtigkeit des Soziallebens älterer Menschen als wesentlich für die Zufriedenheit gesehen, wobei nicht nur die Art und Anzahl der Personenkontakte entscheidend sind, sondern vor allem wie die Unterstützung empfunden und das Gefühl der sozialen Nähe vermittelt wird (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 177).

In der Studie Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme werden die sozialen Netzwerke und insbesondere die familiären Netzwerke der Hochaltrigen beschrieben, und es wird betont dass 75% der Menschen über 70 Jahre den Kontakt zu ihren Familienangehörigen mindestens einmal pro Woche pflegen. Im qualitativen Teil dieser Studie wurde der enge Kontakt zu den Angehörigen bestätigt und als wesentliche

Ressource für das Gelingen des Lebensabends hervorgehoben. Auch der Kontakt zu Nachbarn und Freunden ist in den Interviews als wichtiger Bestandteil für die soziale Teilhabe genannt worden (vgl. Rischaneck 2009, 71).

Hörl berichtet über die Häufigkeit von Aktivitäten und Sozialkontakten, die ausgewählte Tabelle zeigt unterschiedliche Aktivitäten in Verbindung mit regelmäßigen Sozialkontakten (vgl. Hörl 2009, 297)

Tabelle 2: Häufigkeit* ausgewählter Sozialkontakte, 50- und mehrjährige Männer und Frauen, Österreich (2006), in % (gewichtet; Rundungsfehler nicht ausgeglichen)

	n	Insgesamt		50-59		60-69		70-79		80+	
		m	w	m	w	m	w	m	w	m	w
ehrenamtliche (unbezahlte) Tätigkeit ausüben	-1.015	21	17	23	21	22	21	19	16	11	2
Karten/ Schach/ Gesellschaftsspiele spielen	-1.019	46	40	41	39	53	44	47	43	39	32
in ein Cafe/ Gasthaus/ Restaurant gehen	-1.019	68	58	82	68	65	60	62	49	45	39
in einen Club/ Verein gehen	-1.019	32	24	32	25	39	28	24	24	27	16
sich politisch betätigen/ politische Veranstaltungen besuchen	-1.017	8	4	8	5	12	4	4	5	2	1
einen Gottesdienst besuchen	-1.018	36	42	28	32	37	46	45	55	41	43
Bekanschaften machen mit der Familie/ Verwandten etwas unternehmen, zusammensein	-1.003	32	22	44	30	32	21	20	18	11	11
mit Bekannten/ Freunden etwas unternehmen, zusammensein	-1.016	75	80	78	86	74	79	75	75	70	73
sich mit Kindern beschäftigen	-1.012	49	56	50	66	53	62	46	48	35	32
E-Mails schicken/ empfangen	-1.018	23	15	40	34	20	11	7	1	2	1
übers Handy SMS schicken/ empfangen	-1.018	19	20	35	41	13	16	8	4	5	1
Telefonieren	-1.019	91	97	95	97	88	98	91	96	84	96

* Anteil der Personen in der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppe, die einmal im Monat oder häufiger in den angeführten Bereichen aktiv sind.

Abbildung 5: Häufigkeit ausgewählter Sozialkontakte, (Hörl 2009, 298)

Für BewohnerInnen von Pflegeeinrichtungen ist hervorzuheben, dass sich die Gestaltung des Sozialen Netzwerkes durch die Strukturen in den stationären Einrichtungen verändert. Auch wenn die Abschaffung von Besuchszeiten und die Öffnung der Pflegeheime hier bereits Barrieren abgebaut haben, ist der Besuch von Angehörigen zu Hause ein anderer, als in stationären Einrichtungen. Alleine das Anbieten von „Kaffee und Kuchen“, wie es im häuslichen Umfeld üblich ist, entfällt in der Regel im BewohnerInnenzimmer, es bleibt die Einladung in die hausinterne Cafeteria. Dazu kommt, dass wenige Einzelzimmer zur Verfügung stehen und bei Mehrbettzimmer die MitbewohnerIn, auch wenn sie nicht im Zimmer anwesend ist, präsent bleibt.

In der Pflege und Betreuung in Langzeitpflegeeinrichtungen hat die Einbeziehung von Angehörigen, Freunden und Bekannten einen wichtigen Stellenwert eingenommen. So wurde im Projektbericht zum Innovationsprozess in NÖ Landespflegeheimen ein umfassender Maßnahmenkatalog über die Einbindung der Angehörigen zusammengestellt, mit dem gemeinsamen Fokus von Angehörigen und Pflege- und Betreuungspersonen, die Betreuung der BewohnerInnen in den Mittelpunkt zu stellen (vgl. Mayer 2015a, 30).

In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie zeigen die Interviewten auf, dass Unterstützungsleistungen durch Angehörige auch in Pflegeheimen erfolgen. Dies vor allem in alltäglichen Verrichtungen, wie Einkaufen, Wäsche versorgen oder miteinander Spazieren gehen. Es wird darauf hingewiesen, dass diese Alltagstätigkeiten möglicherweise vom Pflegepersonal *„nicht hinreichend abgedeckt werden und aus strukturellen Gründen oft wohl auch gar nicht abgedeckt werden können. Eine regelmäßige Begleitung von Heimbewohner/innen, etwa auf Spaziergängen, kann durch das Pflegepersonal im Heim schwerlich geleistet werden“* (Ruppe und Stückler 2015, 195).

Zum Begriff des sozialen Netzes muss auch das Thema Einsamkeit und Isolation genannt werden. Hörl definiert die Einsamkeit als ein subjektives Erlebnis, die Isolation als eine objektive messbare Größe von niedrigen Sozialkontakten und beschreibt die Desolation als eine Sonderform der Isolation, die vor allem ein Phänomen des zunehmenden Alters ist und sich auf die gehäuft auftretenden Personenverluste bezieht (vgl. Hörl 2009, 291).

Zum Thema Soziale Isolation und Heimaufenthalt wird festgehalten, dass diese miteinander korrelieren. Bei Personen die im Privathaushalt leben, gaben noch 90,6% regelmäßig Kontakt zu mindestens einen Freund oder Bekannten an. In den Auswertungen über Heime, waren dies nur mehr 64,7%. Als wesentlicher Grund wird, das Verlassen der eigenen häuslichen Umgebung angegeben. Meist steht der Heimeinzug mit einem geringen sozialen Netzwerk in Zusammenhang, sodass die notwendigen Unterstützungsleistungen vom sozialen Umfeld nicht mehr befriedigt werden können. Auffällig war, dass bei HeimbewohnerInnen die regelmäßige Sozialkontakte angaben, diese Sozialkontakte nicht aus demselben Pflegeheim waren. Die Autoren schließen daraus, dass Freundschaften oder Bekanntschaften im Heim nicht so intensiv wahrgenommen werden, oder auch nicht stattfinden (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 105ff).

Persönliche Freizeitgestaltung

Die persönliche Freizeitgestaltung stellt die sinnvolle konkrete Aktivität in den Mittelpunkt, „da sich Menschen durch ihre Aktivitäten in der Regel sehr stark selbst definieren und in gewisser Weise auch Lebenssinn aus ihnen beziehen“ (Ruppe und Stückler 2015, 116).

Diese Aktivitäten haben nicht nur die Aufgabe den Tag zu strukturieren oder sich zu beschäftigen, diese Aktivitäten sind sinnstiftend und als sehr positive wirkmächtige gesellschaftliche Werte zu sehen. Zu diesen Aktivitäten zählt unter anderem das Freizeitverhalten, wobei Freizeit im Gegensatz zum Ausruhen und Langeweile steht. Die Freizeit hat eine wichtige Bedeutung auch in der Hochaltrigkeit, da nachgewiesen werden konnte, dass sich das Aktivitätsniveau günstig auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit auswirkt. Diese Freizeitaktivitäten sind unabhängig von den Aktivitäten des täglichen Lebens zu betrachten, sie basieren auf persönlichen Wünschen und Zielen, oft in engem Zusammenhang mit der Biographie des Einzelnen (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 116).



Abbildung 6: OEIHS-Endbericht – die fünf häufigsten genannten Aktivitäten, (Ruppe und Stückler 2015, 115)

Die Zufriedenheit mit der persönlichen Freizeitgestaltung in Pflegeheimen, wird in der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie als deutlich weniger zufriedenstellend beschrieben, als für in Privathaushalten lebende Personen. Als ein wesentlicher Grund wird der schlechtere Gesundheitszustand und die dadurch eingeschränkten Möglichkeiten an Freizeitaktivitäten genannt (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 116).

Im Projektbericht zum Innovationsprozess in NÖ Landespflegeheimen wird die Bedeutung der persönlichen Freizeitgestaltung in den Grundprinzipien dargestellt. Die Einbeziehung der Biographie, wichtiger Beziehungen, Rollenbilder sowie Vorlieben und bedeutungsvolle Aktivitäten können zur Unterstützung der persönlichen Freizeitgestaltung beitragen. Das Angebot von Ehrenamt und Alltagsbegleitung schafft ebenfalls Raum für die individuellen Gepflogenheiten der BewohnerInnen (vgl. Mayer 2015a, 36).

Erwähnt sei noch, dass die Datenlage für den Lebensalltag der Hochbetagten in diesem Bereich als äußerst unbefriedigend eingeschätzt wird, da praktisch kein Wissen über die Freizeitbeschäftigung der über 80 jährigen wissenschaftlich belegt ist (vgl. Kolland 2009, 131).

5. Neue Konzepte für die Hochaltrigkeit

Um neue Konzepte für die Hochaltrigkeit zu betrachten, bedarf es vorerst einen Blick auf die gängigen Altersbilder, die unsere Zeit momentan prägen. Wir lesen über die Best-Ager, Gold- oder Silver-Ager, Anti-Aging ist mittlerweile in den normalen Sprachgebrauch übergegangen. All diese Begriffe suggerieren ein Altersbild indem die handelnden Personen aktiv, flexibel und produktiv sind, und so „erfolgreich altern“. Auch der verbreitete Ausspruch, dass PensionistInnen keine Zeit haben, weil ihr Terminkalender voll ist soll zeigen, dass diese Personen noch nicht alt und somit inaktiv sind, sondern entsprechend des allgemeinen Gesellschaftsbildes aktiv altern. Die Europäische Union hat in ihrer Erklärung zum „Europäischen Jahr des aktiven Alterns“ formuliert, dass aktives Altern auch bedeutet einen Beitrag zu Gesellschaft und Wirtschaft zu leisten. Somit zeigt ein voller Terminkalender bei PensionistInnen, dass sie diesem Anspruch Folge leisten (vgl. Europäische Kommission, 2016).

Betrachtet man nun die Produktivität des Alterns unter dem Aspekt der Leistungsfähigkeit so kann die Hochaltrigkeit nicht mehr mitspielen, da sich in dieser Phase des Lebens die Leistungsfähigkeit und Produktivität aus wirtschaftlicher Sicht reduziert. Die Stadien der Gebrechlichkeit, der Pflegebedürftigkeit und die Multimorbidität verlangen von der Gesellschaft finanzielle und persönliche Ressourcen. Um die Hochaltrigkeit als Teil des Lebens zu sehen und als solche in die Gesellschaft einzugliedern, bedarf es neue Bilder des Alterns. Es ist daher an der Zeit und notwendig auch die Hochaltrigkeit in das Bild des Alterns, als ein Teil des Lebens einzubringen und einzugliedern, ohne dass Stigmatisierung und Ausgrenzung passieren. Wie lässt sich nun das Bild der aktiven PensionistInnen auf das Bild der Hochaltrigkeit und den Bildern der Gebrechlichkeit, der Abhängigkeit, den Verlust der Selbständigkeit und der Pflegebedürftigkeit übertragen?

Kolland schreibt in seinem Forschungsbericht Neue Kulturen des Alterns, dass es eine Neugestaltung braucht, eine Kultur der Langlebigkeit wo die Grenzen zwischen jungen und alten Alten, zwischen aktiven und nicht mehr aktiven Alten aufgehoben oder neu gestaltet werden. Kolland nennt als neue Konzepte die eine Möglichkeit zum Gelingenden Alter darstellen, unter anderem die Alterscoolness und die Kultur des humanen Alterns (vgl. Kolland Franz 2015, 50).

In den nachfolgenden Unterkapiteln wird die Forschungsfrage: „**Welche Konzepte unterstützen Hochaltrige, um ein gutes Leben, angesichts von Endlichkeit und Verletzlichkeit in dieser Lebensphase, zu führen?**“ beantwortet. Es werden die Konzepte: Alterscoolness, Kultur des humanen Alterns und das Konzept der „drei L - Laufen, lernen, lieben“ betrachtet.

5.1. Alterscoolness

Im Zuge des Forschungsprojekts „Gutes Leben im hohem Alter angesichts von Verletzlichkeit und Endlichkeit – eine Analyse von Altersbildern in öffentlichen Diskursen und Alltagspraktiken“ ist Zimmermann der Frage: „Wie kann das Gute Leben auch in der Hochaltrigkeit gelingen?“ nachgegangen. Er beschreibt zuerst das äußerst negative und einseitige Bild des Alterns, welches als Bedrohung und Belastung vor allem in Hinblick auf die volkswirtschaftlichen Auswirkungen gesehen wird und als Defizit und Verlustbild hinsichtlich des körperlichen und geistigen Verfalls. Zimmermann definiert eine mögliche Haltung, die für das gute Leben in der Hochaltrigkeit als Lebenseinstellung angewandt werden kann (vgl. Zimmermann 2013, 103).

Die derzeit gültigen Altersbilder fordern von den Betroffenen Flexibilität, im Sinne von Anpassungsbereitschaft und Wandlungsfähigkeit auf die wirtschaftlichen Anforderungen. Diese Haltungsanforderung hinterfragt Zimmermann und wählt in diesem Zusammenhang den Begriff Alterscoolness. „*Coolness ist ein Verhaltenscode, der es auch und gerade im Alter möglich macht, die Haltlosigkeit des Flexibilitätsregimes einen Halt entgegen zu setzen*“ (Zimmermann 2013, 112).

In einem YouTube-Video zum Symposium „Altern in unserer Zeit“ beschreibt Zimmermann Coolness als eine besondere Gefasstheit und Haltung gegenüber dem hohen Alter, kühl zu bleiben, Distanz zu bewahren und Abstand zu halten, auch oder insbesondere durch Humor und Ironie. Die Alterscoolness bezieht sich sowohl auf die eigene Person, aber auch auf die äußere Umwelt und die Gesellschaft im weiteren Sinne. Gemeint ist Nonchalance und Indolenz, sowie eine umfassende Gefasstheit, gegenüber dem Alter. Alterscoolness kann als eine Lebenskunst bezeichnet werden, in dem der Einzelne versucht, das gute Leben, auch im hohen Alter, für sich zu gestalten (vgl. Zimmermann 2012, 08:34ff).

Zimmermann leitet den Begriff Coolness aus drei verschiedenen Verhaltensformen aus der Zeit um 1920 ab. Coolness findet sich im weißen Amerika bei der schwarzen Bevölkerung, der es möglich wird durch Coolness Widerstand gegen die Verweigerung von Lebenschancen zu leisten, dies gelingt insbesondere durch Anerkennung und Respekt. Zeitgleich wurde in Europa die Überlebenskunst der Aristokratie gelebt, sie zeigte sich durch eine besondere Form der Haltung und Fassung. Die Aristokratie grenzte sich damit zur Massengesellschaft ab, im Gegenzug bringt das gemeine Volk Coolness auf, um die eigene Position zu behaupten und Aufstiegschancen zu wahren. Hier wird Coolness im Sinne von Abkühlung von Leidenschaften verstanden, aber auch um Lächerlichkeit und Peinlichkeiten zu verhindern und durch pragmatisches Handeln die eigene Person zu schützen. Das Erscheinungsbild der Coolness lässt sich über Indifferenz, Reserviertheit und Reflexivität definieren. Indifferenz meint, der Gleichmachung des Alterns zu widerstehen, sowohl im Bereich der Gesellschaft, als auch auf die Zumutungen des eigenen Lebens, auf psychische und physische Beeinträchtigungen mit emotionaler Gleichgültigkeit zu reagieren. Reserviertheit ist die Zurückhaltung im Verhältnis zu anderen Menschen. In der Begegnung stehen kühle Sachlichkeit, respektvolle Höflichkeit im Vordergrund. Der Einzelne überträgt seine Probleme nicht auf andere und möchte auch nicht von den Anderen als Problemfall gesehen werden. Die Reflexivität beschreibt, wie mit der Vielfalt der Herausforderungen umgegangen wird. Gerade auf Grund dieser Vielfalt und den raschen Wechsel der Herausforderungen im Alter braucht es die Distanz und den kritischen Abstand, um die Folgen für die eigene Person abschätzen zu können (vgl. Zimmermann 2013, 118ff).

„Coolness ist ein Habitus subjektiver Selbstbehauptung gerade in Grenzsituationen, in Krisen der Verletzlichkeit und der Endlichkeit. Coolness bringt das Kunststück fertig, nicht zuletzt durch Ironie und Glauben, noch der eigenen Misere zu widerstehen, ohne Verluste, Ängste, Schmerzen etwa zu verdrängen oder zu beschönigen. Sie ermöglicht es äußeren Anforderungen und Zumutungen mit souveränem Eigensinn zu begegnen“ (Zimmermann 2012, 18:12 - 18:37). Für die Gesellschaft kann Alterscoolness bedeuten, die hitzigen Diskussionen über Belastung und Bedrohung des Alters zu beenden und anstelle der Frage nach der Produktivität des alten Menschen, die Frage zu stellen welche Möglichkeiten bereits bestehen, oder noch geschaffen werden müssen, damit sich eine Kultur des guten Lebens auch im hohen Alter entfalten kann (vgl. Zimmermann 2013, 122).

5.2. *Kultur humanen Alterns*

Auch Rentsch beschäftigt sich mit dem guten Leben in der Hochaltrigkeit und fordert eine neue Kultur des humanen Alterns. Ausgehend davon, dass zum Leben auch Gebrechlichkeit, Pflegebedürftigkeit und Multimorbidität gehört ist es an der Zeit, auch diesen Lebensabschnitt gesellschaftspolitisch in einer ganzheitlichen Sicht darzustellen. Es wird als selbstverständlich gesehen, dass von der Kindheit bis zum Erwachsensein Erziehung und Bildung einen essentiellen Teil dieser Lebensphasen darstellen. Da sich das Leben verlängert, bedarf es neuer Sichtweisen. Es ist daher notwendig, sich auch auf das Alter, insbesondere auf das hohe Alter, vorzubereiten, um die ungenutzten Potentiale dieses Lebensabschnittes für den Einzelnen aber auch für die Gesellschaft darzustellen und in genutzte Potentiale umzuwandeln. Rentsch fordert daher, dass eine Aufklärung über das späte Lebensalter bereits in der Kindheit beginnen muss, damit neue Formen der gemeinsamen Verständigung innerhalb der Generationen, aber auch in allen Bereichen der Lebenswelt, wie der Pflege, der Palliativmedizin und in den sozialpolitischen Altersdiskursen entstehen können (vgl. Rentsch 2016, 258 ff).

Die Kultur des humanen Alterns für den Einzelnen bedeutet, den Menschen nicht auf seine Krankheit und sein Leiden zu reduzieren, sondern die besondere Leistung, die dieser Mensch auf Grund seiner Krankheit oder seines Leidens erbringt, hervor zu heben. Krankheit und Leiden können als eine Chance wahrgenommen werden, um zu einem Stadium der Reife und Selbsterkenntnis zu gelangen. Dazu gehört es sich der Krankheit bewusst anzunehmen, sich mit ihr sachlich auseinander zu setzen und sich auch mit seinen Mitmenschen aus zu tauschen. Die gesunden Mitmenschen sind aufgefordert, sich mit der Lebenswelt des Kranken auseinander zu setzen und sich in diese Lebenswelt hinein zu denken.

Rentsch fordert daher eine neue Kultur für das humane Altern und fasst dies wie folgt zusammen: *„Wir benötigen ein Bewusstsein des humanen Sinns der Endlichkeit, der Begrenztheit und Verletzlichkeit des Menschen, ein Bewusstsein vom Wert der Langsamkeit, des Innehaltens, des ruhigen Zurückblickens, eine Kultur der Erinnerung, der Mündlichkeit und des wirklichen Gesprächs zwischen konkreten Personen, schließlich die Zurückhaltung und Zurücknahme“* (Rentsch 2016, 267).

5.3. *Laufen, lernen, lieben*

Rosenmayr nennt als Leitgedanken für das Altern die „drei L - Laufen, lernen, lieben“ und ergänzt: „*Vielleicht ergibt sich daraus auch eine letzte Versöhnlichkeit durch Lachen oder Lächeln*“ (Rosenmayr 2013a, 251).

Laufen steht hier nicht für Marathonlauf oder Hochleistungssport, sondern meint die Bewegung an und für sich. Dies kann Treppensteigen anstelle Aufzug fahren sein, oder auch nur die tägliche Runde um den Häuserblock, abhängig von der persönlichen Leistungsfähigkeit und Tagesverfassung. Entscheidend ist, den eigenen Körper zu fördern und zu fordern, unter den Aspekt, je mehr Defizite vorhanden sind, desto mehr Zuwendung braucht der Körper. Wichtig für die Bewegung ist es auch, die eigenen Kräfte einschätzen zu lernen und sich mit der eigenen Gesundheit auseinander zu setzen. So mahnt Rosenmayr sich selber nicht zu viel zu zumuten, sich an seine eigenen Grenzen zu halten und sorgfältig und achtsam im Umgang mit sich selber zu sein (vgl. Rosenmayr 2013b, 16).

Lernen bedeutet, auch im Alter keine Angst vor Neuem zu haben und sich mit Neuem auseinander zu setzen. Dies betrifft nicht nur Tätigkeiten sondern auch die eigenen Gedanken oder persönliche Einstellungen. Dazu gehört auch, Einstellungen wie: „Das habe ich immer schon so gemacht!“ neu und kritisch zu betrachten und mit der gewonnenen Lebenserfahrung zu beurteilen. Rosenmayr fordert, alten bisherigen Lösungen zurückhaltend gegenüber zu stehen, da diese aus Zeiten mit anderen kulturellen und ökonomischen Bedingungen stammen (vgl. Rosenmayr 2013a, 249).

Altern erfordert Lernen! Es ist nicht nur der Erwerb von Kompetenzen im Sinne von Schnelligkeit und Effizienz, sondern auch das Lernen von lebenspraktischen Kompetenzen, die im Zuge des Alterns notwendig sind. So steht Lernen auch für die Verpflichtung zu einer besonderen Anstrengung um die Erhaltung und Wiedererlangung von Gesundheit, gerade in der Hochaltrigkeit zu erreichen (vgl. Rosenmayr 2013b, 7).

„Lieben bedeutet, dem Anderen das geben zu wollen, was er oder sie tatsächlich braucht - und nicht das wovon ich glaube oder erwarte, dass er oder sie es bräuchte“ (Rosenmayr 2013a, 252). Dieses Zitat, zeigt, dass unter dem Begriff „Lieben“ vor allem die Beziehung zu anderen Menschen gemeint ist und die soziale Interaktion hier subsummiert wird. Für das einzelne Individuum gilt, sich selber zu lieben und das gelebte Leben aber auch Fehler oder falsche Entscheidungen zu akzeptieren und sich gegenüber gütig zu sein (vgl. Rosenmayr 2013, 255).

Rosenmayr spricht aber auch die körperliche Liebe an. Sie ist wie in allen anderen Lebensphasen, auch im Alter und in der Hochaltrigkeit ein wichtiger Teil für ein gutes Leben und als ein wesentlicher gesundheitsfördernder Faktor zu sehen. Zärtliche und erotische Beziehungen nehmen auch in dieser Lebensphase einen wichtigen Stellenwert ein (vgl. Rosenmayr 2013, 251).

6. Forschungsdesign

In diesem Kapitel werden die Vorgangsweise der qualitativen Interviews und die Auswertung der Interviews beschrieben.

6.1. *Qualitative Interviews*

In einem ersten Schritt wird mit qualitativen Interviews die Beschreibung „des guten Lebens“ in der Hochaltrigkeit aus Sicht der Betroffenen oder deren Angehörigen erhoben. Die ProbandInnen sind entweder Personen die das 80. Lebensjahr überschritten haben, oder Angehörige die über Personen berichten, die das 80. Lebensjahr überschritten haben und bis zu ihrem Tod zu Hause leben konnten.

Es wurden fünf qualitative Interviews geführt, zwei Frauen und ein Mann wurden zum abgelaufenen Lebensjahr befragt, zwei Enkelkinder wurden zum letzten Lebensjahr ihrer Großmutter und ihres Großvaters befragt. Als Eröffnungsfrage wurde nach dem letzten Lebensjahr gefragt, wie dies erlebt wurde, entweder aus der persönlichen Sicht der Betroffenen oder aus der Sicht der Angehörigen. Eine zweite Frage bezog sich auf das Pflegegeld. Inwieweit kam es zu einer Verbesserung der Lebensqualität durch den Bezug des Pflegegeldes und falls kein Pflegegeld bezogen wird, warum nicht.

Die Interviews wurden als narrative Interviews geführt, da hier die rückblickende freie Erzählung im Vordergrund steht. Mit der Eröffnungsfrage, wie die ProbandInnen das letzte Lebensjahr erlebt haben, wurde Raum für Erlebnisse und Eindrücke aber auch für die Alltagsbewältigung gegeben. Durch die offene Frage nach den Erlebnissen im letzten Lebensjahr, wurden die Interviewten angeregt über diesen Lebensabschnitt ihre persönliche Geschichte zu erzählen. Durch narratives Nachfragen wurden einzelne Passagen der Haupterzählung nochmals angesprochen und vertiefend thematisiert (vgl. Mayer 2015b, 96).

6.2. *Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring*

Die Auswertung der narrativen Interviews erfolgte nach der Inhaltsanalyse nach Mayring. Die ProbandInnen wurden angefragt, ob sie für ein Interview zur Verfügung stehen und über die sensible Bearbeitung der Daten und die Anonymisierung der Daten informiert. Auch über die Tonbandaufnahme wurden die Interviewten vorab in Kenntnis gesetzt und vor Beginn der Interviewphase nochmals um ihr Einverständnis gebeten. Nach dem Interview wurden die sprachlichen Aufnahmen transkribiert. Für die Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen wurden vier Kategorien gebildet, die für das Thema Hochaltrigkeit relevant schienen. Nach der Paraphrasierung und Kategorisierung wurden die Ergebnisse zusammengeführt und interpretiert (vgl. Mayring 2015, 98). Bei der Kategorienbildung zeigte sich, dass die wesentlichen Themen in den vier Kategorien dargestellt werden:

- Selbstbestimmte Lebensführung
- Mobilität
- Soziale Netzwerke
- persönliche Freizeitgestaltung

6.3. *Beschreibung der ProbandInnen und des Interviewumfeldes*

	Frau L.	Herr W.	Herr F.	Frau H.	Frau B.
	Interview 1	Interview 2	Interview 3	Interview 4	Interview 5
Interviewdauer	67 Min.	48 Min.	42 Min.	56 Min.	59 Min.
durchgeführt mit	Enkeltochter (49Jahre)	Enkeltochter (25 Jahre)	persönlich	persönlich	persönlich
Alter	89	86	89	83	80
Familienstand	verwitwet	verheiratet	verheiratet	verheiratet	verwitwet
Kinder	5 Söhne	1 Sohn	2 Söhne 2 Töchter	2 Söhne 2 Töchter	2 Söhne
Wohnort	Wien	NÖ	NÖ	NÖ	NÖ
Wohnart	Wohnung	Wohnung	Haus	Haus	Haus
Soziale Dienste	Heimhilfe	-	-	-	-
Pflegegeldstufe	2	0	4	0	0

Abbildung 7: Tabellarische Aufstellung der ProbandInnen, (Eigene Darstellung)

Interview 1: Das Interview wurde mit der Enkeltochter, in ihrer Wohnung geführt. Die Großmutter, Frau L., war verwitwet und verstarb 89jährig in Niederösterreich. Sie lebte alleine in einer Altbauwohnung in einem Wiener Zinshaus und verbrachte die Sommermonate in Niederösterreich in ihrem Geburtshaus. Frau L. bezog Pflegegeldstufe 2 und hatte in Wien zweimal in der Woche Betreuung durch eine Heimhilfe.

Interview 2: Das Interview wurde ebenfalls mit der Enkeltochter, in ihrer Wohnung geführt. Ihr Großvater Herr W. verstarb 86jährig im Krankenhaus. Herr W. wohnte gemeinsam mit seiner Gattin in einer Wohnung in Niederösterreich. Er bezog kein Pflegegeld und nahm auch keine sozialen Dienste in Anspruch.

Interview 3: Das Interview wurde mit Herrn F. bei ihm zu Hause geführt. Herr F. ist 89 Jahre alt und lebt mit seiner Gattin und seinem 60 jährigen Sohn in einem Haus in Niederösterreich. Auf Grund einer Augenerkrankung ist Herr F. fast erblindet und bezieht Pflegegeldstufe 4. Soziale Dienste nimmt er nicht in Anspruch.

Interview 4: Frau H. ist die Gattin von Herrn F. Sie ist 83 Jahre alt. Das Interview wurde getrennt von ihrem Gatten geführt. Frau H. bezieht kein Pflegegeld.

Interview 5: Das Interview wurde mit Frau B. in ihrem Haus in Niederösterreich geführt. Frau B. ist 80 Jahre alt, seit drei Jahren verwitwet und bezieht kein Pflegegeld.

Interview 1 und Interview 2 wurden mit den Enkelöchtern geführt, in diesen Interviews war die Beschreibung des letzten Lebensjahres der Großmutter bzw. des Großvaters im Vordergrund.

Die Enkeltochter von Frau L., 49 Jahre alt, hatte einen sehr engen Kontakt zu ihrer Großmutter, da diese nach der Verwitwung nach Wien kam, und die Betreuung der drei Enkelkinder für die berufstätigen Eltern übernahm. So erzählt die Enkeltochter, dass die Großmutter ab ihrem neunten Lebensjahr im selben Wohnhaus lebte und die Familie neben der Kinderbetreuung auch im Haushalt unterstützte. Der Kontakt zu ihrer Großmutter war ein sehr enger, der auch im Erwachsenenalter anhielt.

Die Enkeltochter von Herrn W., 25 Jahre alt, berichtet ebenfalls über ein sehr gutes Verhältnis zu ihrem Großvater. Dies vor allem deswegen, weil ihr Großvater viel Zeit mit ihr verbrachte und bis zu seinem Tod für alle Themen des heranwachsenden Enkelkindes ein offenes Ohr hatte.

Die Verbundenheit der Enkelkinder mit ihren Großeltern, wird auch von Höpflinger thematisiert, er nennt folgende Bedingungen für eine gute Beziehung zwischen Großeltern und Enkelkindern: Ein wichtiger Faktor ist die räumliche Distanz, je näher - desto häufigere Kontakte finden statt. Des Weiteren verfügen Großeltern in der Regel über mehr Zeit, über mehr Gelassenheit und haben nicht die elterliche Verpflichtung sich für schulischen Stress und für Probleme des Heranwachsenden verantwortlich zu fühlen. Werden Enkelkinder und Großeltern über ihre Beziehung befragt, so wird diese häufig als lebendige und positive Beziehung beschrieben (vgl. Höpflinger 2000, 11).

7. Das gute Leben – Ergebnisse der Interviews

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews in den vier Kategorien: Selbstbestimmte Lebensführung, Mobilität, Soziale Netzwerke und persönliche Freizeitgestaltung, beschrieben. Die Ergebnisse werden mit den beiden Studien Hochaltrigkeit in Österreich und Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie in Verbindung gebracht.

7.1. *Selbstbestimmte Lebensführung*

Die selbstbestimmte Lebensführung wird in der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie im Kapitel Alltagsgestaltung und Lebenssinn zusammengefasst. Es zeigt sich, dass Menschen die sich selbst als aktiv erleben, weil sie Tätigkeiten und Aufgaben noch selbstbestimmt wählen und ausüben können, sich in der Regel als zufriedener beschreiben, als jene Personen denen dies nicht mehr möglich ist. Die Interviews zeigten, dass das Bewältigen der Alltagssituationen einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität hat (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 116).

In den fünf durchgeführten Interviews berichten alle ProbandInnen, dass die selbstbestimmte Lebensführung ein wesentliches Merkmal des letzten oder des abgelaufenen Lebensjahres war. Auch wenn Krankenhausaufenthalte oder die Verschlechterung des Allgemeinzustandes durch die Personen nicht unmittelbar beeinflussbar waren, so ist doch das Wohnen zu Hause und die eigenständige Haushaltsführung als ein essentielles Instrument der Selbstbestimmten Lebensführung heraus zu nehmen. Ebenfalls für alle ProbandInnen gilt, dass zur selbstbestimmten Lebensführung eine Unterstützung von außen, in den beschriebenen Fällen Familienangehörige, dazu beigetragen hat, so autonom wie möglich den Alltag zu bewältigen.

In den Interviews wurde dies wie folgt beschrieben:

„Meine Oma lebte alleine, jedoch war meist täglich oder zumindest jeden zweiten Tag einer meiner Onkeln bei ihr auf Besuch, erledigte den Einkauf und schaute nach dem Rechten“ (Frau L. Interview 1, 47 - 49).

„Und dann fahr ich zu meinen Kindern, und bügle ihnen die Wäsche und räum halt ein bisschen auf – was halt noch so geht. Mh – man muss ja was machen, sonst vergeht der Tag nicht“ (Frau B. Interview 5, 237 - 241).

Alle fünf ProbandInnen hatten die Möglichkeit ihren Tagesablauf selber zu gestalten und Alltagsentscheidungen zu treffen, auch unter der Berücksichtigung, dass manche Tätigkeiten nicht mehr so einfach von der Hand gehen und auch mehr Zeit in Anspruch nehmen als früher. Diese Tatsache wird von den Interviewten Betroffenen, als ein Teil des Alternsprozesses gesehen und auch nicht in Frage gestellt. Frau H. bringt dies wie folgt zum Ausdruck:

„Was soll ich dazu sagen, ich bin halt so alt geworden, weil mich der Herrgott noch nicht abgeholt hat. Es ist nicht immer lustig, das Leben wenn man alt ist, aber eigentlich geht's mir eh gut“ (Frau H. Interview 4, 15 - 19).

Ebenso spiegelt sich die Biographie in den Interviews wieder. So beschreibt die Enkeltochter von Frau L. den Tagesablauf ihrer Großmutter:

„Sie war immer eine Frühaufsteherin – wahrscheinlich weil sie eigentlich Bäuerin war, dies hat sie auch bis zu ihrem Tod beibehalten. Bei ihr in der Wohnung war den ganzen Tag der Fernseher aufgedreht egal um welche Uhrzeit du zu ihr auf Besuch gekommen bist, ich glaub' das war eigentlich gegen die Einsamkeit. So war immer was los und es war nie leise– so wie es halt auch früher bei ihr zu Hause war, bei fünf Söhnen war's selten still“ (Frau L. Interview 1, 238 - 244).

In einem anderen Interview wird ebenfalls der Hinweis auf die Vorlieben getätigt:

„...er war ein sehr naturverbundener Mensch, er liebte den Wald und genoss es, wenn er im Garten sitzen und die Natur beobachten konnte“ (Herr W. Interview 2, 41 - 44).

Im Forschungsprojekt Autonomie erhalten, eine qualitative PatientInnenbefragung wird die Gefahr des Verlustes der selbstbestimmten Lebensführung als bedrohlich beschrieben (vgl. Seidl et al. 2000, 107). In einer Interviewsequenz spiegelt sich dies wider:

„Im Frühling bin ich gestürzt und hab mir die Hand gebrochen, da merkst dann dass du alt wirst, weil du viele Sachen nicht mehr selber machen kannst. Es hat ein wengarl gedauert, aber jetzt kann ich wieder meine Arbeit verrichten – des is mir schon wichtig, dass ich das alles allein noch mache, das Kochen und zusammen räumen und so “ (Frau H. Interview 4, 61 - 66).

In der gerontologischen Literatur wird auf die Notwendigkeit der Adaptierung der Wohnung und des Wohnumfeldes hingewiesen, um so einen Verbleib in den eigenen vier Wänden auch im hohen Alter gewährleisten zu können. Diese Adaptierung betreffen alle Räume, beginnend beim Badezimmer und WC über die Umgestaltung des Wohn- und Schlafbereiches, den unmittelbaren Außenbereich, bis hin zum Bereich Aktive and Assisted Living (AAL) (vgl. Lehr 2012, 2).

In den geführten Interviews wurde durch Nachfragen, die Frage gestellt, ob und wie weit Veränderungen im Wohnbereich getätigt wurden, um ein Verbleiben in der eigenen Wohnung, auch bei Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu ermöglichen, bzw. ob es dazu konkrete Vorstellungen und Pläne gibt.

„Wenn ich einmal nicht mehr kann – mhm, - also vor allem die Stiegen herauf sind ein Problem. Aber da gibt es so Treppenlifter, den lass ich mir dann einbauen – und eine 24-Stundenpflege – hab’ ich mir gedacht. Die ist dann den ganzen Tag bei dir und kümmert sich um alles. Mein Nachbar hat auch eine 24-Stundenpflegerin, die führt ihn im Rollstuhl spazieren – sogar in die Kirche – mh ... ich glaub’ das wär dann auch was für mich. – Naja und in ein Heim wenn’s gar nicht mehr geht, ... ich hab für mein Begräbnis vorgesorgt, am Sparbuch – damit meine Kinder damit nicht belastet sind“ (Frau B. Interview 5, 289 - 297).

„In der Wohnung haben wir nicht viel tun müssen – es ist ihm ja nicht schlecht gegangen, im WC eine Sitzerrhöhung und im Bad Haltegriffe. Achja – und mein Opa hat die Waschmaschine auf einen Sockel gesetzt, aber schon vor Jahren, damit sich die Oma nicht so weit hinunter bücken muss. Mein Opa war da überhaupt sehr kreativ. Er hat sich eine spezielle Schaufel zum Zusammenkehren gebaut, eine ganz normale metallene Schaufel zum Aufkehren, an die hat er einen langen Stiel draufmontiert, damit er sich nicht so viel bücken muss – lacht – aber sonst, - nein da war nix notwendig“ (Herr W. Interview 2, 361 - 369).

„Mh – nein umgebaut haben wir nicht, wir kommen ja noch z’recht – die Stiegen im Haus, die sind wir g’wöhnt und ja so schlecht sind wir ja nicht beinand... wenn’s gar nicht mehr geht muss ma halt schau’n wie’s weiter geht“ (Herr F. Interview 3, 309 - 313).

In den Interviews werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie eine selbstbestimmte Lebensführung in der Hochaltrigkeit gelebt werden kann.

So weist der Interviewausschnitt von Frau H., einen Aspekt der Alterscoolness auf. Sie meint, dass das Leben nicht immer lustig ist wenn man alt ist, bringt aber gleichzeitig zum Ausdruck, dass es ihr eh gut geht. Sie zeigt hier, ihre eigene Situation auf und akzeptiert diese gleichzeitig durch die Aussage, dass es ihr gut geht. Zu hinterfragen, wäre hier noch, woran sie „gut gehen“ misst und wo der Vergleich zu anderen hergestellt wird.

Frau B. zeigt in ihrem Interviewausschnitt auf, dass es wichtig ist, sich zu beschäftigen, in ihrem Fall ist es das Bügeln der Wäsche bei ihren Kindern. Im Sinne der „drei L – laufen, lernen, lieben“ geht es hier um die Herausforderung auch im hohen Alter noch körperliche Leistungen zu erbringen, sei es das Bügeln oder auch Zusammenräumen im Rahmen ihrer Möglichkeiten. Auch Frau H. lernt nach ihrer Verletzung an der Hand wieder die Alltagsverrichtungen zu erledigen, um nicht ausschließlich auf die Unterstützung der Kinder angewiesen zu sein, hier kommt das „L – Lernen“, um die Gesundheit zu erhalten oder auch wiederherzustellen, zu tragen.

7.2. *Mobilität*

In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie wird die zentrale Bedeutung der Mobilität für die Lebenssituation der Hochaltrigen besonders hervorgehoben. Wie auch im Bericht Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme wird der positive Einfluss der Mobilität im Sinne der Bewegung als direkter Einflussfaktor auf die Lebenszufriedenheit, den Lebensalltag, das Sozialleben und somit auch auf die Zufriedenheit des Hochaltrigen gesehen (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 168). In oben genannter Studie waren 65,6% der Befragten selbständig mobil, und weitere 20,5% konnten sich im Umkreis des Hauses bewegen (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 61).

In der Auswertung der geführten Interviews wird Mobilität im Sinne der Bewegung in der Wohnung als auch in der häuslichen Umgebung verstanden und jene Aspekte hervorgehoben, die von den ProbandInnen zum Thema Mobilität eingebracht wurden. In den geführten Interviews war die Mobilität sehr hoch, von den fünf ProbandInnen benötigten drei keine Gehhilfen, ein Herr verwendete einen Gehstock und eine Frau war mit einem Rollator in der Wohnung und in der unmittelbaren Wohnumgebung mobil.

Die Enkeltochter berichtet über ihre Großmutter:

„Ich erinnere mich noch, als es meiner Oma noch besser ging – sie hatte einen Stock, einen goldenen Stock, den man zusammen klappen konnte. Den hatte sie in ihrer

Handtasche, aber sie verwendete ihn nur in Wien, nicht in... (Heimatort im Waldviertel). Meine Oma meinte: Die sollen da nicht glauben, dass ich schon so weh beinand bin, dass ich einen Stock brauch“ (Frau L. Interview 1, 383 - 388).

„Sie wohnte im 2. Stock eines alten Mietshauses in Wien, mit einer sehr schmalen Wendeltreppe, trotzdem verließ sie bis zum Schluss ihre Wohnung – wobei die letzten Monate benötigte sie eine Unterstützung durch uns, und sie musste im 1. Stock eine Pause einlegen“ (Frau L. Interview 1, 109 - 113).

In einem anderen Interview wird die Mobilität als ein fixer Bestandteil des Alltags gesehen:

„Aber ich gehe jeden Tag meine Runde, am Vormittag. Ich hab da meine Walkingstecken und dann marschier' ich los – dös mach ich eigentlich jeden Tag. Jetzt im Sommer wenn's so heiß ist, geh ich gleich in der Früh, manchmal mit meiner Frau, aber wenn sie keine Zeit hat, dann geh ich halt alleine“ (Herr F. Interview 3, 79 - 83).

„Wenn ich am Vormittag Zeit habe, dann gehen mein Mann und ich eine Runde, ..., und am Friedhof bin ich auch regelmäßig“ (Frau H. Interview 4, 64 - 65).

Trotz vorhandenen körperlichen Einschränkungen, die alle fünf ProbandInnen hatten, wurde die Möglichkeit seine eigenen vier Wände zu verlassen, von allen Interviewten thematisiert und als wichtig bewertet.

Für die Stadtbewohnerin Frau L. war es ohne Unterstützung der Angehörigen nicht mehr möglich den öffentlichen Raum alleine auf zu suchen, da sie für das Verlassen der Wohnung auf personelle Unterstützung angewiesen war. Die Familie versuchte mit der Organisation eines Fahrtendienstes diese Barriere zu überwinden, jedoch entsprach dieser Dienst nicht den Vorstellungen von Frau L.

Die Enkeltochter beschreibt dies im Interview wie folgt:

„Um ins Tageszentrum zu kommen, benötigte meine Oma den Fahrtendienst, der sie hinbringt und wieder abholt. Auch da gab es Probleme auf Grund des alten Stiegenhauses. Wir haben uns natürlich vorab erkundigt, ob der Transport bis zur Wohnung gesichert ist ... und das wird in der Zentrale zugesagt aber praktisch hat das dann anders ausgeschaut. Die Fahrer wollten meine Oma am Haustor stehen lassen, aber sie hat sich da gleich zur Wehr gesetzt – resolut war sie immer schon. Ich glaub' dass die Probleme mit dem

Fahrtendienst auch ein Grund waren, dass meine Oma nicht mehr ins Tageszentrum wollte“ (Frau L. Interview 1, 321 - 330).

In der ÖIHS wird die Automobilität erfragt, 35,1% der StudienteilnehmerInnen führen noch selber mit dem Auto. Gerade in den ländlichen Bereichen ist der PKW ein wesentlicher Faktor für die Mobilität (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 117).

In den geführten Interviews war die Mobilität mit dem eigenen Auto ein wichtiges Thema, zwei der fünf Personen waren im letzten oder abgelaufenen Lebensjahr noch selber mit dem Auto unterwegs.

Eine Probandin erzählt:

„Ich hol’ auch immer Leute ab, die nicht mehr so weit gehen können, weil kurze Strecken fahr ich noch mit dem Auto – aber nur wenn’s hell ist, in der Nacht trau ich mich nicht mehr so... und am Friedhof fahr ich regelmäßig und so vergeht der Tag“ (Frau B. Interview 5, 116 - 132).

Auch eine Enkeltochter berichtet:

„Er war Mechaniker, fuhr noch selber mit dem Auto, aber nur mehr Strecken die ihm vertraut waren und nicht mehr in der Nacht“ (Herr W. Interview 2, 139 - 141).

„Er fuhr im Sommer regelmäßig in sein früheres Jagdgebiet, selber mit dem Auto“ (Herr W. Interview 2, 167 - 168).

Von den interviewten Personen wurden der öffentliche Raum und die Infrastruktur kaum angesprochen, lediglich eine Probandin erwähnte, dass es in ihrem Ort keine Einkaufsmöglichkeit mehr gibt, und sie daher auf die Unterstützung ihres Sohnes angewiesen ist. Erst durch Nachfragen in den Interviews wurden der öffentliche Raum und die Infrastruktur der unmittelbaren Wohnumgebung thematisiert:

„Vor kurzem hat’s eine Versammlung gegeben, wo so Elektroautos vorgestellt worden sind – da ist auch gesprochen worden, ob wir ein Bürgertaxi wollen – mh ja das wär schon was. Da rufst dann an, wennst zum Arzt musst und dann wirst abgeholt und wieder heimgebracht. – Naja des kostet halt etwas, aber mir wär’s was wert“ (Frau H. Interview 4, 359 - 365).

Für die Probandin B. ist die Erschließung des öffentlichen Raumes und die Infrastruktur im Ort kein Thema, da sie noch ihr Auto benutzen kann. Sie erlebt aber die Problematik bei Bekannten und Freundinnen, da es in ihrem Wohnort keine Einkaufsmöglichkeiten gibt:

„Das mit dem Einkaufen kann schon ein Problem werden. Früher hatten wir ja alles im Ort, zwei Kaufhäuser und Wirtshäuser, - aber vor zwei Jahren hat auch der Greißler zugesperrt. Mhm - jetzt gibt's einen Bäcker, der hat einen Wagen aufgestellt, da kannst in der Früh Milch und Gebäck einkaufen, aber wennst ein Mohnstriezerl willst, haben's es net. Da musst am Vortag sagen, was du am nächsten Tag willst. ...Also Auswahl gibt's net“ (Frau B. Interview 5, 407 - 414).

In diesen Interviewsequenzen wird die Wichtigkeit des PKWs vor allem im ländlichen Raum dargestellt, sei es, dass die ProbandInnen, trotz des hohen Alters, noch selber mit dem PKW unterwegs sind, oder dass Unterstützung durch Angehörige und Freunde notwendig ist. Zu diesem Thema ist die Frage von Rentsch, im Sinne einer humanen Kultur des Alterns, zu stellen: Wenn sich die Gesellschaft in die Situation der Hochaltrigen hinein versetzt, welche Maßnahmen im Bereich der Infrastruktur sind notwendig, damit die Teilnahme dieser Bevölkerungsgruppe am öffentlichen Leben möglich ist (vgl. Rentsch 2016, 260).

Auch die Alterscoolness findet sich in diesen Interviewabschnitten wieder. Trotz körperlichen Einschränkungen, behaupten sich die ProbandInnen in dem sie weiter aktiv bleiben, und die ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen nutzen. Dies können Spaziergänge sein, als eine Möglichkeit die Tagesstruktur zu gestalten, oder die Fahrt mit dem PKW um am öffentlichen Leben teilzuhaben oder im Sinne der Selbstbestimmung eigene Besorgungen durch zu führen.

7.3. Soziale Netzwerke

In der ÖIHS wird unter den sozialen Kontakten mit Familienangehörigen die Häufigkeit der Kontakte zwischen Eltern und Kindern mit 78,3% angegeben, wobei die Kontakte mehrmals pro Woche stattfinden und häufig die Kinder im selben Ort leben. Die Beziehungen zu Familienmitgliedern nehmen im Alter zu und auch der Kontakt zu Freunden und Nachbarn wird vor allem im Bereich der räumlichen Nähe wichtiger (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 108,179).

In der Auswertung der Interviews stehen vor allem die Familie, Freunde und Nachbarn im Vordergrund. Es wurde ein enger Kontakt zu den Kindern beschrieben. In einem Fall wohnt der Sohn im gleichen Haushalt, die anderen Interviewten gaben an, dass mehrmals in der Woche ein Besuch durch die Kinder stattfindet, oder stattgefunden hat.

Eine Enkeltochter erzählt:

„Meine Großmutter lebte alleine, jedoch war meist täglich oder zumindest jeden zweiten Tag einer meiner Onkeln bei ihr auf Besuch“ (Frau L. Interview 1, 47 - 48).

„Ja und auch wir Enkelkinder kamen regelmäßig vorbei, einmal die und dann wieder wer anderer, die Familie war immer rund um sie herum“ (Frau L. Interview 1, 102 - 106).

Eine Probandin berichtet über die direkte Unterstützung durch ihre Familie, nachdem sie sich die Hand gebrochen hat:

„Aber meine Kinder haben mich in dieser Zeit unterstützt und vorgekocht, sodass ich das Essen nur in die Mikrowelle stellen musste – und die Wäsche haben sie auch übernommen“ (Frau H. Interview 4, 78 - 81).

Auch Besuche bei Verwandten werden thematisiert:

„Mhh- und dann fahre ich manchmal meine Töchter besuchen, das heißt sie holen mich ab und dann bin ich bei Ihnen in der Steiermark, - mh da bleiben wir ein paar Tage, aber ich bin dann immer froh, wenn ich wieder zu Hause bin in meiner gewohnten Umgebung – die Besuche sind schon anstrengend für mich“ (Herr F. Interview 3, 129 - 134).

Das Soziale Netzwerk bezieht sich in den Interviews auch auf Freunde sowie die Teilhabe am öffentlichen Leben.

Eine Enkeltochter beschreibt die außerfamiliären Kontakte so:

„Sie hatte auch Freundinnen, die einmal in der Woche zum Kartenspielen auf Besuch kamen; früher war sie diejenige die ihre Freundinnen besuchte, dann war sie diejenige, die die Besuche erhielt“ (Frau L. Interview 1, 267 - 271).

„Bis zu ihrem Tod war sie immer über das aktuelle Geschehen informiert, man konnte mit ihr über Politik reden, aber auch über alle anderen Themen die gerade aktuell waren“ (Frau L. Interview 1, 402 - 405).

Die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben im Ort spiegelt sich in den folgenden Interviewausschnitten wieder:

„Manchmal gehe ich am Donnerstag zum Pensionistentreff, früher sind wir immer zu zweit gegangen, mein Mann und ich, aber jetzt mag er nicht mehr mitgehen, wegen seiner Augen und alleine freut's mich dann halt auch nicht immer“ (Frau H. Interview 4, 205 - 209).

„... Und am Sonntag gehe ich in die Kirche und anschließend zum Pfarrkaffee, da kauf ich mir eine Mehlspeise – obwohl ich eigentlich nix Süßes essen darf wegen meinem Zucker – aber irgendein Laster muss man ja haben (lacht)...“ (Frau H. Interview 4, 318 - 322).

„Ja ich fahr jeden Mittwoch ins Kaffeehaus nach Wien, seit Jahren schon, da treffen wir uns einmal in der Woche, essen zu Mittag und trinken noch einen Kaffee und dann fahren wir wieder nach Hause. Und am Montag geh ich zum Wirten, da treffen wir uns auch am Vormittag, – so komm' ich unter die Leut. Ich hol' auch immer Leute ab, die nicht mehr so weit gehen können“ (Frau B. Interview 5, 110 - 116).

Eine Enkeltochter berichtet über den Besuch ihrer Großmutter in einem integrativen Tageszentrum:

„Wir wollten, dass sie untermags auch Leute um sich hat, und so überredeten wir meine Oma, zum Besuch in einem Tageszentrum. Sie ging drei oder viermal hin und dann beendete sie ihre Besuche mit den Worten: Da sind ja lauter alte Leute – mit denen kann man nichts reden, nicht einmal Kartenspielen können's“ (Frau L. Interview 1, 295 - 298).

Von den anderen TeilnehmerInnen wurden keine institutionalisierten Einrichtungen besucht, möglicherweise liegt dies auch am Unterschied zwischen Stadt und ländlichem Bereich.

Zur Teilhabe am sozialen Netzwerk gehört auch die Nutzung von sozialen Medien und so berichtet eine Interviewte über ihr Smartphone:

„Und dann hab ich so ein neumodisches Handy bekommen – mit whatsapp oder so. Da schicken mir meine Enkeln Fotos und die zeig ich dann meinen Freundinnen wenn wir uns treffen. Und wenn ich mich nicht auskenn' dann kommt wer zu mir und zeigt's mir nochmal“ (Frau B. Interview 5, 317 - 322). Frau B. zeigt während des Interviews die Handhabe des Smartphones und ist sichtlich stolz darauf, dass ihr das auf Anhieb gelingt.

Es zeigt sich in den Interviews, dass die ProbandInnen unterschiedliche außerhäusliche Aktivitäten unternehmen, sei es das Treffen im Pensionistenklub oder im Pfarrkaffee. Auch wird über ein regelmäßiges, mehrjähriges Treffen von FreundInnen in einem Kaffeehaus erzählt. Die Wichtigkeit der Familie und der Kontakt zu FreundInnen werden hier dargestellt.

Des Weiteren findet sich Rosenmayr's „L - lernen“ wieder, im Interviewabschnitt von Frau B. zeigt sich, dass die Nutzung von sozialen Netzwerken auch in der Hochaltrigkeit, erlernt werden kann (vgl. Rosenmayr 2013a, 251).

7.4. Persönliche Freizeitgestaltung

Diese Kategorie beschreibt, Lieblingsbeschäftigungen und Aufgaben, die zum guten Leben in der Hochaltrigkeit beitragen.

Wie bereits im Kapitel 4.4. beschrieben, wird Fernsehen von 95,8% der Befragten der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie als häufigste Aktivität genannt (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 115).

Auch in den fünf geführten Interviews war Fernsehen eine wichtige Freizeitbeschäftigung.

So erzählt eine Enkeltochter:

„Bei ihr in der Wohnung war den ganzen Tag der Fernseher aufgedreht“ (Frau L. Interview 1, 239 - 240).

Frau B. erzählt:

„Wenn nix los ist, dann schaue ich fern, im Winter Schi fahren, im Sommer Tennis – was soll man denn sonst tun“ (Frau B. Interview 5, 191 - 193).

Herr F. berichtet:

„... und wenn's Wetter nicht passt, oder im Winter dann lege ich mich zu Mittag nieder und schau am Nachmittag fern“ (Herr F. Interview 3, 96 - 98).

In den geführten Interviews wurde das Fernsehen eher als Beschäftigung gesehen, weil es momentan keine andere Aufgabe zu erledigen gibt, oder wie im Interview 1 als Hintergrundkulisse für den Alltag.

Bestimmte Tätigkeiten, die sich aus der Biographie ergeben, wurden als wesentliche Elemente des letzten oder abgelaufenen Jahres erzählt.

So meint Herr F.:

„Der Sommer heuer war ja sehr schön und da bin ich auch oft im Swimmingpool und schwimme meine Runden. Ich war ja einer der ersten die im Ort ein Swimmingpool hatten, das war schon in den 70er-Jahren und seit dem schwimme ich...“ (Herr F. Interview 3, 228 - 232).

„Ja wie schaut mein Tag aus – am Vormittag mach ich den Haushalt und koche, zu Mittag lege ich mich dann meistens nieder und am Nachmittag spielen wir dann manchmal Karten“ (Frau H. Interview 4, 171 - 174).

Eine Enkeltochter erinnert sich:

„...und er war für alle Reparaturen zu Haus zuständig; ... reparierte dort den Rasenmäher oder was halt so anfällt“ (Herr W. Interview 2, 82 - 84).

„Solange ich mich erinnern kann, war sie zuerst für die Unterstützung der Enkelkinder zuständig und danach auch für die Urenkel als Babysitter immer da“ (Frau L. Interview 1, 453 - 456).

Auch das Erlernen neuer Fähigkeiten kann für die persönliche Freizeitgestaltung einen wichtigen Beitrag beisteuern:

„Er hörte auch noch Musik und lernte die Bedienung eines CD-Players, damit er am Nachmittag Andrea Berg hören konnte. Er schrieb sich einen kleinen Zettel, der lag am Küchentisch und damit konnte er seine CD abspielen“ (Herr W. Interview 2, 211 - 214).

Auch in diesen Interviewsequenzen spiegelt sich die Alterscoolness wieder. Die Interviewten zeigen auf, dass sie trotz Beeinträchtigungen, ihren bisher gelebten Freizeitbeschäftigungen nachgehen. Herr F., der fast erblindet ist, pflegt nach wie vor sein Swimmingpool selber und benützt es im Sommer regelmäßig. Herr W., der als Mechaniker gearbeitet hat, fühlte sich weiterhin für die Reparaturen zuständig, und auch Frau L. stand trotz eingeschränkter Mobilität noch als Babysitter zur Verfügung.

7.5. Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews

In diesem Kapitel wird die Forschungsfrage: „**Wie beschreiben hochaltrige Personen das gute Leben?**“ beantwortet.

Als essentiell kann das „alleine zu Hause leben können“ in Verbindung mit der Gestaltung des Alltags, für alle fünf geführten Interviews genannt werden.

Adaptierungen und Umbauten in den Wohnungen und dem unmittelbaren Wohnungsumfeld wurden von den ProbandInnen kaum durchgeführt. In Verwendung sind einfache Hilfsmittel für den Sanitärbereich wie Haltegriffe oder WC-Sitzerhöhungen. Technische Lösungen wie sie von Ambient and Assisted Living entwickelt und angeboten werden, sind meistens nicht bekannt, zum Teil wird die Notwendigkeit einer Veränderung nicht gesehen.

In der Kategorie Mobilität zeigt sich, dass Einschränkungen in der Mobilität mit Hilfsmittel kompensiert werden können, oder Unterstützung durch Angehörige angeboten und angenommen wird. Ein barrierefreies Wohnumfeld war bei keinen der fünf interviewten Personen vorhanden und auch nicht in Planung.

Die Benützung des PKW's stellt für den ländlichen Bereich eine wichtige Ressource dar. Wie in einem Interview angesprochen, kann die derzeitige Initiative in Niederösterreich: „Ausbau und Förderung der E-Mobilität“ eine Möglichkeit schaffen, auch älteren Personen Mobilität in der Gemeinde zur Verfügung zu stellen. Derzeit bieten einige Gemeinden bereits Bürgertaxis an, andere sind in der Planungsphase (vgl. ecoplus 2016).

Die Familie stellt für alle fünf ProbandInnen eine wichtige Ressource dar und bietet Unterstützung im Alltag an. Sie ermöglicht aber auch Aufgaben, wie die Betreuung der Urenkel, kleine Reparaturen für Familienangehörige durchzuführen, oder das Bügeln der Wäsche, in der Familie wahr zu nehmen. Diese Aufgaben sind für die Hochbetagten wertvoll, da sie das Gefühl vermitteln, einen Beitrag für die Familie zu leisten. Die Übernahme von Aufgaben wird auch als Gegenleistung für angebotene Hilfsdienste gesehen.

Das weitere soziale Umfeld umfasst Freunde und Bekannte, auch die Teilhabe am Ortsleben wird als ein wichtiger Faktor des täglichen Lebens gesehen. Die Hauptaktivitäten orientieren sich stark an der Biographie des Einzelnen und helfen den Tagesablauf zu strukturieren. Die Herausforderung sich neue Fähigkeiten anzueignen, wie der Umgang mit dem CD-Player oder dem Smartphone, werden bei gleichzeitigem Nutzen unter Zuhilfenahme von Hilfsmittel oder Personen, eingesetzt.

8. Pflegegeld und die ausgewählten Kategorien im Vergleich

In diesem Kapitel wird das Pflegegeld beschrieben und die Ergebnisse der Interviews zur Pflegegeldfrage präsentiert. Des Weiteren wird überprüft und analysiert, in wie weit sich die ausgewählten Kategorien Selbstbestimmte Lebensführung, Mobilität, Soziale Netzwerke und persönliche Freizeitgestaltung in der Pflegegeldeinstufung abbilden lassen. Abschließend wird die Forschungsfrage: „**Welche Wirkung hat das Pflegegeld auf die Lebensphase Hochaltrigkeit?**“ beantwortet.

8.1. Das Bundespflegegeld

Als Anspruchsvoraussetzung für das Pflegegeld nennt der Gesetzgeber im Bundespflegegeldgesetz unter §4 eine körperliche, geistige oder psychische Behinderung oder eine Sinnesbehinderung woraus ein ständiger Betreuungs- und Hilfsbedarf, voraussichtlich mindestens sechs Monate, abzuleiten ist. Im Gesetzestext ist der Begriff Pflegebedarf in Klammer gesetzt, obwohl der Titel der Geldleistung die Pflege in den Vordergrund stellt. Die Intention dieser Geldleistung bezieht sich jedoch vor allem auf einen Betreuungs- und Hilfebedarf, und steht Personen aller Altersgruppen zur Verfügung. Das Pflegegeld ist abhängig von der Pflegegeldeinstufung durch einen Arzt, und wird in sieben Pflegegeldstufen eingeteilt. Es ruht während eines Krankenhausaufenthaltes oder einer stationären Rehabilitation (vgl. BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales 2016a, 5).

Anspruchsberechtigte Frauen und Männer nach Stufen und Alter Stichtag 31.12.2014

Alter	Stufe 1	Stufe 2	Stufe 3	Stufe 4	Stufe 5	Stufe 6	Stufe 7	Summe
0 - 20	2.961	3.256	2.745	1.578	945	1.313	834	13.632
21 - 40	4.356	5.193	3.312	2.383	1.558	1.792	1.103	19.697
41 - 60	15.021	14.778	7.597	5.637	3.494	1.977	1.320	49.824
61 - 80	43.566	44.556	23.390	16.813	11.722	4.558	2.261	146.866
81 +	41.076	62.238	42.500	38.107	29.938	9.660	4.038	227.557
Gesamt	106.980	130.021	79.544	64.518	47.657	19.300	9.556	457.576

Abbildung 8: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2014, (BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2015, 82)

In der angeführten Tabelle werden die PflegegeldbezieherInnen nach Alter und Pflegestufe dargestellt. Die Hälfte aller PflegegeldbezieherInnen hat das 81. Lebensjahr überschritten und ab der Pflegegeldstufe 2 sind die Hochaltrigen jeweils die am meisten vertretenen Personen in den Pflegegeldstufen (vgl. BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2015, 82).

In der Bevölkerung wird das Pflegegeld als monetäre Unterstützungsleistung gesehen, meist für ältere Personen, um sich die notwendige Pflege- und Betreuungsunterstützung finanziell leisten zu können. Häufig wird der Betreuungs- und Hilfebedarf nicht unmittelbar mit dem Pflegegeld in Verbindung gebracht, vielmehr existiert das Bild „des alten im Bett liegenden pflegebedürftigen Menschen“ der deswegen Pflegegeld bekommt, weil er für sich selber nicht mehr sorgen kann.

In der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie werden die StudienteilnehmerInnen zum Pflegegeld befragt und hier zeigt sich, dass für jene hochaltrigen Personen, die noch keinen Pflege- und Betreuungsbedarf haben und noch zu Hause leben, die Vorstellungen zur Pflege und Betreuung stark geprägt sind von der persönlichen Familien- und Wohnsituation. Es wird auch die Vorstellung in ein Pflegeheim zu gehen eher als abschreckend gesehen. In dieser Studie berichten die StudienteilnehmerInnen die zu Hause leben, über die Unterstützung der Angehörigen in den unterschiedlichsten Ausprägungen (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 191).

Thematisiert wird auch, dass das Pflegegeld für Hilfeleistungen zur Verfügung steht und die StudienteilnehmerInnen geben an, dass sie das Pflegegeld für die Finanzierung der Hauptbetreuungspersonen verwenden oder für die Finanzierung von Sozialen Dienstleistungen und/oder für alltäglichen Zusatzaufgaben, wie Taxifahrten zum Arzt (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 202).

8.2. Pflegegeldbezug – Ergebnis der Interviews

Von den fünf ProbandInnen bezogen zwei Personen Pflegegeld. Es wird berichtet, dass der Hausarzt und die Ärzte im Krankenhaus den Anstoß gegeben haben, um das Pflegegeld einzureichen. Frau L. nahm Soziale Dienste in Wien in Anspruch, aus der Sicht der Enkelin war dies vor allem zur Entlastung der Angehörigen:

„Ob sich etwas durch das Pflegegeld verändert hat – ich weiß nicht, sie war Mindestrentnerin, natürlich hat sie sich über das zusätzliche Geld gefreut, aber ob das ihre

Gesundheit beeinflusst hat, kann ich nicht sagen. Wenn die Heimhilfe nicht gekommen wäre, hätte halt die Familie – vor allem meine Onkeln den Teil übernommen, für die war das wahrscheinlich eher eine Entlastung, weil sie wussten, an den beiden Tagen kommt auf jeden Fall jemand vorbei“ (Frau L. Interview 1, 511 - 517).

Herr F. bezieht ebenfalls Pflegegeld, nimmt aber keine Sozialen Dienste in Anspruch. Er begründet dies im Interview:

„Ich hab eine kleine Pension und da schadet das Pflegegeld nicht... wenn mich meine Kinder ins Spital bringen oder zum Doktor, dann kann ich ihnen so den Sprit zahlen... aber Heimhilfe oder so hab ich nicht, das brauch' ich nicht – noch nicht, ich hab ja meine Frau – lacht“ (Herr F. Interview 3, 384 - 389).

Die anderen drei Interviewten beziehen kein Pflegegeld und begründen dies, dass dies nicht notwendig wäre.

„Nein, mein Opa hatte kein Pflegegeld, eigentlich bestand ja auch kein Grund dafür. Oma und er führten ihr Leben, und er war ja auch nie krank, zum Doktor ging er, wenn's die Oma sagte“ (Herr W. Interview 2, 395 - 398).

Frau H. schildert:

„Ich hab nur Zucker, aber dafür brauchst kein Pflegegeld. Ich bin froh, dass es mir so gut geht, denn wennst Pflegegeld brauchst, dann ist der Weg ins Heim auch nicht mehr weit“ (Frau H. Interview 4, 447 - 450).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass bei den geführten Interviews das Pflegegeld in Zusammenhang mit Pflegebedürftigkeit gesehen wird. Zwei ProbandInnen weisen darauf hin, froh zu sein, noch kein Pflegegeld beziehen zu müssen, da es ihnen gesundheitlich soweit gut geht, dass sie für sich alleine sorgen können. Hier kann interpretiert werden, dass der Bezug von Pflegegeld auch mit Abhängigkeit in Verbindung gebracht wird und die Sorge besteht, dass die Selbstbestimmung aufgegeben werden muss. Vor allem im Interviewabschnitt von Frau H. wird dies deutlich zum Ausdruck gebracht, indem sie mit Pflegegeld den Weg ins Pflegeheim assoziiert.

8.3. Gegenüberstellung Bundespflegegesetz und die 4 Kategorien

In der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz wird die Beurteilung des Pflegebedarfs definiert und dies gliedert sich in die Bereiche: Betreuung, Hilfe, Hilfsmittel und zusätzlicher Pflegebedarf. Betreuung meint notwendige Verrichtungen durch andere Personen, die den persönlichen Lebensbereich betreffen und vor Verwahrlosung schützen. Hilfe meint jene Verrichtungen die nicht unmittelbar durchgeführt werden müssen, den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz beitragen. In den §§4 - 7 werden unter den erschwerte Bedingungen die Hilfsmittel und der zusätzliche Pflegebedarf beschrieben (vgl. BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales 2016b, 1ff).

1. Kategorie: Selbstbestimmte Lebensführung

Unter dem Begriff Selbstbestimmte Lebensführung sind vor allem die Aktivitäten des täglichen Lebens gemeint. In der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegesetz werden zur Betreuung Verrichtungen zur persönlichen Körperpflege und zur Nahrungsaufnahme taxativ aufgezählt und mit einem Richtwert in Minutenangaben festgesetzt. Im Bereich Hilfe werden der Einkauf, das Zusammenräumen der Wohnung, sowie die Beheizung angeführt. Für jede dieser Hilfeverrichtungen gilt ein fixer Zeitwert von 10 Stunden (vgl. BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales 2016b, 2).

Rückblickend zu den geführten Interviews ist die selbstbestimmte Lebensführung als ein wesentlicher Faktor für das gute Leben in der Hochaltrigkeit zu sehen. Gerade die Bewältigung von Alltagssituationen hat einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität des Einzelnen, daher ist die Erhaltung oder Wiedererlangung dieser Fähigkeiten essentiell.

In der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz wird im §1 definiert, dass dies die Übernahme der Verrichtungen durch andere Personen sind, *„die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre“* (BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales 2016b, 1).

Es stellt sich hier die Frage, ob die Verhinderung von Verwahrlosung den Anforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht wird, vor allem unter dem Aspekt, dass die gerontologische und geriatrische Wissenschaft, in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten, auf die Notwendigkeit der Erhaltung, Förderung und Rehabilitation in den Aktivitäten des täglichen Lebens hinweist.

2. Kategorie: Mobilität

In der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegesetz findet sich die Mobilität im Bereich Betreuung unter dem Begriff Mobilitätshilfe im engeren Sinn und umfasst die Tätigkeiten: Aufsetzen, Niederlegen, Lagewechsel bei bettlägerigen Personen, sowie Gehen und Treppensteigen im häuslichen Bereich, und wird mit 30 Minuten pro Tag angegeben. Im Bereich der Hilfe wird die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn beschrieben und meint Wege und Erledigungen außer Haus, die nur in Begleitung einer Person möglich sind, sie ist mit 10 Stunden pro Monat fixiert (vgl. BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales 2016b, 2).

Wie bereits im Kapitel 4.4. beschrieben wird die Mobilität in der gerontologischen und geriatrischen Wissenschaft als ein wesentlicher Faktor zur Förderung der Gesundheit und des positiven Lebensgefühl genannt. Die Mobilität umfasst nicht nur die körperliche Fitness, oder wie in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz aufgezählt, das Aufsetzen und Niederlegen. Die Mobilität ist die Basis um Alltagstätigkeiten selbständig verrichten zu können, soziale Kontakte aufrecht zu halten und sie leistet einen wesentlichen Beitrag zur positiven Beeinflussung des subjektiven Gesundheitsgefühls. Betrachtet man die Zeitwerte und aufgezählten Aktivitäten in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz, so wird die Wichtigkeit der Mobilität hier nicht bedacht.

3. Kategorie: Soziale Netzwerke

Die Wichtigkeit der Sozialen Netzwerke wurde im Kapitel 4.4. bereits beschrieben, und als wesentlichen Beitrag für die Zufriedenheit älterer Menschen gesehen. Nicht nur der Kontakt zur Familie, sondern auch zu Nachbarn und Freunden ist ein wichtiger Bestandteil für die soziale Teilhabe und für das gute Leben.

In der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz findet sich die Kategorie „Soziale Netzwerke“ eventuell in der Kategorie Mobilität, da hier Wege erledigen in Begleitung einer Person angeführt ist. Eine Einstufungseinheit „Kommunikation“ ist nicht vorgesehen, die Kategorie „Soziale Netzwerke“ ist in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeld nicht vorgesehen (vgl. BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales 2016b, 2).

4. Persönliche Freizeitgestaltung

Im Kapitel 4.4. wurde die persönliche Freizeitgestaltung als tagesstrukturierend und sinnstiftend beschrieben. Die Freizeit in der Hochaltrigkeit beschreibt den Gegensatz zum Ausruhen und zur Langeweile und wirkt sich so günstig auf die Gesundheit und Lebenszufriedenheit aus.

Es kann kein Bezug zur persönlichen Freizeitgestaltung in der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz hergestellt werden.

8.4. *Auswirkungen des Bundespflegegeld auf die Hochaltrigkeit*

Davon ausgehend, dass die Hälfte jener Personen die Pflegegeld bezieht, das 81. Lebensjahr überschritten hat, muss die Wirkung des Pflegegeldes auf diese Altersgruppe beleuchtet werden (vgl. BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2015, 82).

Wie in den vorangegangenen Kapiteln herausgearbeitet, ist das Zusammenspiel von Gesundheit und Mobilität, die selbstbestimmte Handlungsfähigkeit, Lebensstil und Lebensweise, die sozialen Netzwerke, die Infrastruktur, sowie ökonomische Bedingungen für ein gutes Leben in der Hochaltrigkeit essentiell. Betrachtet man die Ergebnisse der Gegenüberstellung der vier Kategorien mit der Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz, so ist erkennbar, dass das Pflegegeld in seiner momentanen Ausprägung für die Zielgruppe der Hochaltrigen kein adäquates und zeitgerechtes Mittel ist.

Bei der Einstufung des Pflegegeldes werden ausschließlich jene Tätigkeiten zeitlich bewertet, die eine Person nicht mehr alleine durchführen kann und wo personelle Betreuung oder Hilfe notwendig ist. Um hier eine Änderung herbei zu führen, muss vom derzeitigen Defizitmodell, das die Pflegegeldeinstufung ist, zu einem Modell mit einem positiven Ansatz, im Sinne eines Präventionsmodells gewechselt werden. Die Begutachtung muss präventiv stattfinden, und die Eröffnungsfragen der GutachterInnen könnten lauten: Was können Sie noch leisten? Zeigen Sie, wo Sie noch unabhängig agieren können? Welche präventiven und unterstützenden Maßnahmen benötigen Sie, um Ihren jetzigen Gesundheitszustand zu erhalten oder zu verbessern? Möglicherweise kann das mit Jänner 2017 startende neue Begutachtungsverfahren für Pflegebedürftigkeit in Deutschland hier Ideen für ein neues Modell in Österreich liefern (vgl. MDS 2016, 4).

Im Jahr 2010 wurde am Institut für Pflegewissenschaften an der Universität Bielefeld ein neues Begutachtungsassessment (NBA) erarbeitet, mit dem wesentlichen Merkmal, dass die Pflegebedürftigkeit nicht mehr nach Pflegezeit erhoben wird, sondern nach dem Grad der Selbständigkeit. Im Bericht dazu, wird festgehalten, dass das bisherige Begutachtungsverfahren sehr eng und diagnosebezogen ist, es fehlen Aspekte zur interpersonellen Kommunikation, zur Teilhabe am sozialen Leben, und zum Bedarf der allgemeinen Betreuung. Des Weiteren ist die Anleitung bei Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz kaum berücksichtigt. Dies führt dazu, dass die Hilfsbedürftigen zum Teil keine adäquate Unterstützung durch die Pflegeversicherungen finden. Mit dem neuem Begutachtungsassessment werden die körperlichen, die kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen, sowie Verhaltensauffälligkeiten berücksichtigt (vgl. Wingenfeld et al. 2010, 53).

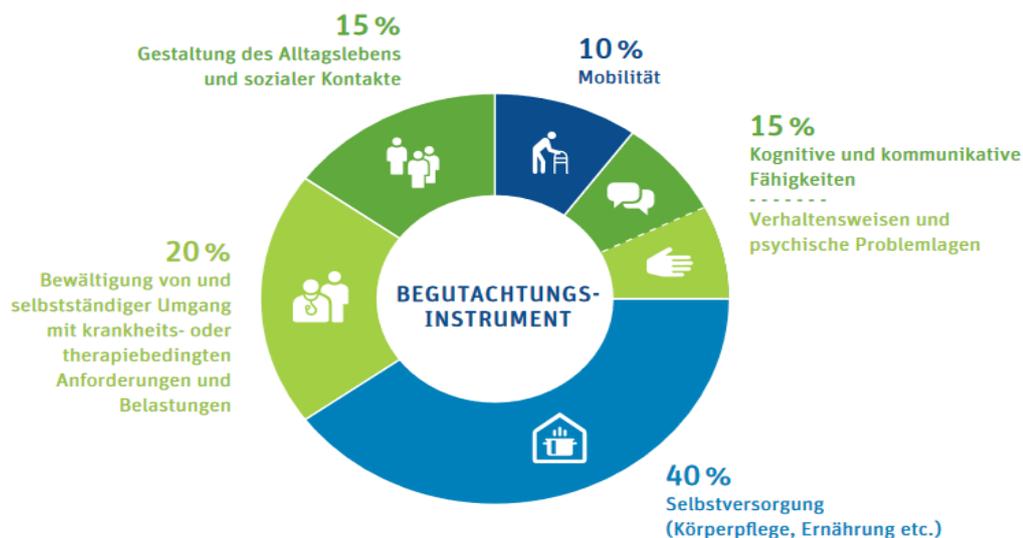


Abbildung 9: Das neue Begutachtungsinstrument im Überblick, (MDS 2016, 4)

Das neue Begutachtungsinstrument gliedert sich in 5 Bereiche, die jeweils mit mehreren Kriterien für die BegutachterIn hinterlegt sind. Die Bereiche außerhäusliche Aktivitäten und Haushaltsführung werden gesondert betrachtet, da sie eine wichtige Ressource für die Pflege- und Hilfeplanung darstellen. Sie fließen aber nicht in die Bewertung für die Pflegebedürftigkeit ein. Bei der Erstellung des Instrumentes wurde darauf geachtet, dass der Zeitaufwand für die Anwendung 60 Minuten nicht überschreitet (vgl. MDS 2016, 4).



		selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3
1.6	Besondere Bedarfskonstellation Gebrauchsunfähigkeit beider Arme und Beine	ja	nein		

Abbildung 10: Einzelkriterien am Beispiel des Moduls 1 „Mobilität“, (MDS 2016, 6)

Im Bericht, zur Definition der Pflegebedürftigkeit, ist als eine weitere Verwendungsmöglichkeit die Möglichkeit „Aussagen zur Rehabilitationsbedürftigkeit“ genannt. Mit dem neuen Begutachtungsassessment hat die BegutachterIn die Möglichkeit Hinweise zur Rehabilitationsbedürftigkeit, Rehabilitationsfähigkeit und die Rehabilitationsprognose zu erfassen. Dies stellt die Basis für eine explizite Empfehlung zur Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen dar (vgl. Wingefeld et al. 2010, 57).

Die deutsche Politik hat dem Rechnung getragen und die Rehabilitationsmaßnahmen als fixen Bestandteil in die Begutachtung aufgenommen. In den Erklärungen zur Pflegebegutachtung wird festgehalten, dass Pflegebedürftigkeit kein unveränderbarer Zustand ist, sondern durch Prävention, medizinische Rehabilitation und individuellen Hilfs- und Pflegehilfsmittel, sowie das Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, positiv beeinflusst werden kann (vgl. MDS 2016, 17).

Hinweisend auf das Kapitel Frailty, erscheint die Rehabilitation in der Hochaltrigkeit als ein wesentlicher Faktor, da in Studien belegt wurde, dass bei Einsatz von gezielten Maßnahmen, im Stadium des Pre-frail die Frailty reversibel ist. Ein engmaschiges Monitoring ist dazu notwendig, das Begutachtungsassessment in Verbindung mit den Hinweisen zur Rehabilitationsbedürftigkeit wäre eine Möglichkeit dafür.

9. Empfehlungen für ein gutes Leben in der Hochaltrigkeit

In diesem Kapitel soll die Forschungsfrage: „Lassen sich aus den Ergebnissen dieser Arbeit Empfehlungen für den einzelnen und für die Gesellschaft ableiten?“ beantwortet werden. Aufbauend auf den vier Kategorien, die in dieser Arbeit für das gute Leben in der Hochaltrigkeit betrachtet werden, ergeben sich Empfehlungen für den Einzelnen, aber auch Forderungen an die Gesellschaft, damit ein gutes Leben in der Hochaltrigkeit gelingen kann.

Lehr stellt den Anspruch an jeden Einzelnen, für seine Gesundheit alles zu tun, um selbständig und selbstbestimmt ein kompetentes Leben in der Hochaltrigkeit führen zu können und sich die notwendigen Kompetenzen dafür anzueignen (vgl. Lehr 2012, 3). Rentsch erweitert diesen Anspruch in seiner Kultur des humanen Alterns, um eine gesellschaftliche Neuorientierung in Bezug auf die Hochaltrigkeit (vgl. Rentsch 2016, 258). Güther und Brandenburg nennen als Rahmenbedingungen für die gerontologische Pflege die Gestaltung von Lebenschancen, wobei die grundlegenden Bedürfnisse des Einzelnen in den Vordergrund gestellt werden müssen, und fordern einen gesellschaftlichen Wandel, der die kulturelle Bedeutung der gerontologischen Pflege tatsächlich würdigt (vgl. Güther und Brandenburg 2015, 87).

9.1. *Empfehlungen zur Kategorie Mobilität*

Um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, am Sozialen Netzwerk teilhaben zu können und seine persönliche Freizeitgestaltung ausüben zu können, liefert die Mobilität einen wesentlichen Beitrag. Deshalb wird nun die Mobilität an die erste Stelle gereiht, da sie für die anderen Kategorien als eine mögliche Grundvoraussetzung gesehen werden kann.

Rosenmayr nennt in seinem Konzept der „drei L“ Laufen an erster Stelle und fordert gleichzeitig: „Halte dich immer – aber besonders im Alter – innerhalb der Grenzen deiner Fähigkeit! Mute dir nicht zu viel zu!“ (Rosenmayr 2013b, 15) und ergänzt um die Forderung auch im Alter weiter aktiv zu bleiben und seinen Weg zu gehen. (vgl. Rosenmayr 2013b, 16). Mit dieser Forderung unterstreicht Rosenmayr die Wichtigkeit des persönlichen Aktivitäts- und Bewegungsprofil.

Als essentiell kann das körperliche Training im Alter gesehen werden, dies kann präventiv erfolgen, oder auch als rehabilitative Therapie angewendet werden. Als geeignete Sportarten werden Wandern, Nordic-Walking, Schwimmen und Radfahren genannt (vgl. Oster et al. 2005, 2). Diese Sportarten werden bereits in der Kindheit trainiert und können im gesamten Leben ohne großen Aufwand angewandt werden. So liegt es in der Verantwortung jedes Einzelnen körperliche Fitness zu erlangen und zu erhalten.

Auch wenn dies möglicherweise dem derzeitigen ästhetischen Bild nicht entspricht, so ist im Sinne einer Kultur des humanen Alterns jeder Einzelne gefordert, Aktivitäten wie Schwimmen und Radfahren von alten und hochaltrigen Personen als ein „normales Bild“ in der Gesellschaft zu akzeptieren. Auch die Benutzung von Rollatoren oder anderen Mobilitätshilfen auf geeigneten Wander- und Gehwegen, muss als selbstverständlich in der Gesellschaft gesehen werden.

Die Politik und die Gesellschaft sind hier gefordert, geeignete Trainingsorte zur Verfügung zu stellen, sei es der barrierefreie Zugang zum Schwimmbad und Schwimmbecken, oder die Gestaltung der Straßen und Gehwege. Hier seien die Breite der Gehwege, die sichere Querung von Straßen und die Ampeltaktung beispielhaft erwähnt.

Neben den Sportarten, die besonders in der Hochaltrigkeit einen positiven Einfluss auf das Aktivitäts- und Bewegungsprofil haben, bieten sich auch spezielle Krafttrainings an. Gerade unter dem Aspekt von Frailty, werden Therapiemöglichkeiten genannt, die der Entwicklung von Sarkopenie entgegenwirken (vgl. Quittan 2014, 387).

So werden in einigen stationären Pflegeeinrichtungen SeniorInnen-Fitnesscenter zur Verfügung gestellt, die auch den BewohnerInnen in der Umgebung zur Verfügung stehen (vgl. SeneCura 2016).

Auch hier sei auf die Forderung von Rentsch hingewiesen, dass die Einbindung der Hochaltrigkeit in das Leben an und für sich, für alle Generationen Gültigkeit haben muss, sodass auch die Benützung eines Fitnesscenters für hochaltrige Personen als selbstverständlich gesehen wird (vgl. Rentsch 2016, 261).

Wesentlich für die Hochaltrigkeit ist auch die Gestaltung des persönlichen Wohnraumes und des Wohnumfeldes. Wie aus den Interviews hervorgeht, erfolgt ein altersgerechter Umbau des Hauses oder der Wohnung selten, die Interviewten haben kaum Adaptierungen des persönlichen Wohnraumes durchgeführt, möglicherweise ist hier zu wenig Wissen vorhanden. Die Sorge der Kosten und die Angst vor größeren Umbauten, und den damit einhergehenden Anforderungen, sind mit zu betrachten. Somit ist jeder Einzelne angehalten, sein Wohnumfeld frühzeitig zu analysieren und unterstützende Adaptierung vorzunehmen. Angehörigen und Freunde können hier eine wertvolle Ressource sein.

In Bezug auf Beratungsleistung für altersgerechtes Wohnen ist hier ein breites Tätigkeitsfeld zu erkennen. Die Vielfältigkeit an Möglichkeiten und die unterschiedlichen Ansprechpersonen auf diesen Sektor sind derzeit für viele Betroffene nicht überschaubar und erschweren den Zugang zum Wissen und den Möglichkeiten über altersgerechtes Wohnen. Durch ein neues Berufsfeld und ein daraus resultierendes neues Berufsbild könnte aus einer Hand Beratung im Hinblick auf bauliche Veränderungen und Ausstattung stattfinden, die Einbindung von Ambient and Assisted Living erfolgen, aber auch Wissen über Unterstützungsleistungen und Förderungen weiter gegeben werden.

Zusammengefasst bedeutet Mobilität für den Einzelnen die körperliche Fitness zu erhalten oder wieder zu erlangen, dies kann durch sportliche Betätigung erfolgen, aber auch durch gezielte Krafttrainings, die der Sarkopenie vorbeugen. Für die Gesellschaft ist die Akzeptanz der Hochaltrigen im Bereich der sportlichen Betätigung als wesentlicher Beitrag zu sehen. Die Politik und die Gesellschaft sind aufgefordert, den Ausbau der Infrastruktur im Sinne der Barrierefreiheit weiter voran zu treiben, um die Bewegung der Hochaltrigen auch durch strukturelle Maßnahmen zu unterstützen. Für die Gestaltung des persönlichen Wohnraumes, ist die Schaffung eines neuen Berufsbildes, für das altersgerechte Wohnen und für ein altersgerechtes Informationsmanagement, anzustreben.

9.2. ***Empfehlungen zur Kategorie Selbstbestimmte Lebensführung***

Die Aktivitäten des täglichen Lebens sind jene Aktivitäten die, das An- und Auskleiden, die Körperpflege, sowie alle Tätigkeiten zur Ernährung und Ausscheidung beschreiben. Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens haben einen unmittelbaren Einfluss auf das subjektive Lebensgefühl, da sie die Intimität der eigenen Person bedrohen. Mit dem Konzept der Alterscoolness wird diese Bedrohung dahingehend abgeändert, als es durch die Coolness möglich wird, emotional auf Abstand zu gehen. Zimmermann beschreibt dies als *„eine besondere Gefasstheit und Haltung gegenüber dem Alter, nämlich um die gleichsam thermodynamische Fähigkeit, kühl zu bleiben. Und das heißt: sich nicht irremachen zu lassen von den Miseren des Alters“* (Zimmermann 2013, 113).

Diese Coolness kann auch auf die Selbstsorge von Rosenmayr übertragen werden. Er beschreibt dies, mit der Sorge um sich selbst, in der die Achtung und Hilfe für Andere beinhaltet ist, diese Sorge der Anderen kann aber auch für sich selber in Anspruch genommen werden (vgl. Rosenmayr 2013b, 166). Rosenmayr nennt als Möglichkeit gegen den Verlust der Selbstbestimmung, Fantasie und Tatkraft um dieser entgegen zu wirken, aber auch die Annahme von Hilfe durch liebende Menschen (vgl. Rosenmayr 2013a, 248).

Zu einer selbstbestimmten Lebensführung im Alter gehört, Hilfe und Unterstützung von anderen Personen zu akzeptieren und anzunehmen. In den geführten Interviews wurde dies von den Interviewten angesprochen und als positives Erlebnis dargestellt. So liegt es an jedem Einzelnen, sich der Selbstsorge bewusst zu werden. In der heutigen Zeit ist es im Erwachsenenalter nicht unbedingt populär Hilfe anzunehmen, jedoch benötigen wir diese Eigenschaft in der Hochaltrigkeit und sollten sie daher frühzeitig üben.

Aus der Sicht der Angehörigen ist die Selbstbestimmte Lebensführung manchmal Anlass um sich zu sorgen, da die betroffenen Hochaltrigen eine andere Art der Lebensführung als eigenes Interesse verfolgen, und dies mit dem Bild der Angehörigen oftmals nicht übereinstimmt. Im Sinne der Kultur des humanen Alterns sei angemerkt, dass hier generationenübergreifende Anstrengungen erfolgen müssen, um im gemeinsamen Leben mit anderen Generationen, den alten Menschen die Erfüllungsgestaltung ihrer späten Lebenszeit zu ermöglichen. Dies bedeutet auch, die Verletzlichkeit und Begrenztheit des alten Menschen anzuerkennen und durch gute Gespräche die Lebensführung des Hochaltrigen zu begreifen und zu akzeptieren (vgl. Rentsch 2016, 265ff).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass das Annehmen von Hilfe und Unterstützung für eine selbstbestimmte Lebensführung eine wichtige Ressource darstellt. Gleichzeitig sind die unterstützenden Personen, und im weiteren Sinne auch die Gesellschaft angehalten sich mit der Lebenswelt des Hochaltrigen auseinander zu setzen und die Entscheidungen der Hochaltrigen aus ihrem Blickwinkel zu sehen und zu akzeptieren.

9.3. *Empfehlungen zur Kategorie Soziale Netzwerke*

Ob PartnerIn, Kinder oder Enkelkinder in der Hochaltrigkeit als familiäre Unterstützung zur Verfügung stehen, ist abhängig von der Biographie des Einzelnen. Ein Rückgang des Zusammenhaltes der Familie kann aus gerontologischer Sicht derzeit nicht bestätigt werden (vgl. Höpflinger 2000, 9).

Generell kann gesagt werden, dass außerfamiliäre Vertrauenspersonen gerade für unverheiratete oder kinderlose alte Personen eine zentrale Rolle einnehmen, aber auch für verheiratete Personen eine wichtige Ressource darstellen können. Gerade langjährige Freundschaftsbeziehungen, die es frühzeitig aufzubauen gilt, können emotionale Unterstützung sein, aber auch in praktischer Sicht Hilfe anbieten. Höpflinger weist auch darauf hin, dass FreundInnen im Alter nicht nur Vertrauenspersonen sind, sondern häufig auch Begleitpersonen für außerhäusliche Aktivitäten und unterstreicht dies mit folgender Aussage: „*Nur wer enge Freunde hat, wagt sich auch im Alter an öffentliche Anlässe*“ (Höpflinger 2000, 14).

Als Empfehlung für den Einzelnen gilt daher, die Suche nach engen Freunden so früh wie möglich zu beginnen und diese Freundschaften bis in die Hochaltrigkeit zu fördern.

Für die Lebensqualität im Alter sind auch die geistige Anregung und das Zusammensein mit anderen Menschen zu nennen. Hier stellt sich vor allem die Frage der Erreichbarkeit von wichtigen Orten. Die Gestaltung von barrierefreien Ämtern ist zu würdigen, jedoch muss sich die Barrierefreiheit auch auf die Kultur- und Freizeitstätten ausdehnen (vgl. Lehr 2012, 2).

Die Gesellschaft ist daher aufgefordert, im Sinne der humanen Kultur des Alterns, soziale Treffpunkte auch für Hochaltrige zu gestalten und intergeneratives Verhalten zu fördern.

Ein für die Zukunft wichtiger Aspekt ist das Internet. Ein Ergebnis der ARD/ZDF-Onlinestudie 2015 zeigt ein starkes Wachstum bei über 70-Jährigen bei der Internetnutzung. Das Internet wird von dieser Altersgruppe vor allem für E-Mails genutzt, gefolgt von der Informationssuche und dem Lesen von Artikeln und Berichten. Nur rund 15% der über 60jährigen verwenden regelmäßig Instant Messaging Dienste wie What's Up, 11% nutzen Online Communitys wie Facebook (vgl. Frees und Koch 2015, 372 ff).

Claßen et.al. sehen in der Internetnutzung vielfältiges Potential für den älteren Menschen, insbesondere sind dies die Informations- und Kommunikationsmöglichkeit, die soziale Teilhabe, die kognitive Stimulanz und Bildung sowie das Potential zur Selbständigkeit und Gesundheit. Als Barrieren für die Nutzung des Internet für ältere Menschen werden vor allem fehlende Transparenz von Tarifen, fehlende Kompetenzen und fehlende soziale Unterstützung beim Einstieg genannt. Für die Zielgruppe der hochaltrige Personen ist es daher notwendig informelle Angebote im direkten Wohnumfeld und über das soziale Umfeld zu schaffen. Hilfreich kann auch die Qualifizierung älterer Personen zu MultiplikatorInnen sein, oder die Initiierung von intergenerationellen Projekten. Beispielhaft werden hier Projekte angeführt, in denen SchülerInnen das Wissen über die neuen Medien vermitteln und die ältere Generation als Zeitzeugen am Geschichtsunterricht teilnehmen (vgl. Claßen et al. 2014, 142).

Als Forderung für die Zukunft gilt es daher, vor allem die Zugänglichkeit zu Medien und Technikgeräte barrierefrei zu gestalten. Dazu gehören die Hardware-Ergonomie, wie Bildschirm, Maus und Tastatur, aber auch Software und Betriebssysteme. Als dringende Empfehlung gilt hier ein Universaldesign unter der Devise, was für Menschen mit motorischen, sensorischen oder kognitiven Einschränkungen bedienerfreundlich ist, ist auch für andere Personen gut nutzbar (vgl. Claßen et al. 2014, 139).

Als wesentlich kann in der Kategorie Soziale Netzwerke der Aufbau eines persönlichen Netzwerkes gesehen werden. Der Zusammenhalt der Familie wird in der gerontologischen Forschung auch weiterhin gesehen, das Hauptaugenmerk sollte daher auf außerfamiliäre Vertrauenspersonen gelegt werden, um auch im Alter enge FreundInnen zur Verfügung zu haben. Neben der barrierefreien Gestaltung von Kultur- und Freizeitstätten sind die virtuellen Netzwerke ein großes Thema für die Zukunft. Hier gilt es die Zugangsbarrieren abzubauen und die notwendige Hard- und Software im Sinne eines Universaldesign zur Verfügung zu stellen.

9.4. *Empfehlungen zur Kategorie Persönliche Freizeitgestaltung*

Ein wesentlicher Faktor im Zusammenhang mit dem guten Leben in der Hochaltrigkeit ist das Gefühl gebraucht zu werden, eine Aufgabe zu haben die nicht überfordert aber auch nicht unterfordert (vgl. Lehr 2012, 2). Auch in den geführten Interviews wurde gezeigt, dass die ProbandInnen Aufgaben für die Familie übernommen haben und dies zur positiven Lebensgestaltung beiträgt.

Es gilt daher für den Einzelnen, sich Hobbies oder Freizeitgestaltungen frühzeitig auszuwählen, die auch im Alter als Aufgabe und sinnvolle Tätigkeit ausgeführt werden können. Langzeitpflegeeinrichtungen sind aufgefordert, ihren BewohnerInnen Angebote zur Verfügung zu stellen, die an die biographischen Tätigkeiten der BewohnerInnen anknüpfen und über Seidenmalen und Töpfern hinausgehen.

In der Hochaltrigkeit gilt Fernsehen als Hauptfreizeitgestaltung. Claßen et. al. haben dieses Thema beforscht. Fernsehen wird häufig als bewegungsarmes, kognitiv wenig anregendes Medium dargestellt. Gerade im Hinblick auf die Hochaltrigkeit kann das Medium Fernsehen jedoch mehrere Bedürfnisse abdecken. So dient Fernsehen als Informationsquelle, im Sinne des Fensters zur Welt. Es bietet Unterhaltung und Ablenkung, gibt Tagesstruktur und Ritualisierung. Auch die gesellschaftliche Teilhabe durch die Anschlusskommunikation mit anderen Personen sei hier genannt (vgl. Claßen et. al. 2014, 127).

Unter dem Aspekt, dass Fernsehen derzeit das Hauptmedium für alte und sehr alte Menschen ist, weisen Claßen et. al. darauf hin, dass seit 1980 das Programmkonzept vorrangig für die Zielgruppe der 14 – 49 jährigen ausgerichtet wird, da diese als werberelevante Zielgruppe definiert sind. Die Autoren bezeichnen dies als anachronistisch und altersdiskriminierend, ein Umdenken ist gefordert, vor allem unter dem Aspekt, dass auch in den nächsten Jahrzehnten Fernsehen als Medium bedeutsam bleiben wird, sowohl als Informations- und Kommunikationsquelle, aber auch zur Entspannung und Unterhaltung (vgl. Claßen et. al. 2014, 142).

In den gerontologischen Beiträgen werden vermehrt die ehrenamtliche Tätigkeit und das soziale Engagement eingefordert. Kolland macht darauf aufmerksam, dass die Bereitschaft zur Freiwilligenarbeit dann gegeben ist, wenn der Mensch Verantwortung übernehmen kann, die Tätigkeit in das bestehende Lebenskonzept integrierbar ist und eine autonome Lebensgestaltung im Vordergrund steht (vgl. Kolland 2015, 55).

Hier sei festgehalten, dass die Verantwortlichen für Freiwilligenarbeit das Potential des alten Menschen zum Teil noch nicht entdeckt haben. Dies zeigt sich unter anderem in den Aufnahmekriterien für „Team Österreich“, eine Initiative von Ö3 und Rotes Kreuz Österreich, hier werden Personen die das 65. Lebensjahr überschritten haben ausgeschlossen (vgl. Team Österreich 2017).

Zusammenfassend ist für die persönliche Freizeitgestaltung das frühzeitige Bestreben nach einer sinnvollen Aufgabe oder Tätigkeit, deren Anforderungen auch in der Hochaltrigkeit bewältigt werden können, maßgeblich.

Da das Medium Fernsehen als häufigste Freizeitbeschäftigung in der Hochaltrigkeit genannt wird, sind die Verantwortlichen für die Programmgestaltung im Sinne der Kultur des humanen Alterns, aufgefordert auch die Personengruppe der alten und sehr alten Menschen zu berücksichtigen. Erwähnt werden soll auch, dass die Gestaltung der bedienbaren Geräte im Sinne eines Universaldesign an die Bedürfnisse der alten Menschen angepasst wird.

Organisationen und Institutionen die Freiwilligenarbeit anbieten sind aufgefordert die kalendarische Festsetzung einer Altersgrenze zu überdenken, um hier auch hochaltrigen Personen eine neue oder weiterführende Aufgabe zu ermöglichen, damit diese einen Beitrag zur Gesellschaft leisten können und in einem sozialen Netzwerken integriert sind.

10. Grenzen der Forschungsarbeit

Interviews mit Hochaltrigen: In dieser Arbeit wurden fünf qualitative Interviews mit Hochaltrigen oder deren Angehörigen geführt. Die Auswahl der ProbandInnen gestaltete sich äußerst schwierig, da für das Interview zum einen die Bereitschaft der Hochaltrigen vorhanden sein muss, zum anderen müssen die kognitiven Fähigkeiten insofern vorhanden sein, als dass ein Gespräch im Ausmaß von circa einer Stunde möglich ist.

Auch in der Österreichischen Interdisziplinären Hochaltrigenstudie wird auf die Schwierigkeit der Interviews bei Personen über 80 Jahre eingegangen, im Kapitel Methodik wird auf eine Ausschöpfungsrate von 21% für diese Studie hingewiesen. Des Weiteren wurde bei jenen StudienteilnehmerInnen, die ein Interview verwehrt eine telefonische Kurzbefragung angeboten, die zum Teil auch von StellvertreterInnen beantwortet wurden (vgl. Ruppe und Stückler 2015, 25).

Datenlage und Studien zur Hochaltrigkeit: In der Studie Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme schreibt Kolland, dass die Datenlage über die Freizeitaktivitäten der Hochaltrigen als äußerst unbefriedigend einzuschätzen ist (vgl. Kolland 2009, 131).

Auch in den Empfehlungen der Studie Hochaltrigkeit in Österreich – eine Bestandsaufnahme wird auf Informations- und Forschungsdefizite hingewiesen. In der Empfehlung zu Alltag im Alter wird eine Detailanalyse zum Aktivitäts- und Freizeitverhalten älterer Menschen gefordert, insbesondere die Bedeutung der Freizeitaktivitäten und das Bewegungsverhalten von hochaltrigen Personen. Auch in den Empfehlungen zur Mobilität wird eine empirische Untersuchung über die Mobilitätssituation von hochbetagten Personen eingefordert. Im Kapitel Lebensqualität und Lebenszufriedenheit wird festgehalten, dass ein Monitoring für die Lebenslage und Lebensqualität der Hochaltrigen mit ihren speziellen Bedürfnissen ausständig ist (vgl. Hörl et al. 2009, 507ff).

11. Conclusio

Die Hochaltrigkeit ist als Teil des Lebens zu sehen. So wie auch die Kindheit und die Jugendzeit als eigenständiger Lebensabschnitt betrachtet werden, ist es Menschen vergönnt den Lebensabschnitt der Hochaltrigkeit zu erreichen. Eine kalendarische Eingrenzung ist nicht möglich, da der Erhalt der psychischen und physischen Fähigkeiten nicht an ein chronologisches Alter gebunden werden kann. Ein vermehrtes Auftreten von Krankheit, sowie körperliche und psychische Veränderungen die zum Verlust der Selbständigkeit führen und das Auftreten von Vulnerabilität und Fragilität können als Kennzeichen für den Lebensabschnitt der Hochaltrigkeit gesehen werden.

In der Gesellschaft gibt es ein Selbstverständnis für die Lebensphasen der Kindheit, der Jugend und des erwerbstätigen Alters, dies zeigt sich unter anderem durch die mannigfaltige Auswahl an Literatur zu den unterschiedlichen Phasen des Lebens. In den letzten Jahren wurde auch den Lebensabschnitten der Pensionierung und des Ruhestandes vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet, jedoch ist die Phase der Hochaltrigkeit noch immer vom Defizit-, Belastungs- und Disziplinierungsdiskurs gezeichnet.

In der gerontologischen Wissenschaft wird auch die Frage: Wie gutes Leben in der Hochaltrigkeit gelingen kann, beforscht. In dieser Arbeit wurden drei Konzepte dargestellt, die einen Beitrag zum Guten Leben in der Hochaltrigkeit darstellen. Zimmermanns Konzept der Alterscoolness, beschreibt eine besondere Haltung gegenüber dem Alter, die Coolness, Distanz und Abstand beinhaltet, um den Misereen des Alters Widerstand leisten zu können. Die humane Kultur des Alterns von Rentsch fordert nicht nur den Einzelnen auf, sich auf die Phase der Hochaltrigkeit vorzubereiten und einzulassen, sondern mahnt auch eine gesellschaftliche Neuorientierung ein. Rosenmayrs Lebenskonzept beschreibt die „3 L – Laufen, Lernen, Lieben“ als eine Möglichkeit den Herausforderungen des Alterns entgegen zu treten.

Fünf qualitative Interviews geben einen Einblick in das letzte oder abgelaufene Lebensjahr von hochaltrigen Personen, die noch selbständig und selbstbestimmt, zum Teil mit familiärer Unterstützung zu Hause leben. Es wurden vier Kategorien gebildet: Selbstbestimmte Lebensführung, Mobilität, Soziale Netzwerke und persönliche Freizeitgestaltung, die auch in der Gerontologie als wesentliche Inhalte für ein gutes Leben in der Hochaltrigkeit beschrieben werden.

Ein weiterer Teil der Arbeit widmete sich dem Pflegegeld. Die ProbandInnen wurden nach der derzeitigen Pflegegeldeinstufung und der Wirkung des Pflegegeldes befragt. Die Ergebnisse der Interviews wurden der Verordnung zum Pflegegeld gegenüber gestellt, und die Wirkung des Pflegegeldes auf die Hochaltrigkeit betrachtet. Es zeigt sich, dass die Bedürfnisse der Hochaltrigen in der derzeitigen Fassung des Bundespflegegeldgesetzes nicht abgedeckt sind. Ein Blick über die Grenze nach Deutschland auf das neue Begutachtungsassessment zeigt Möglichkeiten auf, wie interpersonelle Kommunikation, Teilhabe am sozialen Leben und Rehabilitation, Teil der Begutachtung für das Pflegegeld sein können.

Abschließend wurden Empfehlungen für die untersuchten Kategorien, für den Einzelnen und an die Gesellschaft formuliert, die ein gutes Leben in der Hochaltrigkeit ermöglichen können. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass eine Vorbereitung jedes Einzelnen auf die Lebensphase der Hochaltrigkeit möglich ist und auch dringend umgesetzt werden sollte, damit ein gutes Leben auch im sehr hohen Alter gelingen kann. Gleichzeitig ist die Gesellschaft gefordert, die Rahmenbedingungen für die Hochaltrigkeit neu zu gestalten, sodass diese auch feste Bestandteile des gesellschaftlichen Lebens werden.

12. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheitszustand nach Wohnformen, (Ruppe und Stückler 2015, 132)...	13
Abbildung 2: Cycle of frailty, Quelle: Fried & Watson (Böck et al. 2011, 38)	15
Abbildung 3: Modelle der Grundprinzipien, (Mayer 2015a, 18)	20
Abbildung 4: Verwendung von Verkehrsmitteln nach Altersklassen, (Reiterer 2009, 184)	21
Abbildung 5: Häufigkeit ausgewählter Sozialkontakte, (Hörl 2009, 298)	23
Abbildung 6: OEIHS-Endbericht – die fünf häufigsten genannten Aktivitäten, (Ruppe und Stückler 2015, 115)	25
Abbildung 7: Tabellarische Aufstellung der ProbandInnen, (Eigene Darstellung).....	34
Abbildung 8: Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2014, (BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2015, 82)	50
Abbildung 9: Das neue Begutachtungsinstrument im Überblick, (MDS 2016, 4).....	56
Abbildung 10: Einzelkriterien am Beispiel des Moduls 1 „Mobilität“, (MDS 2016, 6).....	57

13. Literaturverzeichnis

- Amann, Anton, Franz Kolland, und Deutsche Gesellschaft für Soziologie, Hrsg. 2008. *Das erzwungene Paradies des Alters?: Fragen an eine kritische Gerontologie*. 1. Aufl. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.
- Amt der NÖ Landesregierung; 2015. *Leben entfalten - Zukunft gestalten*. St. Pölten.
- BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales. 2016a. RIS - Gesamte Rechtsvorschrift für Bundespflegegeldgesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 03.12.2016. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetze=10008859> (Zugegriffen Dezember 3, 2016).
- BM f. Arbeit, Gesundheit und Soziales. 2016b. RIS - Gesamte Rechtsvorschrift für Einstufungsverordnung zum Bundespflegegeldgesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 03.12.2016. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetze=10009142> (Zugegriffen Dezember 3, 2016).
- BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 2013. *Altern und Zukunft Bundesplan für Seniorinnen und Senioren*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. 2015. *oesterreichischer pflegevorsorgebericht_2014*. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/3/2/0/CH3434/CMS1454578199798/oesterreichischer_pflegevorsorgebericht_2014.pdf (Zugegriffen November 19, 2016).
- BM, für Gesundheit, und ÖBIG. 2015. *Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich*. https://www.google.at/search?q=hochaltrigkeit+in+%C3%B6sterreich+eine+bestandsaufnahme&ie=utf-8&oe=utf-8&gws_rd=cr&ei=PNMpV4e9EoyzsQHL66SQDQ#q=Gesundheit+und+Krankheit+der+%C3%A4lteren+Generation+in+%C3%96sterreich (Zugegriffen Mai 4, 2016).
- Böck, Marion, Anita Rieder, und Thomas Ernst Dörner. 2011. *Frailty: Definition, Erkennung und Bedeutung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Linz: OÖGebietskrankenkasse.
- Böhmer, Franz. 2009. *Hochaltrigkeit in Österreich; eine Bestandsaufnahme*. Wien https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf (Zugegriffen Mai 11, 2016).
- Claßen, Katrin, Frank Oswald, Michael Doh, Uwe Kleinemas, und Wahl. 2014. *Umwelten des Alterns: Wohnen, Mobilität, Technik und Medien*. 1. Aufl. Hrsg. Katrin Claßen und Clemens Tesch-Römer. Stuttgart: Kohlhammer.
- ecoplus. 2016. *e-mobil in niederösterreich*. *ecoplus | Wirtschaftsagentur des Landes Niederösterreich*. <http://www.ecoplus.at/de/ecoplus/cluster-niederösterreich/e-mobil> (Zugegriffen Dezember 3, 2016).
- Ehret, Sonja, Timo Jacobs, und Dagmar Wozniak. 2013. *Altern in unserer Zeit: späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit*. Hrsg. Thomas Rentsch, Harm-Peer Zimmermann und Andreas Kruse. Frankfurt: Campus.
- Europäische Kommission. 2016. *Aktives Altern - Beschäftigung, Soziales und Integration - Europäische Kommission. Beschäftigung, Soziales und Integration*. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1062&langId=de> (Zugegriffen August 19, 2016).

- Frees, Beate, und Wolfgang Koch. 2015. Internetnutzung: Frequenz und Vielfalt nehmen in allen Altersgruppen zu. *Media Perspektiven* 366–377.
- Fried, Linda P, und Leocadio Rodriguez-Mañas. 2015. Frailty in the clinical scenario. *The Lancet* 385: e7–e9.
- Fürstenberg, F. 2013. Hochaltrigkeit als Akzeptanzproblem: Ein Thesenpapier. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 46: 16–20.
- Graefe, S., S. van Dyk, und S. Lessenich. 2011. Altsein ist später: Alter(n)snormen und Selbstkonzepte in der zweiten Lebenshälfte. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 44: 299–305.
- Gronemeyer, Reimer, und Andreas Heller. 2014. *In Ruhe sterben: was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann*. München: Pattloch.
- Güther, Helen, und Hermann Brandenburg. 2015. *Gerontologische Pflege*. 1. Auflage. Hrsg. Hermann Brandenburg und Helen Güther. Bern: Hogrefe Verlag.
- Höpflinger, Francois. 2000. 2.Münsterlinger Symposium zur Alternspsychotherapie, 19.Oktober 2000 - Soziale-Kontakte.pdf. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Soziale-Kontakte.pdf> (Zugegriffen Januar 4, 2017).
- Höpflinger, Francois. 2016. *Kulturen des Alterns: Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Hörl, Josef. 2009. *Hochaltrigkeit in Österreich; eine Bestandsaufnahme*. Wien https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf (Zugegriffen Mai 11, 2016).
- Hörl, Josef, Franz Kolland, und Gerhard Majce. 2009. *Hochaltrigkeit in Österreich; eine Bestandsaufnahme*. Wien https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf (Zugegriffen Mai 11, 2016).
- Kolland, Franz. 2009. *Hochaltrigkeit in Österreich; eine Bestandsaufnahme*. Wien https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf (Zugegriffen Mai 11, 2016).
- Kolland, Franz. 2015. Neue Kultur des Alters, Forschungsergebnisse. https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/9/0/2/CH3434/CMS1451941555001/soziale-themen_seniorinnenpolitik_neue-kultur-des-alterns-forschungsergebnisse.pdf (Zugegriffen Mai 17, 2016).
- Kruse, Andreas. 2012. Symposium Altern in unserer Zeit - YouTube. https://www.youtube.com/results?search_query=Symposium+Altern+in+unserer+Zeit (Zugegriffen November 2, 2016).
- Kytir, Josef. 2009. *Hochaltrigkeit in Österreich; eine Bestandsaufnahme*. Wien: BM f. Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf (Zugegriffen Mai 11, 2016).
- Lehr, Ursula. 2012. Prävention – eine Notwendigkeit in einer Gesellschaft des langen Lebens. *Public Health Forum* 20.
- Mayer, Hanna. 2015a. *Forschungsbericht „Innovation Landespflegeheime“ in Niederösterreich (INOP-NÖ)*. Wien: Institut für Pflegewissenschaft.
- Mayer, Hanna. 2015b. *Pflegeforschung anwenden: Elemente und Basiswissen für das Studium*. 4., vollst. überarb. Aufl. Wien: Facultas.
- Mayring, Philipp. 2015. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim Basel: Beltz.
- MDS. 2016. *Die Selbstständigkeit als Maß der Pflegebedürftigkeit - Fachinfo_PSGII_web.pdf*. Essen: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund

- der Krankenkassen e.V.
https://www.pflegebegutachtung.de/fileadmin/dokumente/AA_Website_NBA/Fachinformation/Fachinfo_PSGII_web.pdf (Zugegriffen Dezember 22, 2016).
- Nestroy, Johann Nepomuk. 1848. Lang leben will alles, aber alt werden will kein Mensch. | Aphorismen.de. <https://www.aphorismen.de/zitat/15656> (Zugegriffen Mai 24, 2016).
- Oster, P., M. Pfisterer, M. Schuler, und K. Hauer. 2005. Körperliches Training im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38: i10–i13.
- Quittan, M. 2014. Gebrechlichkeit aus rehabilitativer Sicht. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 47: 385–388.
- Reiterer, Barbara. 2009. *Hochaltrigkeit in Österreich; eine Bestandsaufnahme*. Wien https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf (Zugegriffen Mai 11, 2016).
- Rentsch, Thomas. 2016. *Kulturen des Alterns: Plädoyers für ein gutes Leben bis ins hohe Alter*. Hrsg. Harm-Peer Zimmermann, Andreas Kruse und Thomas Rentsch. Frankfurt: Campus Verlag.
- Rischanek, Ursula. 2009. *Hochaltrigkeit in Österreich; eine Bestandsaufnahme*. Wien https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf (Zugegriffen Mai 11, 2016).
- Roller-Wirnsberger, Regina. 2010. Krank oder nur alt? Frailty – Ein neues Konzept in der Klinischen Praxis. *Wiener klinische Wochenschrift* 3-4/2010: 181–194.
- Rosenmayr, Leopold. 2013a. *Herausforderung Alter(n)*. Hrsg. Hubert Christian Ehalt. Weitra: Bibliothek der Provinz.
- Rosenmayr, Leopold. 2013b. *Im Alter - noch einmal - leben*. 2., korrigierte Aufl. Wien: LIT.
- Ruppe, Georg, und Andreas Stückler. 2015. *Österreichische Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie; Zusammenwirken von Gesundheit, Lebensgestaltung und Betreuung*. Wien: ÖPIA Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/4/7/6/CH1104/CMS1430841729259/hochaltrigenstudie.pdf> (Zugegriffen Mai 11, 2016).
- Seidl, Elisabeth, Marta Staňková, und Ilse Marie Walter, Hrsg. 2000. *Autonomie im Alter: Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege*. Wien: Maudrich.
- SeneCura, Kliniken- und HeimebetriebsgmbH. 2016. SeneCura - Fit & Beweglich 77+. <https://www.senecura.at/angebot/fit-beweglich-77/> (Zugegriffen Januar 1, 2017).
- Spruchwort aus Griechenland. o. J. Fürchte das Alter, denn es kommt nicht allein. | Aphorismen.de. <https://www.aphorismen.de/zitat/18262> (Zugegriffen Mai 24, 2016).
- Spruchwort aus Polen. o. J. Frag den Alten nicht „Wie geht es dir?“, sondern "Was schmerzt dich he... | Aphorismen.de. <https://www.aphorismen.de/zitat/18428> (Zugegriffen Mai 24, 2016).
- Team Österreich. 2017. Team Österreich: Teilnahmebedingungen - Ö3 Team Österreich. <http://oe3.orf.at/teamoesterreich/stories/2591717/> (Zugegriffen Januar 4, 2017).
- WHO. 2002. AktivAltern - WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67215/2/WHO_NMH_NPH_02.8_ger.pdf (Zugegriffen August 19, 2016).
- Wingefeld, Klaus, Barbara Gansweid, und Andreas Büscher. 2010. Definition der Pflegebedürftigkeit. *Sozialer Fortschritt* 59: 53–60.

Zimmermann, Harm-Peer. 2013. *Altern in unserer Zeit: späte Lebensphasen zwischen Vitalität und Endlichkeit*. Hrsg. Thomas Rentsch, Harm-Peer Zimmermann und Andreas Kruse. Frankfurt: Campus.

Zimmermann, Harm-Peer. 2012. Symposium Altern in unserer Zeit - YouTube. https://www.youtube.com/results?search_query=Symposium+Altern+in+unserer+Zeit (Zugegriffen November 2, 2016).