



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

Frailty – Gebrechlichkeit – eine Frage der Einstellung oder des Alters?

Das medizinische, altersassoziierte Konstrukt Frailty: Im Einklang mit
oder im Widerspruch zu subjektiven Theorien hochalter Menschen?

Eine qualitative Untersuchung

Verfasserin

Veronika Heger

Angestrebter akademischer Grad
Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber

INHALTSVERZEICHNIS

INHALTSVERZEICHNIS.....	3
DANKSAGUNG.....	7
THEORETISCHER TEIL.....	9
1. Einleitung.....	9
2. Das Alter.....	10
3. Demographische Daten.....	11
4. Frailty.....	13
4.1. Auseinandersetzung mit dem Begriff.....	13
4.2. Definitionsversuche.....	13
4.2.1. Multidimensionalität.....	15
4.2.2. Frailty als dynamischer Prozess.....	16
4.2.3. Vorhersage für negative Outcomes.....	20
4.2.4. Abgrenzung zu Krankheit, Komorbidität und Behinderung	21
Frailty und Multimorbidität	21
Frailty und Behinderung.....	23
4.3. Frailty- Screeninginstrumente.....	27
4.4. Frailty als Syndrom.....	31
4.5. Einflussfaktoren, Risikofaktoren, Lebensstilfaktoren.....	32
Rauchen.....	32
Depression.....	32
Selbsteingeschätzte Gesundheit.....	32
Ernährung, Gewicht und Essverhalten.....	32
Stürze.....	33
Körperliche Inaktivität.....	33
Prefrailty.....	33
4.6. Frailty und Alter.....	33
4.7. Frailty und Geschlecht.....	35
4.8. Pathophysiologie.....	35

4.9. Prävention.....	37
Primäre Prävention.....	37
Sekundäre Prävention.....	37
Tertiäre Prävention.....	37
5. Subjektive Krankheitstheorien.....	39
5.1. Gesundheit und Krankheit.....	39
5.1.1. Wie stehen Gesundheit und Krankheit zueinander?.....	40
5.1.2. Krankheitsmodelle	40
Das bio-medizinische Krankheitsmodell.....	41
Das biopsychosoziale Krankheitsmodell.....	41
5.1.3. Salutogenese.....	41
5.2. Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit.....	43
EMPIRISCHER TEIL.....	49
1. Überblick über das Forschungsvorhaben.....	49
2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring: Allgemeine Rahmenbedingungen	50
3. Bestimmung des Ausgangsmaterials.....	51
3.1. Erhebungsort Akutgeriatrie.....	51
3.2. Stichprobe.....	52
3.3. Fallbeschreibungen der zehn interviewten Personen.....	53
3.4. Tabellarischer Überblick über alle Daten der interviewten Personen.....	62
3.5. Entstehungssituation des Materials.....	64
3.5.1. Halbstandardisiertes Einzelinterview.....	65
3.5.2. Weitere Erhebungsinstrumente.....	66
3.5.3. Ausschlusskriterien.....	67
4. Fragestellung der Analyse.....	68
5. Auswertung.....	69
5.1. Ablaufmodell der Analyse.....	69
5.2. Interpretation der Interviews.....	70
5.2.1. Hauptkategorie 1: Bedeutung des Begriffs Gebrechlichkeit.....	71
Subkategorie 1: Verschlechterung der Mobilität.....	71
Subkategorie 2: Abhängigkeit von Fremdhilfe.....	72

Subkategorie 3: Hilflosigkeit.....	73
Subkategorie 4: altersbedingter Abbau	73
Subkategorie 5: reduzierte Belastbarkeit.....	74
5.2.2. Hauptkategorie 2: Dimensionen der Gebrechlichkeit.....	74
Subkategorie 1: geistige Gebrechlichkeit.....	75
Subkategorie 2: Seelische Gebrechlichkeit.....	75
Subkategorie 3: Soziale Gebrechlichkeit.....	76
5.2.3. Hauptkategorie 3: Vorbeugende Maßnahmen, um Gebrechlichkeit zu verhindern.....	77
Subkategorie 1: Vorsicht walten lassen, um Stürze zu vermeiden.....	77
Subkategorie 2: Auf den Körper hören.....	78
Subkategorie 3: Lebensstilfaktoren.....	78
Subkategorie 4: Verfolgen von Zielen.....	79
Subkategorie 5: kein Einfluss auf die Entstehung von Gebrechlichkeit.....	79
5.2.4. Hauptkategorie 4: Positive Einflussfaktoren auf den Zustand der Gebrechlichkeit.....	80
Subkategorie 1: Positive Gefühle durch Sozialkontakte.....	80
Subkategorie 2: Freuden und Aufgaben im Alltag.....	81
Subkategorie 3: Geistige Herausforderung.....	81
Subkategorie 4: Kompensation durch technische Geräte.....	82
Subkategorie 5: Selbstständigkeit erleben.....	82
Subkategorie 6: Willenskraft.....	83
5.2.5. Hauptkategorie 5: Gesundheit.....	84
Subkategorie 1: Definition der Gesundheit über einen kurzen, positiv konnotierten, emotionalen Satz.....	84
Subkategorie 2: Definition über das Befinden.....	84
Subkategorie 3: Freude am Leben.....	85

Subkategorie 4: Aktivitäten.....	85
Subkategorie 5: intellektuelle Herausforderung.....	85
5.2.6. Hauptkategorie 6: Krankheit.....	86
Subkategorie 1: Definition der Krankheit über einen kurzen, negativ konnotierten, emotionalen Satz.....	86
Subkategorie 2: Definition über das Allgemeinbefinden.....	87
Subkategorie 3: Psychische Krankheit.....	87
Subkategorie 4: Krankheit als Fehlen von Gesundheit.....	87
6. Beantwortung der Forschungsfragen.....	88
DISKUSSION.....	97
ABSTRACT.....	103
ENGLISH ABSTRACT.....	104
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	105
TABELLENVERZEICHNIS.....	105
LITERATURVERZEICHNIS.....	106
ANHÄNGE.....	118
1. Leitfaden.....	118
2. Einverständniserklärung.....	119
3. Datenblatt.....	120
4. Mini Mental State Examination.....	120
5. Geriatrische Depressionsskala.....	120
6. Barthel Index.....	120
7. IADL-Skala.....	120
8. Groningen Frailty Indicator in Originalversion und deutscher Übersetzung.....	120
LEBENS LAUF.....	124
ORIGINALITÄT SERKLÄRUNG.....	125

DANKSAGUNG

An erster Stelle möchte ich mich bei Ao. Univ.-Prof. Dr. Germain Weber dafür bedanken, dass er meine Diplomarbeit zur Betreuung übernommen hat. Auch dem Team der Studienassistenten¹ Matthias, Katharina und Judith, das stets aufmunternde Worte und kompetente Anregungen bereithielt, gebührt mein Dank.

Ein besonderes Dankeschön möchte ich Mag. Stefan Hammer aussprechen, der mir eine unerlässliche Unterstützung bei allen computertechnischen Belangen war und mir enorm geholfen hat, mein Wissen in diesem Bereich zu erweitern.

Meine Tochter Isabel, die gerade an ihrer Masterarbeit in Sinologie schreibt, hat ebenfalls ganz wesentlich dazu beigetragen, dass diese Arbeit fertiggestellt werden konnte. Sie hat wertvolle Diskussionen mit mir geführt, kritisch Korrektur gelesen und nicht zuletzt ihren eigenen Ehrgeiz auf mich übertragen.

Weiters danke ich meinen Söhnen Benedikt und Lorenz, beide auch bereits Studenten, die mich nicht nur immer wieder aufgemuntert, sondern auch laufende PC- Probleme für mich gelöst haben.

Meiner Mutter gebührt besonders großer Dank. Sie ist selbst bereits hochalt, fasziniert alle in ihrem Umfeld aber täglich aufs Neue durch ihren ausgezeichneten funktionellen Zustand, ihre hochgeistigen Interessen und ihre uneingeschränkte Mobilität. Sie ist das beste Beispiel dafür, dass man auch mit 89 Jahren weder körperlich noch geistig gebrechlich sein muss. Sie hat mich zu jeder Zeit meines Studiums unterstützt und ihre Freude über meinen Abschluss nach so vielen Jahren ist groß.

Ich danke meinen Geschwistern und deren Familien für ihr Interesse und ihre motivierenden Worte und den besonders guten familiären Zusammenhalt, der mir sehr wichtig ist. Meinem Bruder Hansi danke ich außerdem herzlich dafür, dass er mir die zeitaufwendige Transkriptionsarbeit abgenommen hat.

Meine ganze Familie hat immer an mich geglaubt und mir viel Liebe und Zuneigung geschenkt. Daraus habe ich in jeder Phase meiner Diplomarbeit Kraft geschöpft.

¹ Für eine bessere Lesbarkeit wird in der gesamten Arbeit auf genderneutrale Formulierungen verzichtet. Wenn nicht näher definiert, sind selbstverständlich stets beide Geschlechter gemeint.

Danke auch meinem Freundeskreis Gabi, Raphi, Helga, Markus, Georg, Hans und Thomas für ihr Interesse, ihren Zuspruch und all ihre aufmunternden Worte. Wolfgang danke ich dafür, dass er mir sein spezielles Aufnahmegerät zur Verfügung gestellt hat.

Und last but not least: Danke an meine Station, meine unmittelbaren Arbeitskolleginnen und Ärzte der AGR², ganz besonders an Frau Primaria Sommeregger, die mir von Anfang an jede Unterstützung bei meiner Diplomarbeit zugesagt hat, und Herrn OA Frühwald, den ich sehr schätze und der mir mit seinem beeindruckenden geriatrischen Fachwissen immer wieder Fragen beantwortet, Artikel beigesteuert und mich auf viele interessante Vorträge hingewiesen hat, die meinen Horizont erweitern konnten.

Danke all meinen hochaltrigen Interviewpartnern, die mir ihre Zeit geschenkt und ihre Ansichten mitgeteilt haben. Ohne ihre aktive Mitarbeit wäre die vorliegende Arbeit nicht zustande gekommen. Ich habe jeden einzelnen von ihnen in wertschätzender und guter Erinnerung!

2 Akutgeriatrie und Remobilisation, fortan als AGR abgekürzt

THEORETISCHER TEIL

1. Einleitung

Unser Leben in den Industrieländern Anfang des 21. Jahrhunderts ist vom demographischen Wandel geprägt: Zunehmende Langlebigkeit steht einem Geburtenrückgang gegenüber, sodass unsere Gesellschaft überaltert, bzw. anders ausgedrückt, „unterjüngert“. In etwa 30 Jahren werden 40 % der Bevölkerung über 60 Jahre alt sein. Erhöhte Lebenserwartung führt auch zur Zunahme der über 80- und 90-jährigen, selbst 100-jährige sind keine Seltenheit mehr (bmask, 2009). Obwohl die heutigen hochalten Menschen länger gesund und kompetent bleiben, wachsen ihre altersbedingten Probleme und Schwierigkeiten, wobei große individuelle Unterschiede im Alterungsprozess zu beobachten sind.

Gerontopsychologie ist in zunehmendem Maße Thema der Gegenwart. Sie befasst sich mit dem Anteil des Erlebens und Verhaltens des Menschen, der dem Alterungsprozess zuzuschreiben ist sowie auch mit dessen Beeinflussbarkeit (Oswald, Gatterer, & Fleischmann, 2008).

Frailty – Gebrechlichkeit – nimmt in diesem Kontext einen neuen Schwerpunkt ein, denn dieses im medizinischen Bereich seit über 20 Jahren vielbeachtete Konstrukt ist auch von gerontopsychologischer Seite von zunehmendem Interesse, zumal es ein altersassoziiertes Konstrukt ist, die Wahrscheinlichkeit, frail zu werden, mit zunehmendem Alter steigt, und nicht nur körperliche Veränderungen zu erwarten sind, sondern auch einschneidende psychische und soziale Folgen für den Betroffenen erlebbar werden (Hebert, 1997; Rockwood, Fox, Stolee, Robertson, & Beattie, 1994).

Frailty beschreibt also den Zustand alter Menschen, die chronische Gesundheitsprobleme haben und Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag verspüren. Dieser wird sich ohne Intervention mit großer Wahrscheinlichkeit weiter verschlechtern.

Der Verlust von Ressourcen und Funktionen in verschiedenen Bereichen, interagierend mit psychischen und sozialen Problemen, bringt den gebrechlichen Menschen aus dem Gleichgewicht und minimiert seine Fähigkeiten, mit auftretenden Stressoren adäquat umzugehen. Frailty führt somit zu erhöhter Vulnerabilität und zu bedeutungsvollen negativen Veränderungen, sowohl im persönlichen als auch im gesundheitspolitischen Bereich. (Fried et

al., 2001) Mobilitätseinschränkungen, die zu Behinderungen und gehäufter Sturzneigung führen, erhöhte Anzahl von Spitalweisungen und langfristige Institutionalisierungen, und letztlich steigende Mortalität sind nur einige der vorhersagbaren „Outcomes“, die zu persönlichen Krisen und finanziellen Folgen für die Gesellschaft führen. (Fried et al., 2001) Frailty kann in diesem Sinne als Indikator für den Gesundheitszustand alter Menschen gesehen werden.

Bei aller wissenschaftlichen Beschäftigung mit Frailty wird die subjektive Sicht der alten Bevölkerung zu diesem Thema weitgehend außer Acht gelassen. Was bedeutet Gebrechlichkeit für einen alten Menschen? Wie definiert er selbst diesen Begriff und welche Bereiche und Folgen assoziiert er damit? Subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien widmen sich seit langem diesen sogenannten Laienanschauungen und stellen sie den Expertenmeinungen gegenüber (Faltermaier, 1998; Flick, 1998a).

In dieser Arbeit soll Frailty im Kontext von Gesundheit, Krankheit und Funktionsbehinderung, unter Einbeziehung der subjektiven Meinungen alter Menschen, von einer Schwarz-Weiß-Darstellung weg, hin zu einer dynamischen Sichtweise betrachtet werden.

Die Befragung hochalter Menschen auf der Akutgeriatrie des Krankenhauses Hietzing soll Aufschluss über deren subjektive Sichtweise geben und im Vergleich zu objektiven Daten eines Frailty-Diagnoseinstruments betrachtet werden.

2. Das Alter

Das Wort „Alter“ geht auf den indogermanischen Wortstamm „al“ = wachsen zurück (Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus, 2007, S. 30,31), hat also eigentlich eine positive Konnotation. In heutiger Zeit ist das Altern und das Altsein jedoch bedauerlicherweise mit einem negativen Beigeschmack behaftet. Alleine die Phrase: „Überalterung unserer Gesellschaft“ klingt nach negativer Beurteilung. Gesundheitliche Folgen und soziale Beeinträchtigungen des Alterungsprozesses sind mit negativen Stereotypen belegt, gesellschaftlich tabuisiert und oft mit Aversionen gegen den alten Menschen behaftet. Der bedeutende Gerontologe Butler (1989) bezeichnet diese neue Form der Diskriminierung als „ageism“ (S. 139).

Im naturwissenschaftlichen Verständnis spricht man wertfrei von „einer der Zeit

unterworfenen Veränderung“ (Renteln-Kruse, 2008). Die Begriffe „Dynamik“ und „Veränderung“ werden sich in vielen Kapiteln dieser Arbeit wiederfinden und beschreiben den Alternsprozess trefflich. Nicht nur interindividuell gibt es enorme Unterschiede, auch intraindividuell muss der Prozess des Alterns keinen kontinuierlichen Verlauf haben: Phasen von Leistungseinbußen, aufgrund von akuten Erkrankungen oder sozialen Belastungen, können sich mit guten Phasen abwechseln (Lehr, 2006). Alte Menschen sind eine sehr heterogene Gruppe, ihr biologisches und kalendarisches Alter können stärker differieren als in anderen Altersgruppen: Der völlig selbständige Alte steht dem komplett auf Hilfe und Betreuung in einer Pflegeeinrichtung angewiesenen Alten gegenüber.

Die ältesten der Alten, die sogenannten Hochaltrigen, stellen diejenige Bevölkerungsgruppe dar, die am stärksten im Wachsen begriffen ist. Die ÖPIA (Österreichische Plattform für Interdisziplinäre Altersfragen) definiert Hochaltrigkeit für ihre Interdisziplinäre Hochaltrigenstudie forschungspraktisch als „signifikantes Überschreiten der durchschnittlichen Lebenserwartung“, die 2010 laut Statistik Austria für Frauen bei rund 83 Jahren, für Männer bei rund 78 Jahren lag. So gesehen gelten Frauen ab 85, Männer ab 80 Jahren als hochaltrig. Über Hundertjährige werden als Centenarians bezeichnet (bmask, 2009).

Andere chronologische Alterseinteilungen, die zwischen „jungen Alten“ und „alten Alten“, mit unterschiedlichen Altersangaben innerhalb der Kategorien, unterscheiden, werden absichtlich nicht genauer erwähnt, da solche Einteilungen angesichts der Tatsache der Heterogenität der Individuen unabhängig vom chronologischen Alter in ihrer Sinnhaftigkeit zu hinterfragen sind. Es sollte das „functional age“ ausschlaggebend sein, das sich auf Fähigkeiten und Fertigkeiten der einzelnen Personen in verschiedenen Bereichen bezieht (Lehr, 2003).

3. Demographische Daten

Demographische Alterung bezeichnet die Zunahme des Durchschnittsalters einer Bevölkerung. Altersstrukturveränderungen entstehen zum einen durch starken Geburtenrückgang (Fertilitätsprozess) und daraus resultierendem geringerem Bevölkerungswachstum (in Österreich liegt die durchschnittliche Kinderzahl bei 1,4), zum anderen durch Zugewinn der Lebenserwartung. Anfang des 20. Jahrhunderts war die

steigende Lebenserwartung bedingt durch den Rückgang der Säuglings- und Kindersterblichkeit, Ende des Jahrhunderts durch die Abnahme der Mortalität im höheren Lebensalter (Mortalitätsprozess) (Renteln-Kruse, 2008).

Die durchschnittliche Lebenserwartung lag, wie bereits erwähnt, 2010 für Frauen bei der Geburt bei 83,15, für Männer bei 77,7 Jahren (Statistik Austria, 2011). Fernere Lebenserwartung kann als „durchschnittliche Lebenserwartung für ein bereits erreichtes Lebensalter“ definiert werden (bmask, 2009, S. 51).

Durch Kenntnis dieser Definitionen ergibt sich interessantes Wissen, beispielsweise über einen 85-jährigen, 1927 geborenen Mann (Stichtag: 1.1.1927). Mit dem Stichtag 1.1.2012 hat er eine fernere Lebenserwartung von 4,98 Jahren, wird also durchschnittlich 89,89 Jahre erreichen. Für eine Frau unter den gleichen Gegebenheiten beträgt die fernere Lebenserwartung 5,8 Jahre, sie wird also durchschnittlich 90,8 Jahre alt werden. Ebenso berechnet erreichen 1922 geborene 90-jährige ein Alter von 93,41 bzw. 93,86 Jahren (berechnet mit dem Tool zur Berechnung der ferneren Lebenserwartung der Statistik Austria³). Vom Phänomen der doppelten Alterung spricht man, wenn bei insgesamt steigender Anzahl alter Menschen innerhalb dieser Gruppe auch eine wachsende Anzahl der Hochaltnen zu verzeichnen ist (bmask, 2009).

Einige Zahlen aus Österreich zur Veranschaulichung dieses Prozesses: Heute leben 8.387.742 Menschen in Österreich. Davon waren im Jahre 2010 187.367 Personen 85 Jahre und älter (Statistik Austria, 2011, S. 52). Bereits im Jahre 2026 werden doppelt so viele Menschen im Alter von 85 und älter in Österreich leben wie heute, im Jahre 2050 viermal so viele. Derzeit sind 11.608 Personen 95 Jahre und älter, bis 2050 wird sich diese Zahl vervierfachen. Etwa 1200 Personen sind gegenwärtig 99 Jahre und älter, 2050 werden es hochgerechnet 5500 sein. Auch die Zahl der Centenarians steigt kontinuierlich. (bmask, 2009, S. 48) Aufgrund der höheren Lebenserwartung und als Folge der Verluste von zwei Weltkriegen gibt es einen höheren Anteil von Frauen in der hochaltrigen Bevölkerung, der sich in Folge des Wegsterbens der Kriegsgeneration verringern wird (bmask, 2009).

Diese demographischen Daten wurden deshalb so ausführlich behandelt, weil sie die Bedeutung der Aufmerksamkeit, die auf die hochbetagte Generation gerichtet werden muss, veranschaulichen.

³ <http://www.statistik.at/Lebenserwartung/Start.jsp>

4. Frailty

4.1. Auseinandersetzung mit dem Begriff

„Frailty“ wird auf Deutsch mit „Gebrechlichkeit“ oder „Schwäche“ übersetzt (Deuter, 2004, S. 243). Nachdem keines dieser Worte dem englischen Begriff für das medizinische Konstrukt Frailty gerecht wird, da sie nur Einzelaspekte erfassen und die ganzheitliche Bedeutung von Frailty außer Acht lassen, spricht man auch im deutschsprachigen Raum unter Geriatern und Experten von Frailty. In der Allgemeinbevölkerung ist der Begriff Frailty nahezu unbekannt, wohingegen Worte wie Gebrechlichkeit sehr wohl im Sprachgebrauch zu finden sind.

Erstmals wurde der Begriff 1978 vom Federal Council Of Aging (FCA) in den USA als „frail elderly“ eingeführt, um eine spezifische Gruppe alter Menschen wie folgt zu beschreiben: „persons, usually but not always, over 75, who because of an accumulation of various continuing problems often require one or several supportive services in order to cope with daily life.“ (zitiert nach Gobbens, Luijckx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2009, S. 76) In der Literatur ist Frailty oft mit Hoffnungslosigkeit, Abhängigkeit, Verlusten und dem Fehlen von positiven Perspektiven verbunden (Brown, Renwick, & Raphael, 1995).

In den letzten Jahren ist in Fachkreisen ein exponentieller Anstieg von Publikationen über Frailty zu erkennen. Trotz dieses vermehrten Interesses an dem Thema gibt es bis heute keine einheitliche, allgemeingültige Definition, sondern nur eine Vielzahl von Definitionsversuchen, um diesem Konstrukt gerecht zu werden.

4.2. Definitionsversuche

In Frieds „Frailty in older adults“ (2001) ist folgende Definition zu finden, die Geriater bis heute vermehrt verwenden: Frailty „[is] a biologic syndrome of decreased reserve and resistance to stressors, resulting from cumulative declines across multiple physiologic systems and causing vulnerability to adverse outcomes.“ (Fried et al., 2001, S. M146)

Wissenschaftler verschiedener Disziplinen aus 13 Staaten kamen im Zuge des „Second International Working Meeting on Frailty and Aging“ im Jahre 2006 in Montreal zur Übereinkunft, dass die erhöhte Vulnerabilität gegenüber Stressoren in multiplen Systemen das Hauptmerkmal von Frailty darstellt, das zum Verlust der Homöostase und Abnahme der Resilienz führt (Bergman et al., 2007).

Jones et al. (2004) beschreiben einen vulnerablen Gesundheitszustand, der sich aus der komplexen Interaktion von medizinischen und sozialen Problemen ergibt, zu reduzierter Fähigkeit auf Stressoren zu reagieren, führt, und mit einem Rückgang der funktionellen Fähigkeiten assoziiert ist. Woo et al. (2010) wiederum möchten, dass auch Umweltfaktoren inkludiert werden, wenn sie Frailty als Verschlechterung, die mit dem Alter auftritt, aber behandelbar und reversibel ist, diskutieren. Campbell et al. (1997) definieren Frailty als „a loss of the person’s capability to withstand minor environmental stresses“ (S. 316). Für Raphael et al. (1995) ist Frailty die nachlassende Fähigkeit der Menschen, die wichtigen praktischen Aktivitäten im täglichen Leben und ihre sozialen Rollen auszuüben. Frailty kann also als Ausdruck davon gesehen werden, dass dem Organismus adaptive Kapazitäten fehlen, um mit schwierigen Herausforderungen umzugehen (Song, Mitnitski, & Rockwood, 2010).

Eine ältere Definition von 1989 bezeichnet die von Frailty betroffenen Alten als alte, geschwächte Individuen, die ohne erhebliche Hilfe durch andere nicht überleben können (Gillick, 1989). Frailty ist in letzter Konsequenz auch als „Pre-Death-Syndrome“ definiert (Isaacs, Mckechan, Gunn, Mcmillan, & Neville, 1971; Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003).

Diese Auswahl von Definitionen erhebt keinesfalls den Anspruch auf Vollständigkeit. Allen Definitionen gemeinsam ist letztlich das Fehlen von adaptiven Kapazitäten oder Ressourcen, die Voraussetzung sind, um die vielseitigen Herausforderungen des täglichen Lebens meistern zu können. Wie man sieht, ist das Angebot an Definitionsmöglichkeiten jedoch vielseitig und durch unterschiedliche Schwerpunkte der angeführten Kriterien gekennzeichnet. Das mag – in lesender Abfolge betrachtet – einen breiten Überblick über die Thematik geben, wird jedoch kritisch, wenn man versucht, eine operationale Definition zu formulieren und Kriterien zur Erfassung des Konstruktes zu bestimmen.

Gobbens (2009) fordert in seiner Literaturübersicht zum Thema Frailty aus diesem Grund folgende Kriterien von einer erfolgreichen Definition (Gobbens et al., 2009):

1. multidimensionale Herangehensweise
2. dynamischer Prozess
3. Vorhersage negativer Outcomes
4. Krankheit, Komorbidität und Behinderung dürfen nicht eingeschlossen werden
5. Praktikabilität

Anhand der ersten vier Punkte lässt sich das Konstrukt der Gebrechlichkeit umfassend beschreiben. Diese Kriterien werden den Rahmen für die weitere differenzierte Auseinandersetzung mit dem Begriff Frailty bilden. Die Praktikabilität bezieht sich auf die praktische (benutzerfreundliche und zeitsparende) Durchführbarkeit der Screening-Verfahren sowie auf konkrete Aspekte, die Interventionen nach sich ziehen. Innerhalb des Textes wird kurz darauf eingegangen, dieser Punkt jedoch nicht gesondert behandelt.

4.2.1. Multidimensionalität

Die multidimensionale Natur des Konzepts erfordert eine ganzheitliche Sichtweise auf den Menschen und eine multidisziplinäre Herangehensweise: Nur unter diesen Voraussetzungen kann das Auftreten von Frailty verhindert oder eine Verschlechterung hintangehalten werden. Alte Menschen, die noch in ihrer häuslichen Umgebung leben, werden im Anfangsstadium der Gebrechlichkeit oft übersehen. Nicht nur praktische Ärzte, auch Pflegepersonen, Hauskrankenpfleger, Heimhilfen, Ergo- und Physiotherapeuten und andere Berufsgruppen sind in ihrer Aufmerksamkeit diesem multiprofessionellen Konzept gegenüber gefordert.

Ein multidimensionales Konzept betrachtet das komplexe Zusammenspiel zwischen körperlicher, psychologischer und sozialer Dimension. Die Faktoren Ernährungsstatus, körperliche Aktivität, Beweglichkeit, Kraft, Energie, Kognition, Stimmung und soziale Kontakte lassen sich diesen drei Bereichen zuordnen (Markle-Reid & Browne, 2003). Alte Menschen erleben den Verlust von Ressourcen oft gleichzeitig in verschiedenen Bereichen, genau das lässt sie frail werden (Schuurmans, Steverink, Lindenberg, Frieswijk, & Slaets, 2004). Es ist eine der essentiellen Herausforderungen in der Geriatrie und Gerontopsychologie, die Interaktion dieser komplexen Dimensionen zu beachten, um Verluste in den multiplen Funktionsbereichen zu identifizieren. Denn diese Verluste sind es, welche letztlich die Reservekapazitäten der Betroffenen mindern, die gebraucht werden, um mit möglichen Stressoren umzugehen, und welche somit zu erhöhtem Risiko für negative Outcomes führen. (Fried et al., 2001)

Multidimensionales Denken sollte den Fokus auf die Vielschichtigkeit der Bedürfnisse des gebrechlichen Menschen lenken. Individuelle Kontextfaktoren sowie subjektive Wahrnehmung und gelebte Erfahrung in der Interaktion der einzelnen Dimensionen werden dabei jedoch oft unbeachtet gelassen (Becker, 1994). Markle-Reid (2003) weist auf die subjektive Sichtweise der alten Menschen hin, indem sie schreibt: „The components of frailty

have been predominantly defined in an 'objective' way, that is inadequate to represent its complex, holistic and unique meaning for individuals.“ (S. 65)

Die weitaus größte Anzahl an Publikationen beschäftigt sich ausschließlich mit körperlichen Markern, was der ursprünglich rein medizinischen Herangehensweise entspricht und unter dem Ausdruck „Physical Frailty“ subsumiert wird (McNamee et al., 1999).

Die multifaktorielle Sichtweise ist auch im Hinblick auf präventive Maßnahmen und therapeutische Interventionen wichtig, die zum Ziel haben, Defizite aus den unterschiedlichen Bereichen hintanzuhalten, beziehungsweise auszugleichen oder zu verbessern.

Im Kapitel 4.3 Frailty-Instrumente wird ein Überblick über einige ausgewählte Frailty-Instrumente gegeben, um sie konkret aus dem Blickwinkel der Multidimensionalität zu beschreiben.

4.2.2. Frailty als dynamischer Prozess

Frailty sollte unbedingt als ein dynamisches Konzept betrachtet werden. Jedes Individuum kann zu einem bestimmten Zeitpunkt auf einem Kontinuum platziert werden, bei dem es Übergänge in beide Richtungen gibt, abhängig von unterschiedlichen Interventionen aber auch Persönlichkeitsfaktoren. Es wird also auf einem Kontinuum zwischen den Polen frail und robust veränderbar angesiedelt. (Gobbens et al., 2009; Markle-Reid & Browne, 2003) Eine dichotome Bewertung frail – nicht-frail wird der dynamischen Natur des Konstruktes nicht gerecht (de Vries et al., 2011; Mitnitski, Song, & Rockwood, 2004). Anders ausgedrückt: Frailty ist kein „all or nothing phenomena“ (Markle-Reid & Browne, 2003, S. 64).

Bortz (1993) platziert Frailty und Vitality (Lebendigkeit, Energie) an die beiden Pole eines Kontinuums. Raphael et al. (1995) beschreiben ein „Frailty-Widerstandsfähigkeits-Kontinuum“, bei welchem sie die komplexe Wechselwirkung zwischen Persönlichkeitsfaktoren (psychische, physische, kognitive und spirituelle) und Umgebungsfaktoren (Wohnsituation, finanzielle und soziale Faktoren) betrachten, die jedes Individuum, im Ausmaß der Abhängigkeit von anderen, auf dem Kontinuum determiniert (Raphael et al., 1995).

Ein Kontinuum ist etwas lückenlos Zusammenhängendes, etwas, das von Anfang bis zum Ende nicht unterbrochen wird (Duden, 2011). Auf einem Kontinuum gibt es keine exakte

Trennung, sondern gleichzeitiges Vorhandensein verschiedener Zustände, in diesem Fall Abstufungen zwischen den Polen robust und gebrechlich. Analog zu Antonovskys Krankheits-Gesundheits-Kontinuum (1987), das im Kapitel der subjektiven Krankheitstheorien erklärt wird, wird jeder alte Mensch, abhängig von den physischen, sozialen und psychischen Belastungen, welchen er täglich in unterschiedlichem Ausmaß ausgesetzt ist, irgendwo auf dem Kontinuum lokalisiert sein, wohl niemals in exakt gleicher Position, sondern dynamisch veränderbar. Wenn man sich diese Bewegung auch klein vorstellen muss, so liegt ihre Bedeutung in der Vorstellung der Veränderbarkeit und Dynamik im Gegensatz zu einer starren, unveränderlichen Einteilung, welche der Beschreibung des Zustands eines Menschen, im gegebenen Fall eines alten Menschen, niemals gerecht werden kann.

Nicht zu vergessen ist auch dabei die subjektive Wahrnehmung: das Ausmaß der Gebrechlichkeit ist in seiner Kontextabhängigkeit stark beeinflusst durch die subjektive Wahrnehmung jedes alten Menschen (Markle-Reid & Browne, 2003). Genau auf diese Wahrnehmungen wird im empirischen Teil vorliegender Arbeit der Fokus gelegt.

Die Übergänge zwischen den Stadien der nach den Fried-Kriterien diagnostizierten Frailty (nähere Ausführung der Stadien im Kapitel 4.3 Frailty-Instrumente) sind fließend und können sich im Laufe der Zeit verändern. Die verschiedenen Abstufungen sind sensibel für den individuellen, vulnerablen Zustand jedes alten Menschen und sind permanent veränderbar in beide Richtungen (Gill, Gahbauer, Allore, & Han, 2006). Die Wahrscheinlichkeit dafür, dass sich der alte Mensch vom Stadium der Prefrailty in Richtung robust verbessert, ist zwar geringer als umgekehrt, jedoch besteht sie, wohingegen der Übergang von frail zu robust nur mit äußerst geringer Wahrscheinlichkeit von 0-0,9% auftritt. Dies belegten Gill et al. (2006) in einer Studie. Von 754 Teilnehmern hatten 434 (57, 6%) im Zeitraum von 54 Monaten zumindest einen Übergang zwischen zwei der drei Stadien (Einteilung nach modifizierten Fried-Kriterien).

Auch Rockwood et al. (1994) stellen sich der „all or nothing“-Sichtweise von Frailty entgegen (S. 489). Sie sehen die Grenzen zwischen Risikostatus und funktioneller Abhängigkeit verschwimmend und verweisen auf ein Waagschalenmodell (siehe Fehler: Referenz nicht gefunden) von Brocklehurst (1985). Dieses Modell bietet eine Alternative zur Kontinuumstheorie und zeigt gleichzeitig eine andere Art von Dynamik, die bei der

Auseinandersetzung mit Frailty gut nachvollziehbar und vorstellbar ist: Brocklehurst (1985) platziert biomedizinische und psychosoziale Komponenten in beide Waagschalen. Die eine Seite besteht aus den Vermögenswerten eines Menschen, bestehend aus der Gesundheit inklusive funktioneller Kapazität, den Ressourcen (sozial, spirituell, umweltbedingt und finanziell) und der positiven Einstellung gegenüber der Gesundheit. Die zweite Waagschale besteht aus Defiziten, sprich Krankheiten, funktionellen Einschränkungen und Abhängigkeiten in den Alltagshandlungen⁴ (ADL), sowie den Belastungen der Betreuungspersonen.

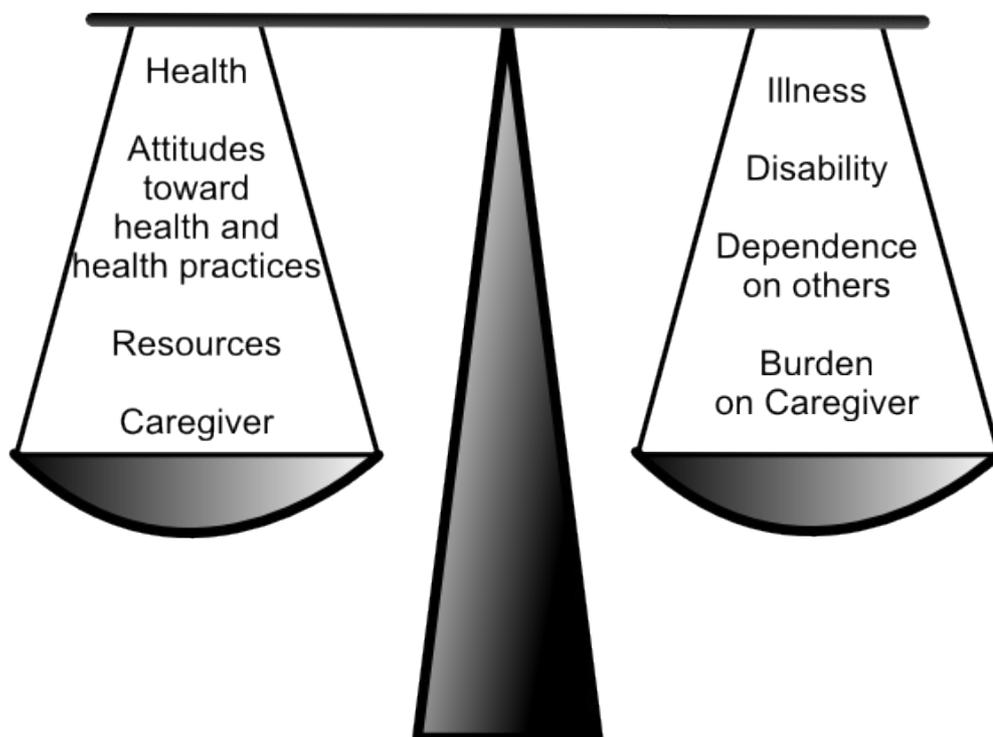


Abbildung 1: „Model of breakdown“: Dynamisches Waagschalenmodell von Brocklehurst (1985). Aus der Balance zwischen den „assets“ und den „deficits“ kann abgelesen werden, ob die Person unabhängig leben kann (Rockwood et al., 1994).

Dynamik bekommt das Modell durch die Beweglichkeit der Waage, sprich dem komplexen Zusammenspiel aller beteiligten Faktoren zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Überwiegen die Assets – die Vermögenswerte – so kann der alte Mensch in Unabhängigkeit leben. Überwiegen die Defizite, so wird er in Abhängigkeit von anderen, möglicherweise in einer

⁴ Activities of Daily Living, fortan als ADL abgekürzt

Institution, leben müssen. Hält sich die Waage die Balance, so handelt es sich um einen von Frailty betroffenen alten Menschen, mehr oder weniger von Fremdhilfe abhängig, und in instabilem Status, der leicht nach beiden Seiten veränderbar ist. Kleinste auftretende Defizite unterschiedlicher Natur können die Balance ins Kippen bringen. Frailty wird hier als unsichere Balance veranschaulicht, was den Zustand gut und anschaulich beschreibt (Rockwood et al., 1994).

Bezogen auf Brocklehurst's „model of breakdown“ (1985) definieren Rockwood et al. (1994) gebrechliche alte Menschen also als jene, bei welchen sich die für die Erhaltung der Gesundheit notwendigen Vermögenswerte und diejenigen Faktoren, welche die Gesundheit bedrohen, in einer gefährlich unsicheren Balance halten. Wichtig scheint auch, die Aufmerksamkeit auf das folgenschwere Risiko dieser Instabilität zu lenken, auf das im nächsten Abschnitt eingegangen wird.

Die selbsteingeschätzte Gesundheit, die im Waagschalen-Modell durch die Antwort auf die Frage „Würden Sie sagen, dass Ihre Gesundheit für Ihr Alter im Allgemeinen exzellent, gut, durchschnittlich, bescheiden oder schlecht ist?“ erhoben wird, gilt als Schlüsselaspekt für die funktionelle Kapazität eines Menschen, was wiederum in die subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien hineinspielt. Man weiß, dass negative Einschätzungen des Gesundheitszustandes – unabhängig vom objektiven Gesundheitszustand – mit erhöhter Mortalität (Mossey & Shapiro, 1982) bzw. mit Pflegeheimeintritten und Spitalsaufenthalten (Roos & Havens, 1991; Roos, Roos, Mossey, & Havens, 1988) korrelieren. Die subjektiven Laienkonzepte, die in Kapitel 5 als komplexe kognitive Gebilde ausführlich beschrieben werden, sind für das Erleben und Verhalten in der Konfrontation mit Krankheit und Gesundheit, aber genauso von Gebrechlichkeit von großer Wichtigkeit. „In addition to symptoms observable by others, many frail elderly people have a negative perception of their health“ (Pel-Littel, Schuurmans, Emmelot-Vonk, & Verhaar, 2009, S. 391).

Von Bedeutung ist der dynamische Prozess der Frailty in erster Linie für die Prävention weiterer Verschlechterung bei ersten Anzeichen von Gebrechlichkeit, um aktiv und gezielt entgegenwirken zu können, egal, welches Modell betrachtet wird. Dieses Wissen macht die Notwendigkeit verschiedener Interventionen deutlich, die den Frailty-Level aktiv und gezielt in die positive Richtung verändern oder die Waagschale auf Seite der Ressourcen verstärken können, beziehungsweise die dazu beitragen, dass ein gewisser Level beibehalten und ein

weiterer Abstieg hintangehalten wird. Darauf wird im Kapitel 4.9 Prävention genauer eingegangen.

4.2.3. Vorhersage für negative Outcomes

Fried et al. (2001) benützten die Daten der „Cardiovascular Health Study“ um zu beweisen, dass für gebrechliche alte Menschen (Frailty Phenotyp) ein signifikant höheres Risiko für Stürze, Frakturen, Mobilitätsverschlechterung, funktionelle Beeinträchtigungen in den ADL und komplexen Alltagsaktivitäten⁵ (IADL), Spitalweisungen, Institutionalisierungen und schließlich Mortalität besteht.

Eine große Anzahl späterer Studien konnte diese signifikanten Zusammenhänge zwischen Frailty und negativen Outcomes bestätigen (Bandeau-Roche et al., 2006; Buchman, Wilson, Bienias, & Bennett, 2009; Ensrud et al., 2007, 2009; Gill, Gahbauer, Han, & Allore, 2010; Hogan, Ebly, & Fung, 1999; Hubbard, Andrew, Fallah, & Rockwood, 2010; Ravaglia et al., 2008; Rockwood & Mitnitski, 2007; Rockwood et al., 2005, 2005, 1994; Rockwood, 2005; Rolfson, Majumdar, Tsuyuki, Tahir, & Rockwood, 2006; Song et al., 2010).

Wegen der durchwegs schlechten Prognosen und vor allem der hohen Sterblichkeit wird fortgeschrittene Frailty, wie bereits erwähnt, oft als „Pre-death-Syndrom“ bezeichnet.

Hubbard et al. (2010) publizierten, dass Frailty zu signifikant niedrigerer Lebenserwartung und höherer Wahrscheinlichkeit, an Diabetes zu erkranken, führen kann (Hubbard et al., 2010).

Aber nicht nur physische, sondern auch psychische Auswirkungen von Frailty sind mehrfach dokumentiert. Geringeres Wohlbefinden und somit „unsuccessful aging“ sind eine Konsequenz von Frailty. Die Vielzahl von Verlusten in verschiedenen Bereichen führt zu einem Verlust der Self-Management Abilities. Darunter werden Fähigkeiten verstanden, die der alte Mensch braucht, um den Verlust an Ressourcen zu verhindern oder um mit diesen Verlusten konstruktiv umzugehen und Wohlbefinden zu erhalten (Schuurmans et al., 2004). Eine signifikant negative Korrelation zwischen Frailty und diesen Self-Management Abilities wurde von Schuurmans et al. (2004) ermittelt. Auch Lebensqualitätsverschlechterung korreliert mit Frailty (Bilotta et al., 2010; Ensrud et al., 2007; Fried et al., 2001). Strawbridge et al. (1998) fanden einen Zusammenhang zwischen geringerer Lebenszufriedenheit und

⁵ Instrumental Activities of Daily Living, fortan als IADL abgekürzt

schlechterer seelischer Gesundheit.

Psychologische Auswirkungen finden insgesamt wenig Beachtung in der Frailty-Literatur. Laut der Publikation von Fillit und Buttlar (2009) ist der Übergang von robust, sprich körperlich unabhängig, zu frail, sprich körperlich abhängig, mit dem Auftreten einer psychologischen Krise verbunden („frailty identity crises“), die bei den Betroffenen mit Bedauern, Trauer und Depression einhergeht und deren Bewältigung eine große psychologische Herausforderung darstellt. Vom alternden Menschen wird eine emotionale und psychische Adaption an den zunehmenden Verlust von Unabhängigkeit und das Erleben einer permanenten Abwärtsspirale gefordert, die er kaum erreichen kann. „Responsible dependency“ (Fillit & Butler, 2009) wäre eine Möglichkeit, die Kontrolle über die erlebten Veränderungen im Zusammenhang mit Energieverlust und Körperwahrnehmung zu erhalten und als aktive Antwort darauf selbst zu bestimmen, wann und wie viel Hilfe benötigt wird. Das setzt positive psychologische und emotionale Adaptionsprozesse an den spürbaren Verlust der Unabhängigkeit voraus und steht passiver Akzeptanz oder Verleugnung entgegen. (Fillit & Butler, 2009)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Frailty nachweisbar zu einer Vielzahl von negativen Outcomes führt, die das Leben und Wohlbefinden des einzelnen Individuums beeinträchtigen, aber auch gesellschaftspolitische Folgen nach sich ziehen.

4.2.4. Abgrenzung zu Krankheit, Komorbidität und Behinderung

Frailty und Multimorbidität

Frailty, als geriatrisches Syndrom, ist klar zu unterscheiden von Multimorbidität und Behinderung, obgleich alle drei Begriffe in Zusammenhang stehen (Fried, Ferrucci, Darer, Williamson, & Anderson, 2004).

Als Komorbidität oder Begleiterkrankung wird „das Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterscheidbaren Krankheiten nebeneinander bei einem Patienten“ bezeichnet, „ohne dass eine ursächliche Beziehung zwischen diesen bestehen muss“ (Psyhyrembel, 2007, S. 1015).

Von Multimorbidität spricht man, wenn bei einer Person gleichzeitig mehrere diagnostizierte chronische Krankheiten bestehen, von welchen keine notwendigerweise mehr im Vordergrund steht als die anderen (Boyd & Fortin, 2010).

„Frailty ist mehr als die Summe von Effekten der vorhandenen chronischen Krankheiten“ (Martin, Syddall, Dennison, Cooper, & Sayer, 2008), darüber herrscht in der Literatur weitgehende Einigkeit. Nichtsdestotrotz gibt es einen Zusammenhang zwischen Frailty und Krankheiten, der eine genauere Betrachtung wert ist. Eine Studie von Fried ergab, dass zwar nur sieben Prozent der alten Menschen, die nach ihren Kriterien als frail eingestuft worden waren, keine der weitest verbreiteten chronischen Krankheiten (dazu zählen beispielsweise kardiovaskuläre Erkrankungen, pulmonale Erkrankungen, Arthritis, Diabestes, Bluthochdruck) hatten, jedoch mehr als 90% der Patienten mit zwei oder mehr Komorbiditäten nicht in die Gruppe der Frailen gehörten. Je mehr chronische Erkrankungen ein alter Mensch hat, umso höher ist jedoch die statistische Wahrscheinlichkeit, frail zu werden. 68% der frailen Alten hatten zwei oder mehr Komorbiditäten. (Fried et al., 2001)

Krankheiten können Frailty an jedem Punkt des Cycle of Frailty, der im Kapitel 4.8 kurz beschrieben und abgebildet ist, initiieren (Fried et al., 2001). Multimorbidität gilt als ätiologischer Risikofaktor für Frailty, zumal das Auftreten mehrerer Krankheiten den Organismus dazu herausfordert, seine Reservekapazitäten zu mobilisieren, die dadurch oft an ihre Grenzen gelangen können. Ressourcen werden dem Körper abverlangt, die er nicht mehr hat, was zu Erschöpfung und Verlust der Homöostase führen kann (Bergman et al., 2007).

Das Vorliegen mehrerer Erkrankungen erhöht also das Risiko, frail zu werden, was Einschränkungen der funktionalen Gesundheit nach sich zieht und die Selbständigkeit und Autonomie der Betroffenen einschränkt. Der Begriff der Autonomie wird im geriatrischen Kontext insofern weiter gefasst, als er das Vorhandensein und Erleben von Wahlmöglichkeiten voraussetzt. Er umfasst sowohl Selbständigkeit als auch Selbstbestimmung. Um autonom zu sein, muss man nicht zwangsläufig in allen Alltagsaktivitäten selbständig sein, sondern man muss selbst bestimmen können, wie und wann man sich etwa Hilfe organisiert (Ryan & Deci, 2006). Hier sei noch einmal auf den Ausdruck „responsible dependency“ (Fillit & Butler, 2009) verwiesen, der bereits erwähnt wurde und meint, dass der Mensch, der den Verlust seiner Unabhängigkeit realisiert, aktiv noch selbst bestimmt, welches Ausmaß an Hilfe er annehmen will.

Andererseits kann aufgrund der zugrundeliegenden Dysregulation des Gleichgewichts auch Frailty bei manchen Menschen dazu führen, dass sie anfälliger dafür sind, eine Krankheit zu entwickeln (Bergman et al., 2007).

Fried (2004) zeigt zwei verschiedene Wege auf, die zu Frailty führen können:

Frailty als Resultat von physiologischen Veränderungen, die das Alter mit sich bringt, welche aber nicht krankheitsbedingt sind und Frailty als weit verbreitetes Endstadium schwerer Krankheit oder Komorbiditäten.

Eine andere Sichtweise zeigen Newman et al. (2001) auf: Sie sehen die Möglichkeit, dass Frailty als Manifestation noch undiagnostizierter oder subklinischer chronischer Krankheiten gesehen werden kann, quasi als Vorbote von Krankheit, ohne die Frailty nicht existiert.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Frailty und Multimorbidität zwei unterschiedliche Bereiche darstellen, die sich jedoch im Alltag überlappen und wechselseitig beeinflussen. Durch die komplexe Beziehung ist eine scharfe Trennung kaum möglich. Es geht vielmehr um das Bewusstsein, dass Frailty einen eigenständigen Begriff darstellt. Die Bewertung des Krankheitsstatus alleine gibt keinen zufriedenstellenden Überblick über den heterogenen Gesundheitsstatus alter Menschen.

In diesem Zusammenhang ist auch der Bereich Behinderung nicht wegzudenken, der ebenfalls in kausalem Zusammenhang mit den beiden anderen Zuständen steht, und dem das folgende Kapitel gewidmet ist.

Frailty und Behinderung

Frailty und Behinderung sind verwandte, jedoch ebenfalls unterschiedliche Konzepte (Fried et al., 2004). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bereits mehrere Versionen zur Begriffsbestimmung von Behinderung herausgebracht, die sich sowohl in ihrem Grundmodell als auch in ihrer Orientierung und ihren grundlegenden Aspekten unterscheiden.

Die ICIDH (International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps) stellte in ihrer ersten Version von 1980 erstmals ein Schema zur Erfassung von Krankheitsfolgen dar (Pfeiffer, 1998).

Die ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)(World Health Organization, 2001) ist eine Fort- und Weiterentwicklung der ICIDH. Sie versteht sich als eine Klassifikation der „Komponenten der Gesundheit“, ist also nicht mehr nur defizit-, sondern auch ressourcenorientiert und geht von einem bio-psycho-sozialen Modell aus. Sie wurde zudem um die Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und persönlichkeitsbezogene Faktoren) und deren Einflüsse erweitert. Jeder Mensch wird auf einem Kontinuum gesehen,

auf welchem er mehr oder weniger funktionsfähig oder behindert ist. Die Übergänge sind dabei fließend.

Funktionsfähigkeit ist der Oberbegriff für alle Körperfunktionen und Aktivitäten („Eine Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch einen Menschen.“) (World Health Organization, 2001, o.S.) sowie die Partizipation („Partizipation ist das Einbezogen sein in eine Lebenssituation“) (World Health Organization, 2001, o.S.) des Menschen. Sie bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person und ihren Kontextfaktoren. Entsprechend ist Behinderung der Oberbegriff für Schädigungen der Körperfunktionen und -strukturen sowie der Beeinträchtigung von Aktivität und Partizipation. Sie bezeichnet den negativen Aspekt der Interaktion.

Die internationale Klassifikation von Gesundheitsproblemen (Krankheiten) und deren Ätiologien erfolgt in der ICD 10 (International Classification of Diseases) (Dilling, Mombour, Schmidt, & Schulte-Markwort, 2000).

ICD 10 und ICF sind zwei sich ergänzende internationale Klassifikationssysteme: Informationen über Diagnosen und Ätiologie werden durch Informationen zu Funktionsfähigkeit und Behinderung erweitert und ergeben so ein umfassendes Bild des Individuums. Zum momentanen Zeitpunkt ist Frailty nicht in der ICD 10 enthalten.

Frailty und Behinderung sind zwei separate, aber überlappende Konzepte, zwischen welchen eine komplexe Interaktion besteht (Fried et al., 2004):

Funktionelle Behinderung stellt eine Hauptkonsequenz von Frailty dar (Ensrud et al., 2009; Fried et al., 2001). Fried (2004) unterstützt die Hypothese, dass Frailty Behinderung verursacht. Sie ist quasi der Vorbote von Behinderung, bedingt durch physiologische Veränderungen, die sich in Schwäche, geringer Ausdauer und Verlangsamung äußern. Denselben Gedankengang verfolgen auch andere Autoren mit der Aussage, dass Muskelkraft Voraussetzung für die Ausübung der Alltagsaktivitäten beim alten Menschen ist (Theou, Jones, Overend, Kloseck, & Vandervoort, 2008). Auch Campbell und Buchner (1997) sehen Frailty als die Hauptursache für „unstable disability“, denn bereits minimale externe oder interne Ereignisse (Wetterumschwung, Veränderung der Medikation, usw.) können das Gleichgewicht des Individuums derart stören, dass seine Unabhängigkeit gefährdet ist.

Eine Behinderung kann aber auch zu Frailty führen, also ihr Auslöser sein. Fried (2004) sieht das Zusammenspiel differenziert, was sie folgendermaßen erläutert: Behinderung kann durch

ein Einzelereignis entstehen, wie etwa die Amputation einer Gliedmaße oder schmerzhafter Arthritis der Hände. Ein derartiges Ereignis führt zwangsläufig zu Funktionsbeeinträchtigungen, der Mensch selbst kann aber bei guter, robuster Gesundheit sein und muss dadurch keinesfalls die Kriterien von Frailty erfüllen. Nur 28% der alten Menschen mit Schwierigkeiten in den ADL fielen in den Studien von Fried et al. in die Gruppe der Personen, die frail waren. (Fried et al., 2001, 2004) Natürlich kann jedoch eine funktionelle Behinderung, gerade wenn neben den biologischen und physiologischen auch soziale, emotionale oder psychische Aspekte eingeschlossen werden, ein stabiles System aus dem Gleichgewicht bringen und zu Frailty führen (de Vries et al., 2011).

Funktionelle Behinderung wird in diesem Zusammenhang mit Schwierigkeiten oder Abhängigkeit in der Ausübung der ADL und IADL operationalisiert, was mit vermehrter Nutzung von Gesundheitseinrichtungen und damit verbundenen Kosten einhergeht (Hebert, 1997).

Unter ADL werden diejenigen Aktivitäten im alltäglichen Tagesablauf, die für das unmittelbare Zurechtkommen notwendig sind, verstanden. Sie beginnen bei der Fähigkeit, alleine aus dem Bett zu kommen, sich zu bewegen, Körperpflege durchzuführen, sich anzukleiden, die Toilette zu benutzen, zu essen und Harn- und Stuhl zu kontrollieren.

Der Barthel Index (BI) wurde 1965 von der Physiotherapeutin Barthel und der Ärztin Mahoney entwickelt und ist eines der weltweit verbreitetsten Instrumente zur Messung der Selbstversorgungsfähigkeit im Alltag. Innerhalb von zehn Aktivitätsbereichen können bei größtmöglicher Selbständigkeit 100 Punkte erreicht werden (Mahoney & Barthel, 1965).

In den wissenschaftlichen Artikeln zu Frailty wird zumeist der Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (1970) verwendet, um den funktionellen Status des Menschen im Bezug auf seine Unabhängigkeit bewerten zu können. Er umfasst die sechs Funktionen Körperpflege, Anziehen, Toilettenbenützung, Essen, Transfers und Kontinenz, wobei bei selbständiger Ausübung jeweils ein Punkt vergeben wird. Sechs Punkte bedeuten also volle Funktion, zwei oder weniger sind ein Indikator für schwere funktionelle Beeinträchtigung (Katz et al., 1970).

Die IADL umfassen die erweiterten Alltagsaktivitäten, die komplexere Aufgaben beinhalten und größtenteils Mobilität und bessere kognitive Fähigkeiten voraussetzen. Sie befähigen Menschen, unabhängig im eigenen Haushalt und in der Gesellschaft zu leben. Sie gehen

früher verloren als die ADL. Alte Menschen, die noch gesund und selbständig erscheinen, sind als Risikopatienten zu identifizieren, sobald sich Schwierigkeiten in den IADL einstellen.

Die IADL-Skala wurde von Lawton und Brody (1969) entwickelt und umfasst acht Bereiche (Telefonieren, Einkaufen, Kochen, Haushaltsarbeiten, Wäschegebarung, Medikamentengebarung, Benützung von Transportmitteln und Geldgebarung). Für jede Tätigkeit, die ohne Fremdhilfe durchgeführt werden kann, wird ein Punkt vergeben. Im Rahmen des geriatrischen Assessments hat sich eine Modifikation des Index bewährt: Bei selbständiger Ausübung der einzelnen Bereiche werden zwei Punkte, bei teilweiser Selbständigkeit (mit Unterstützung) ein Punkt, bei Abhängigkeit null Punkte vergeben. Ein Punktemaximum von 16 ist erreichbar, das individuelle Ergebnis wird als Quotient von 16 angegeben. (Lawton & Brody, 1969; Nourhashémi et al., 2001)

Zusammenfassend muss gesagt werden, dass nicht alle Menschen mit Funktionsbeeinträchtigung frail sind, aber fortgeschrittene Frailty, durch ihre nachgewiesenen negativen Outcomes, letztendlich immer in funktioneller Behinderung und Verlust der Unabhängigkeit endet (Fried et al., 2004). Mit anderen Worten: „Frailty, a primary pathway to disability“ (Peterson et al., 2009, S. 61). Als weiterführende, über diese Arbeit hinausgehende Anmerkung sei darauf hingewiesen, dass auch ältere Menschen mit intellektueller Behinderung von Frailty betroffen sein können (Brehmer & Weber, 2010).

Als Abschluss der beiden letztgenannten Kapitel sei Frieds Definition von Frailty (2001) als klinisches Syndrom, das nicht synonym mit Behinderung und Komorbidität ist, jedoch Überschneidungen der drei Bereiche aufweist, in Abbildung 2 angeführt:

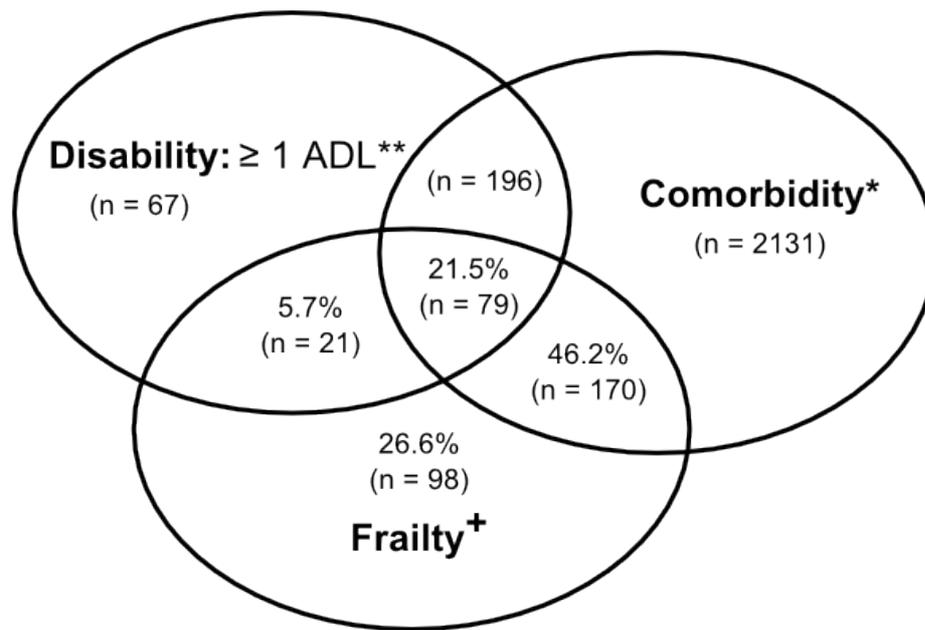


Abbildung 2: Venn Diagramm: Überschneidungen von Frailty, Funktionsbeeinträchtigung und Komorbidität (Fried et al., 2001)

Insgesamte Personenanzahl: 2762 mit Komorbiditäten und/oder Funktionsbeeinträchtigung und/oder Frailty. Die Zahl in den Klammern ist die Anzahl der Personen in der jeweiligen Subgruppe. Man kann deutlich die Überschneidungen von Frailty, Funktionsbeeinträchtigung und Komorbidität ablesen: So sind von den 2576 Personen, die an mindestens zwei der neun Krankheiten (Myokardinfarkt, Angina pectoris, Herzinsuffizienz, periphere arterielle Verschlusskrankheit, Arthritis, Krebs, Diababetes, Bluthochdruck und COPD) leiden, 249 auch frail. Von den insgesamt 363 Personen, die Schwierigkeiten bei der Ausübung von zumindest einer Alltagsaktivität haben, sind 100 gleichzeitig frail. 79 Personen fallen in alle drei Gruppen. Durch dieses Diagramm lässt sich am Ende dieses Kapitels resümieren, dass Frailty von Krankheit und Behinderung abgegrenzt gesehen werden muss, dass es jedoch ohne Zweifel Überschneidungspunkte gibt.

4.3. Frailty- Screeninginstrumente

Wie bereits erwähnt, ist es von großer Bedeutung, die frailen Alten zu identifizieren. „We consider frailty as a phenomenon that becomes visible above a threshold of severity. Our approach aims to provide a useful tool for research and identification of those at high risk for health declines“ (Bandein-Roche et al., 2006, S. 266).

Ein entsprechendes Screening-Instrument sollte die multiplen Dimensionen des Konstruktes Frailty erfassen und im besten Falle Veränderungen im Laufe der Zeit abbilden können (Gobbens et al., 2009). Wenn man davon ausgeht, dass die interagierenden Faktoren den sogenannten Frailty-Level einer Person beeinflussen, sollte dieser individuelle Status auf dem Kontinuum zwischen frail und nicht frail abgebildet werden können. Leider entsprechen die meisten Instrumente genau in diesem Punkt nicht, denn das Skalenniveau ist meist dichotom, in wenigen Fällen mit drei Abstufungen auf Ordinalskalenniveau und nur beim FI (Frailty Index, siehe weiter unten) handelt es sich um eine kontinuierliche Skala.

Der Begriff „multidimensional“ wird im Zusammenhang mit den Frailty-Instrumenten anschaulich und konkret. Im Laufe der Arbeit wird er immer wieder auftauchen und sich wie ein roter Faden durchziehen. Die gängigsten Verfahren sollen im folgenden Abschnitt vorgestellt werden. Nicht nur, um das Thema Frailty überblicksmäßig in seiner Vollständigkeit zu beschreiben, sondern auch, um letztlich begründen zu können, welches Verfahren die Autorin für ihre Untersuchung ausgewählt hat. Es gibt eine große Anzahl von Frailty-Instrumenten, die in dieser Auflistung keine Beachtung finden werden, die jedoch auch in der wissenschaftlichen Literatur nur sehr vereinzelt angewandt werden.

An erster Stelle sei hier der **Frailty-Index von Fried** (2001) erwähnt, der bis heute als Diagnoseinstrument bevorzugt eingesetzt wird und eine Kombination aus Performancetests und Selbstreport ist. Der Frailty-Index beschreibt den Phänotyp von Frailty, basierend auf den Daten der Cardiovascular Health Study (CHS), in welchem folgende fünf Bereiche gleichwertig erfasst werden.

1. Unbeabsichtigter Gewichtsverlust: über rund 4,6 Kilogramm (10 pounds) im vergangenen Jahr, oder 5% des Gewichtes
2. Schwäche: Handkraftstärke der dominanten Hand (gewichtet nach Geschlecht und BMI)
3. Subjektive Erschöpfung: geringe Ausdauer gilt als Indikator für $VO_2 \max^6$, was wiederum ein Prädiktor für kardiovaskuläre Erkrankungen ist: Beantwortung von zwei Fragen aus der CES-D⁷ Skala mit „ja“.
4. Langsame Gehgeschwindigkeit: Zeit, die der Mensch braucht, um rund 4,6 Meter (15

6 Maximale Sauerstoffaufnahme

7 The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Radloff, 1977)

feet) zu gehen (gewichtet nach Geschlecht und Größe)

5. Niedrige körperliche Aktivität: Kilokalorien, die in der Woche verbraucht werden, nach Angaben der Patienten (niedrigstes Fünftel für jedes Geschlecht)

Als frail wird ein älterer Mensch dann bezeichnet, wenn drei oder mehr Symptome zutreffen. Prefrail bezeichnet ein Zwischen- oder Vorstadium, bei welchem ein bis zwei Symptome zu verifizieren sind. Ein hohes Risiko für Verschlechterung in Richtung Frailty ist gegeben. Gibt es keine Symptome, so spricht man von Robustheit (Fried et al., 2001).

Die Skala von Fried (2001) genießt international einen guten Ruf und wird in den meisten Publikationen zum Thema Frailty verwendet, um alte Menschen auf Frailty zu screenen. Der Nachteil dieses Instruments ist, neben der bereits erwähnten Tatsache, dass vor allem physische Variablen erfasst werden, die schwierige Einsatzmöglichkeit etwa in Hausarztpraxen, da allgemeingültige Referenzwerte fehlen. Handkraft, Gehgeschwindigkeit und körperliche Aktivität werden zwar kontinuierlich gemessen, dann aber dichotomisiert, wobei das niedrigste Fünftel herangezogen wird. Statistische Expertise und Referenzwerte werden gebraucht. Sie erfordern Wissen um die Verteilung der Referenzpopulation, abhängig von Geschlecht, Größe und BMI. Praktikabilität ist damit nicht wirklich gegeben (Gobbens et al., 2009).

Ensrud et al. (2007) entwickelten aus oben genannten Gründen zur Kritik einen einfachen, praktikablen Index, der lediglich auf drei Kriterien beruht und dadurch innerhalb weniger Minuten im klinischen Alltag zur Anwendung gelangen kann. Der **SOF Frailty Index** (Study of Osteoporotic Fractures Frailty Index) erfasst folgende Punkte:

1. Absichtlicher oder unabsichtlicher Gewichtsverlust über 5% im letzten Jahr
2. Unfähigkeit, fünfmal hintereinander von einem Sessel aufzustehen, ohne Zuhilfenahme der Arme
3. Subjektiv empfundener reduzierter Energielevel, operationalisiert durch negative Antwort auf die Frage: „Fühlen sie sich voll Energie?“

Zwei oder drei erfüllte Kriterien kategorisieren Frailty, das Zutreffen eines Kriteriums beschreibt ein Zwischenstadium. Eine ebenso gute Vorhersage für negative Outcomes wie bei aufwändigeren Verfahren ist gegeben (Ensrud et al., 2007).

Der **Groningen Frailty Indicator** (GFI) (Steverink, Slaets, Schuurmans, & van Lis, 2001) ist ein kurzer, einfach zu administrierender Selbstbeurteilungsfragebogen mit 15 Fragen, der den

Verlust von Funktionen und Ressourcen in vier verschiedenen Bereichen abbilden soll (physisch, psychisch, sozial und kognitiv) und damit dem multidimensionalen Aspekt gerecht zu werden versucht. Der Score reicht von 0 bis 15, von Frailty spricht man ab einem Punktwert von 4 (Schuurmans et al., 2004; Steverink et al., 2001).

Die **Edmonton Frail Scale (EFS)** (Rolfson et al., 2006) bezieht, wie der GFI, soziale und psychische sowie kognitive Faktoren mit ein. Performancetests beurteilen im „Uhrentest“ die Kognition, im „Timed Get Up And Go“-Test den Bereich Mobilität und Gehgeschwindigkeit, die übrigen acht Bereiche (allgemeine Gesundheit, funktionelle Abhängigkeit, soziale Unterstützung, Medikamenteneinnahme, Gewichtsabnahme, Kontinenz, Stimmung) obliegen Selbstbeurteilung. 17 Punkte können erreicht werden und quantifizieren den höchsten Frailtylevel. (Rolfson et al., 2006).

Weitere Möglichkeiten für Frailty-Messung stellen Indizes als Ansammlung von Defiziten dar, wie der **CSHA Index** (Canadian Study of Health and Aging Frailty Index) und der **FI-CGA Frailty Index** (Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment) (Jones et al., 2004; Rockwood et al., 2005).

Rockwoods CSHA Frailty-Index (2005) ist nicht als operationale Definition eines Syndroms gedacht, sondern soll Defizite in allen Bereichen feststellen, die akkumuliert die Auftretenswahrscheinlichkeit von Frailty erhöhen. Unter Defiziten sind Symptome, Zeichen, Funktionsbeeinträchtigungen, Krankheiten und schlechte Labormesswerte gemeint, die teilweise in Testverfahren, teilweise mittels vom Patienten beantworteten Fragen und durch klinische Diagnoseverfahren ermittelt werden. Dabei wird jedes Defizit dichotomisiert bzw. trichotomisiert und ein individueller Index erstellt. Der Defizitindex ist definiert als Anzahl der Defizite dividiert durch die Gesamtanzahl aller möglichen Defizite einer Person. (Rockwood & Mitnitski, 2007; Rockwood et al., 2005; Rockwood, Andrew, & Mitnitski, 2006; Rockwood, Hogan, & MacKnight, 2000). In diesem Sinne handelt es sich bei diesem Index um ein multidimensionales Instrument, da neben den körperlichen soziale, psychische und kognitive Faktoren einfließen (Rockwood & Mitnitski, 2007), wobei allerdings auch hier die somatischen Items überwiegen. Nachteile dieses Verfahrens sind die Aufwändigkeit bedingt durch die hohe Anzahl der Elemente sowie die Gleichgewichtung all dieser Elemente.

Der FI-CGA Frailty-Index von Jones (2004) basiert auf dem Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) (Jones et al., 2004). Das geriatrische Assessment sammelt umfassende

Informationen aus allen Lebensbereichen, die den Gesundheitszustand des alten Menschen beeinflussen. Diese multidimensionale Herangehensweise beinhaltet funktionelle Einschränkungen (ADL, IADL), motorische Fähigkeiten und Gleichgewicht, Kognition, soziales Umfeld, Ernährungssituation, Kommunikation und den psycho-emotionalen Status. Komorbiditäten werden mitberücksichtigt. Es ist ein sinnvolles Instrument, um Defizite zu entdecken und Risikopatienten bestmöglich durch präventive, verzögernde oder kurative Interventionen aus multiprofessioneller Sicht zu betreuen. (Gatterer, 2003, S. 121ff) Jones (2004) entwickelte aus dem gängigen CGA, dessen Daten im Routinealltag geriatrischer Krankenhäuser gesammelt werden, einen Frailty-Index. Identifizierte Probleme werden mit 0=keine Probleme bis 2=große Probleme quantifiziert. Es lassen sich insgesamt drei Schweregrade von Frailty einteilen: leichte Frailty (0-7 Punkte), mittelschwere Frailty (7-13 Punkte) und schwere Frailty (ab 13 Punkten). (Jones et al., 2004)

Für vorliegende Arbeit fiel die Wahl für ein Frailty-Instrument, mit welchem die Interviewpartner gescreent werden sollen, auf den Groningen Frailty Indikator (Steverink et al., 2001), der einerseits die Ansprüche erfüllt, alle wesentlichen Dimensionen gut abzubilden, und der andererseits einfach zu administrieren ist. Konstruktvalidität ist gegeben (Steverink et al., 2001).

4.4. Frailty als Syndrom

Wissenschaftler verschiedener Disziplinen diskutierten 2006 im „Second International Working Meeting on Frailty and Aging“ unter anderem die fundamentale Frage, ob Frailty ein Syndrom darstellt (Bergman et al., 2007).

Ein medizinisches Syndrom ist definiert als Gruppe von Krankheitszeichen, die für ein bestimmtes Krankheitsbild charakteristisch sind. Allen Komponenten muss ein spezifischer pathophysiologischer Prozess zugrunde liegen (Pschyrembel, 2007).

Der Ausdruck „geriatrisches Syndrom“ hat eine etwas andere Bedeutung im Sinne einer Akkumulation von altersassoziierten Defiziten in multiplen Bereichen, die zu negativen Outcomes führen. Je mehr Defizite in einem Körper zu erkennen sind, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Person frail ist (Bergman et al., 2007).

So gesehen kann Frailty als geriatrisches Syndrom betrachtet werden. Im Sinne einer multidimensionalen Sichtweise werden neben körperlichen Zeichen auch

Umgebungseinflüsse, soziale Aspekte, sensorische Defizite, Behinderungen und dergleichen einbezogen. All dies wird aufsummiert und bestimmt somit den Gesundheitszustand des alten Menschen, sprich sein biologisches, nicht sein chronologisches Alter (Mitnitski et al., 2004). Ein zugrundeliegender biologischer Prozess muss nicht gegeben sein.

4.5. Einflussfaktoren, Risikofaktoren, Lebensstilfaktoren

Der Überblick über einige Einfluss-, Risiko- und Lebensstilfaktoren von Frailty, der im Folgenden gegeben werden soll, erfüllt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, soll jedoch auch nicht unerwähnt bleiben.

Rauchen

Raucher haben ein 2,9-mal höheres Risiko, frail zu werden, als Nichtraucher (Fugate Woods et al., 2005). Auch Strawbridge et al. (1998) identifizierten Rauchen neben Depression als Risikofaktor für Frailty.

Depression

Depressive Verstimmung erhöht die Auftretenswahrscheinlichkeit von Frailty, was auf eine psychosoziale Komponente von Frailty hinweist (Fugate Woods et al., 2005).

Selbsteingeschätzte Gesundheit

Bei Personen, die ihre Gesundheit subjektiv als schlecht einschätzen, ist eine positive Assoziation mit Frailty zu erkennen. (Fugate Woods et al., 2005; Strawbridge et al., 1998).

Ernährung, Gewicht und Essverhalten

Sowohl Über- als auch Untergewicht gelten als Risikofaktoren für Frailty. Hoher Fettanteil geht meist auf Kosten von Muskelmasse, das heißt, hohes Gewicht schützt nicht davor, frail zu werden, speziell bei körperlich inaktiven Alten. Sarkopenie (Verlust der Muskelmasse), die als Kernelement der Frailty gilt, gibt es also auch bei Fettleibigen und Übergewichtigen. Gewichtsverlust alleine bzw. Kachexie gelten nicht als alleinige Gegebenheiten, denen Aufmerksamkeit geschenkt werden muss (Fugate Woods et al., 2005). Unzureichende Nahrungsaufnahme mit zu geringer Kalorienzufuhr, Protein- und Vitamin D-Mangel sind ebenfalls als Einflussfaktoren zu erwähnen.

Gewicht und Essverhalten alter Menschen können auch von chronischem Schmerz beeinträchtigt werden, in dem Sinne, dass sich die Betroffenen schmerzbedingt weniger

bewegen, weniger essen und dadurch in einen Teufelskreis geraten. Auch eine schlecht sitzende Zahnprothese kann die Nahrungsaufnahme behindern und zu unfreiwilligem Gewichtsverlust führen. Ebenso können Schluckstörungen ursächlich für Gewichtsverlust sein, was Kostumstellung oder Logotherapie zur Folge haben sollte. Auch Interaktionen von Multimedikation und entsprechende Nebenwirkungen sowie depressive Verstimmung können sich negativ auf Appetit und Essverhalten auswirken. (Richter, 2012)

Stürze

Häufige Stürze in der Krankengeschichte, eine höhere Anzahl von Komorbiditäten und bestehende Funktionseinschränkungen sind mit einem höheren Risiko assoziiert, frail zu werden. (Fugate Woods et al., 2005)

Körperliche Inaktivität

Personen mit bewegungsarmem Lebensstil haben eine größere Wahrscheinlichkeit, frail zu werden (Strawbridge et al., 1998).

Prefrailty

Prefrailty, nach Frieds (2001) Kriterien, gilt als Risikofaktor dafür, Frailty zu entwickeln. Eine Untersuchung aus dem Jahr 2008 ergab, dass im Vergleich zu robusten Frauen solche, die zu Beginn der Untersuchung prefrail waren, ein dreimal höheres Risiko hatten, im Laufe der nächsten 7,5 Jahre Frailty zu entwickeln (Xue, Bandeen-Roche, Varadhan, Zhou, & Fried, 2008).

4.6. Frailty und Alter

Frailty ist in erster Linie ein gerontologisches Problem. Alter und Frailty stehen unumstritten in enger Beziehung, stellen jedoch zwei eigenständige Einheiten dar.

Je höher das Alter, umso mehr differenzieren die Menschen in ihrem Gesundheitszustand. Eine Heterogenität im funktionellen Abbau ist deutlich zu erkennen: Es gibt die robusten 90-jährigen, die niemals frail werden, genauso wie die pflegebedürftigen, gebrechlichen 70-jährigen. Mit dem Konzept der Frailty kann die unterschiedliche Vulnerabilität direkter quantifiziert werden, als durch die Betrachtung der fortgeschrittenen Lebensjahre. (Schuermans et al., 2004)

Die Prävalenz für Frailty steigt mit dem Alter. Im Artikel „Prevalence and 10-Year Outcomes

of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation“ wurden 43,3% aller Personen der Altersgruppe 85 und älter als frail identifiziert, die höchste Prävalenz liegt bei den 95-jährigen (Song et al., 2010). Andere Daten liefern Strawbridge et al. (1998), die 18,3% der 65-69-jährigen und 48,8% der über 85-jährigen Personen als frail identifizieren. In Ermangelung einer einheitlichen Definition ist eine genaue und gültige Prävalenzrate schwer zu bestimmen und es macht wenig Sinn, weitere Zahlen und Daten, wie sie in der Literatur zu finden sind, aufzuzählen.

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass die Wahrscheinlichkeit, frail zu werden, mit dem Alter ansteigt (Buchman et al., 2009; Ferrucci et al., 2003; Fried et al., 2001; Hebert, 1997; Rockwood et al., 2005; Song et al., 2010; Walston et al., 2006). Doch das chronologische Alter alleine ist nicht aussagekräftig genug. Frailty gilt als besserer Prädiktor für negative Ergebnisse bis hin zum höheren Mortalitätsrisiko. (Schuurmans et al., 2004) Um Risikogruppen identifizieren zu können, die von einer geriatrischen Intervention zur Einschränkung negativer Auswirkungen profitieren könnten, ist das Alter als Selektionskriterium weit weniger aussagekräftig als das Konzept der Frailty mit ihrer erhöhten Vulnerabilität. (Schuurmans et al., 2004)

Rockwood und Mitnitski (2007) beschreiben Frailty als „altersassoziierte unspezifische Vulnerabilität“ (S.722). Ihr Frailty Index weist eine hohe Korrelation mit dem Alter auf.

„Frailty appears to be an important aspect of human senescence“ (Kulminski et al., 2008, S. 898). Oft wird Frailty als eine Verschlechterung bezeichnet, die mit dem Altern auftritt, jedoch beeinflussbar und reversibel ist (Woo, Tang, Suen, Leung, & Leung, 2008). All diese Aussagen belegen, dass Frailty zweifelsfrei ein altersassoziiertes Konstrukt ist, das jedoch über das chronologische Alter hinausgehend, einen weiteren und differenzierteren Blickwinkel auf den momentanen und zukünftigen Zustand alter Menschen ermöglicht.

Zwei extreme Sichtweisen bilden sozusagen einen Rahmen, in welchem sich Wissenschaftler positionieren, die sich mit dem Thema auseinandersetzen:

1. Frailty als beschleunigtes Altern (Mitnitski et al., 2004)
2. Frailty als eigene Entität mit eigenständiger, unterschiedlicher Pathophysiologie (Fried et al., 2001). Vom pathophysiologischen Weg gesehen vermutet man zwar eine Ähnlichkeit zwischen den Ursachen der Frailty und des Alterungsprozesses, jedoch keine Übereinstimmung (Fulop et al., 2010).

4.7. Frailty und Geschlecht

In mehreren Studien kann man nachlesen, dass Frauen häufiger frail und prefrail sind als Männer (Bandein-Roche et al., 2006; Buchman et al., 2009; Fried et al., 2001; Lunney et al., 2003; Santos-Eggimann, Cuenoud, Spagnoli, & Junod, 2009; Song et al., 2010).

Aus Daten der europäischen Studie SHARE⁸ schloss Santos-Eggimann (2009), dass 21% der Frauen, im Gegensatz zu 11,9% der Männer, ab 65 frail waren. Diese Prävalenz ist höher als bei der Cardiovascular Health Study (Fried et al., 2001), die ab der gleichen Altersklasse 7,3% der Frauen und 4,9% der Männer als frail identifizierte. Die Tendenz, dass Frauen eher frail werden als Männer, ist bestätigt, doch die Abweichung der Prävalenzdaten ist auch hier auf die unterschiedlichen zugrundeliegenden Definitionen von Frailty und den entsprechenden Messverfahren zurückzuführen.

Warum die Wahrscheinlichkeit, frail zu werden, bei Frauen größer ist als bei Männern, lässt sich einerseits auf das niedrigere Gewicht und das Risiko für Mangelernährung allein lebender alter Frauen, andererseits auf ihren geringeren Aktivitätslevel und ihr erhöhtes Sarkopenierisiko zurückführen. (Fried et al., 2001). Natürlich ist auch die Tatsache zu berücksichtigen, dass Frauen länger leben und es daher mehr alte Frauen in der Population gibt (bmask, 2009) (siehe Kapitel 3).

Während viele der alten Männer verheiratet sind, leben die meisten hochalten Frauen bereits verwitwet und können somit nicht auf gemeinsame Strategien von Paaren zurückgreifen, wenn es um die Bewältigung von auftretenden Schwierigkeiten geht (Strawbridge et al., 1998).

4.8. Pathophysiologie

Wenn man Frailty als kritische Balance zwischen Stabilität und Vulnerabilität sieht, lässt sich dazu festhalten, dass im Alter die adaptiven Prozesse, auf innere und äußere Reize zu reagieren, ihre Effizienz verlieren (Walston et al., 2006). Die komplexen Interaktionen der verschiedenen physiologischen Systeme, die notwendig sind, um die Homöostase zu erhalten, werden gestört, wofür verschiedene Mechanismen verantwortlich sein können, unter anderem chronische Entzündung (Anstieg von c-reaktivem Protein und Interleukin-6) und Veränderungen im endokrinen System. Beides steht in Verbindung mit Verlust an

⁸ Survey of Health, Aging and Retirement in Europe, 2004

Muskelmasse und Sarkopenie. Auch genetische Variationen und altersbedingte Zellveränderungen spielen wahrscheinlich eine Rolle (Walston et al., 2006). Nachdem die Pathophysiologie für die vorliegende Arbeit nicht weiter von Relevanz ist, wird nicht weiter auf diesen Aspekt eingegangen werden. In Abbildung 3 soll jedoch noch der „Cycle of Frailty“ (Fried & Walston, 1998) Erwähnung finden, der in geriatrischen Fachkreisen einen hohen Bekanntheitsgrad hat. Der Zirkel veranschaulicht die Verlinkung der einzelnen Elemente wie beispielsweise Sarkopenie, Inaktivität oder Appetitverlust innerhalb einer pathophysiologischen Kette. Hypothetisch kann Frailty an jedem Punkt initiiert werden. Ein Teufelskreis kann einsetzen, oder besser ausgedrückt, eine Abwärtsspirale, die das Krankheitsgeschehen immer weiter vorantreibt (Fried et al., 2001).

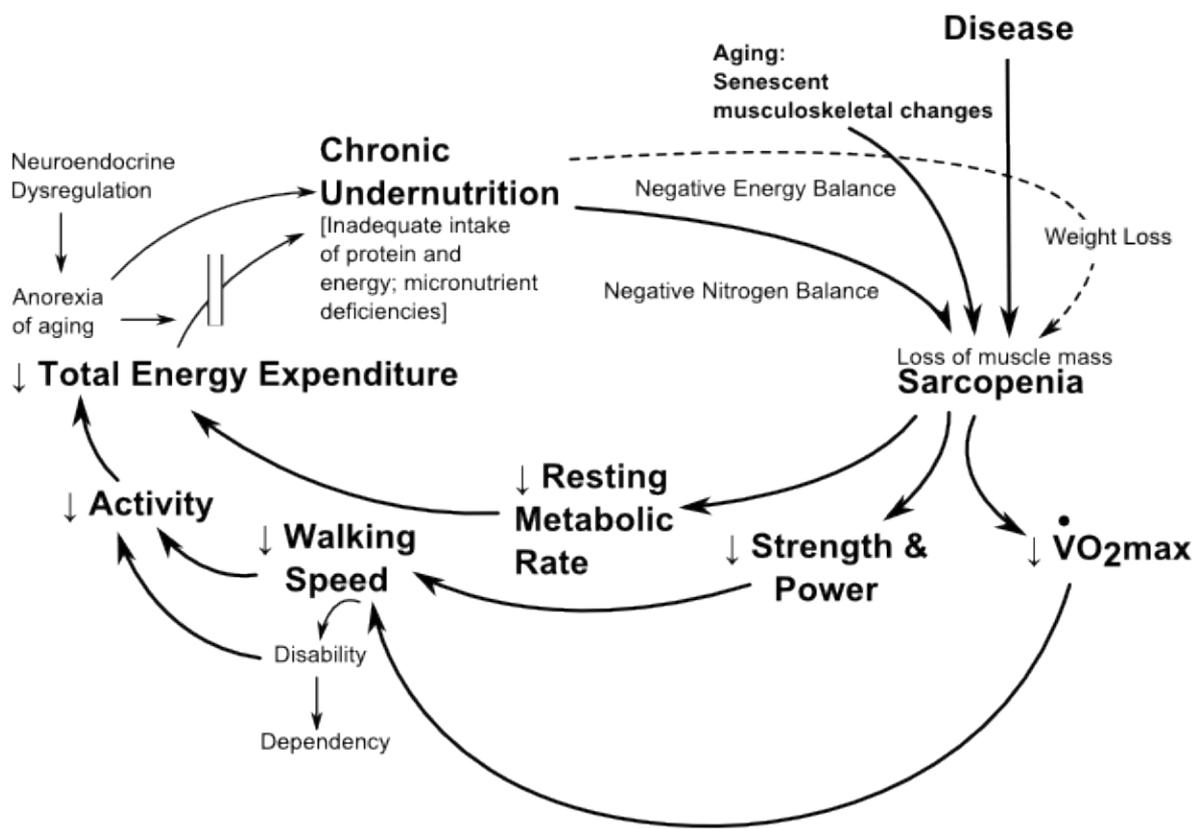


Abbildung 3: Cycle of Frailty (Fried & Walston, 1998)

4.9. Prävention

Eine Vielzahl von Interventionsmöglichkeiten sollen den Prozess des funktionellen Abstiegs und den damit verbundenen Verlust der Autonomie verhindern oder verzögern. Hebert (1997) unterscheidet zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention.

Primäre Prävention

Der Fokus liegt hierbei auf individuellen Maßnahmen wie adäquater Ernährung und körperlicher Aktivität, ausreichende Kalorienzufuhr und ausgewogene Ernährung können die Ernährungssituation verbessern. Aktivität und Belastung des Bewegungsapparates sind essentiell, um den Muskelabbau hintanzuhalten und gesund und aktiv zu altern. Auch die Stärkung der sozialen Ressourcen durch die Einbindung isolierter Menschen in die Gesellschaft dürfen bei diesen Maßnahmen nicht fehlen (Beispiel Tageszentren). Primäre Prävention setzt vor Beginn einer Erkrankung an. (Böck, 2010)

Sekundäre Prävention

Die sekundäre Prävention bezieht sich auf die frühe Identifizierung von alten Menschen, die aufgrund körperlicher oder psychischer Beeinträchtigung als Risikogruppe für funktionellen Abstieg gelten. Frühe Interventionen sind von besonderer Wichtigkeit, um die Abwärtsspirale und ein Fortschreiten der Gebrechlichkeit aufhalten zu können. Bei der Identifizierung der prefrailen Gruppe, die klinisch noch unauffällig sein kann, ist multiprofessionelle Aufmerksamkeit, wie in Kapitel 4.2.1 beschrieben, gefragt. (Böck, 2010) Gezielte körperliche Aktivität kann weiteren Abstieg in Richtung fortgeschrittener Frailty positiv beeinflussen (Peterson et al., 2009).

Tertiäre Prävention

Hat sich Frailty bereits klinisch manifestiert, kann diese Prävention versuchen, schwerwiegende gesundheitliche Folgen zu reduzieren und den alten Menschen dazu ermutigen, seine Alltagskompetenzen zu verbessern, um ihm einen möglichst langen Verbleib im häuslichen Umfeld zu ermöglichen, wenn auch nicht in vollständiger Autonomie (Böck, 2010). Tertiäre Prävention findet zumeist in geriatrischen Einrichtungen statt, die sich der Rehabilitation und Remobilisation alter Menschen widmen. Geriatriches Assessment kann die medizinischen, kognitiven, sozialen und funktionellen Defizite eines Menschen abbilden und ermöglicht so, gezielte Therapien seitens verschiedener Berufsgruppen in die Wege zu

leiten, welche die Konsequenzen der Probleme und Defizite reduzieren sollen. (Sommeregger, 2003)

Prävention und Gesundheitsförderung im Alter hat, gerade was Frailty betrifft, ein großes Entwicklungspotential. Ihr Ziel ist die Vermeidung von Gebrechlichkeit und altersbedingten Abbauprozessen, um die Zeitspanne in Autonomie und Selbständigkeit zu erhöhen und die Zeit der Pflegebedürftigkeit zu verkürzen (Zank, Wilms, & Baltes, 1997).

Die Erhaltung einer selbständigen Lebensführung, die Stärkung und Nutzung der eigenen Ressourcen und Reserven, der Aufbau eines sozialen Versorgungsnetzes und die Förderung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit durch Training der verlorengegangenen oder schwindenden Fähigkeiten sind die essentiellen Punkte einer zielführenden Prävention.

„Use it or lose it“ gilt als ein Grundprinzip für körperliche und geistige Leistungsfähigkeit und geht zurück auf den französischen Biologen und Evolutionstheoretiker Lamarck (1888). Trotz aller Verluste und Einschränkungen birgt das Alter auch in vielen Bereichen die Chance auf positive Veränderung. Anders (2008) spricht von „Plastizität“ und meint, dass durch geeignete Maßnahmen ein großes Entwicklungspotential auch im alten Menschen besteht.

Um dieses Entwicklungspotential nützen und bei allen Bemühungen der genannten Prävention und Gesundheitsförderung Erfolg haben zu können, ist das Verständnis, und darauf beruhend die aktive Mitarbeit der Betroffenen, Voraussetzung. Damit soll zu den subjektiven Krankheitstheorien übergeleitet werden:

Welches Wissen hat der alte Mensch über die Beeinflussbarkeit der Gebrechlichkeit? Wie weit glaubt er, die Beschwerden kontrollieren oder aktiv beeinflussen zu können? Welche Lebensstilfaktoren oder Risikofaktoren bringt er in Verbindung mit seinem Zustand? Welche subjektiven Theorien legen sich alte Menschen zurecht, sobald sie mit Gebrechlichkeit, Abbauprozessen und Wahrnehmung von Veränderungen konfrontiert sind?

Die subjektive Bewertung von Frailty hat psychologisch betrachtet eine große Bedeutung. Die Art, wie spürbare Beeinträchtigungen wie etwa Bewegungseinschränkungen und Schmerzen in das Alltagsleben integriert werden, bzw. die Bewertung und Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes, der durchaus nicht mit dem objektiv diagnostizierten konform gehen muss, hat große Bedeutung für den Umgang mit den erlebbaren Veränderungen. Die lässt vermuten, dass sich die hohe interindividuelle Variabilität gerade im Alter auch durch Unterschiede in der individuellen kognitiven Verarbeitung und Bewältigung des

Krankheitserlebens erklären lässt.

Um Frailty ganzheitlich betrachten zu können, müssen, wie bereits erwähnt, neben den medizinisch-physiologischen Faktoren auch soziale, kognitive, Umwelt- und Lebensstil-Faktoren einbezogen werden (Bergman et al., 2007). Subjektive Vorstellungen, Theorien und Konzepte von Gesundheit und Krankheit sehen den Laien als Experten genau in diesem Kontext. Es ist daher wichtig, in die Lebens- und Vorstellungswelt der Betroffenen, der hochalten Menschen, Einblick zu gewinnen und ihr Alltagswissen zu erfragen.

5. Subjektive Krankheitstheorien

Einleitend zu den subjektiven Krankheitstheorien, werden die Begriffe Gesundheit und Krankheit kurz beschrieben.

5.1. Gesundheit und Krankheit

Gesundheit wird von der WHO wie folgt definiert: „Gesundheit ist der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ (World Health Organization, 2001, o.S.).

Diese Definition ist zweifellos nicht optimal, weil sie zu absolut und undifferenziert ist. Es gibt eine Vielzahl von Versuchen, bessere Definitionen zu formulieren, von denen eine herausgegriffen werden soll.

Der Medizinsoziologe Parsons (1967) schreibt: „Gesundheit ist ein Zustand optimaler Leistungsfähigkeit eines Individuums, für die wirksame Erfüllung der Rollen und Aufgaben, für die es sozialisiert (Sozialisation = Einordnungsprozess in die Gesellschaft, Normen- und Werteübernahme) worden ist.“(zitiert nach Franke, 2010, S. 33) Diese Definition berücksichtigt die unterschiedlichen Aufgaben und Alltagskompetenzen, die sich in unterschiedlichen Altersbereichen ergeben und auch im hohen Alter noch von Wichtigkeit sind.

Für Krankheit gibt es bis heute keine allgemein anerkannte Definition. Im medizinischen Wörterbuch Pschyrembel ist unter anderem folgende Definition nachzulesen: „Krankheit (engl: disease, illness); Erkrankung; Nosos, Pathos, Morbus: Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen bzw. objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen bzw. seelischen Veränderungen.“. Eine weitere

Definition zu diesem Begriff lautet: „Bezeichnung für eine definierbare Einheit typischer ätiologisch, morphologisch, symptomatisch, nosologisch beschreibbarer Erscheinungen, die als eine bestimmte Erkrankung verstanden wird.“ (Pschyrembel, 2007, S. 1038) Daraus resultiert das weltweit bekannteste Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation WHO, die International Classification of Diseases (ICD), aktuell gültig in der zehnten Fassung (ICD 10) (Dilling et al., 2000).

5.1.1. Wie stehen Gesundheit und Krankheit zueinander?

In Frankes Buch „Modelle von Gesundheit und Krankheit“ werden drei Relationen zwischen Gesundheit und Krankheit beschrieben: das dichotome Konzept, das bipolare und das orthogonale Konzept (Franke, 2010).

Das *dichotome Konzept* sieht Gesundheit und Krankheit als zwei voneinander unabhängige Zustände, die sich gegenseitig ausschließen. Es handelt sich um zwei konträre Zustände. Dieses Konzept orientiert sich am biomedizinischen Krankheitsmodell und eignet sich für klar umschriebene Krankheitsbilder, bei welchen sich eindeutige Normwerte und Symptome bestätigen oder verneinen lassen (Franke, 2010).

Das *bipolare Krankheitskonzept* sieht Gesundheit und Krankheit als Pole eines Kontinuums, auf welchem sich eine Person mit Merkmalen aus verschiedenen Dimensionen (etwa medizinischer Befund, Prognose, aber auch subjektives Befinden) in die eine oder andere Richtung bewegen kann. Gesundheit und Krankheit sind voneinander abhängige Faktoren. Kontinuumsmodelle erlauben durch ihre Mehrdimensionalität differenziertere Aussagen über den Gesundheitszustand eines Menschen (Franke, 2010).

Orthogonale Konzepte betrachten Gesundheit und Krankheit als unabhängige Faktoren. Gesunde und kranke Anteile können gleichzeitig vorhanden sein. Mittels orthogonalen Modellen lassen sich Übereinstimmungen, aber auch Divergenzen zwischen objektivem Befund und subjektivem Befinden verdeutlichen (Franke, 2010).

5.1.2. Krankheitsmodelle

Es gibt eine Vielzahl von Krankheitsmodellen. Im Kontext dieser Diplomarbeit können diese nicht vollständig aufgezählt werden. Zwei konträre Sichtweisen im Sinne der Pathogenese (Krankheitsentstehung), die Einblick in unterschiedliche Ansätze und Denkweisen geben können, werden im folgenden Absatz jedoch kurz angeführt. Sie sind aus dem Buch „Wann

fühlen wir uns gesund?“ von Flick (1998b) zusammengefasst.

Das bio-medizinische Krankheitsmodell

Dieses Modell hat seinen Ursprung im 19. Jahrhundert, als die Medizin eine naturwissenschaftliche Ausrichtung erlebte, was sich in experimenteller Forschung und objektiver Messung körperlicher Phänomene niederschlug. Daraus resultierte das kurative Behandlungssystem mit Fokus auf der Behandlung von Krankheiten. Krankheiten wurden als biochemische und physikalische Abweichungen von objektiv messbaren Normen, als Störung des normalen Funktionierens des Körpers, gesehen, welchen jeweils eine spezifische Ätiologie zugrunde liegt. Die Aufgabe der Medizin ist es, die Krankheit zu identifizieren und im Idealfall durch eine kausale Therapie zu heilen, sprich: zu eliminieren. Sowohl die Psyche des Menschen, die im Sinne des Leib-Seele-Dualismus betrachtet wird, als auch die Umwelt des Menschen werden nicht berücksichtigt. Die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit wird in der naturwissenschaftlichen Sicht negiert.

Das biopsychosoziale Krankheitsmodell

In seiner Kritik an vorab beschriebenem Modell fordert Engel (1979) einen Paradigmenwechsel im Sinne seines Modells, in das er neben den biochemischen Abweichungen psychische, soziale und kulturelle Faktoren in das Krankheitsgeschehen, -erleben und -verhalten miteinbezieht. Es basiert auf der Erkenntnis, dass körperliche und psychische Prozesse unmittelbar zusammenhängen: So können psychische Erlebnisse zu körperlichen Veränderungen führen (Psychosomatik) und körperliche Beschwerden unterschiedlich emotional und kognitiv erlebt und verarbeitet werden. Der Fokus liegt auf den psychologischen Fragen rund um die Entstehung von Krankheiten. (Flick, 1998b)

Die Gesundheitspsychologie konzentriert sich also auf den individuellen Umgang mit Krankheit und Gesundheit, die in ihrem sozialen Kontext gesehen werden sowie auf das individuelle Erleben und Verhalten. Zum Begriff der Pathogenese kommt ergänzend der Begriff der Salutogenese hinzu, der im folgenden Unterkapitel erklärt.

5.1.3. Salutogenese

Das Modell der Salutogenese stammt vom amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1987). Er schuf den Neologismus Salutogenese, Genese der Gesundheit, als Gegenbegriff zu Pathogenese und beschäftigte sich mit jenen Faktoren und Prozessen, die

Gesundheit ermöglichen, erhalten und fördern, im Gegensatz zu den krankmachenden Faktoren und Lebenssituationen der Pathogenese. Folgender Textabschnitt wurde aus dem Buch „Modelle von Gesundheit und Krankheit“ von Franke (2010) zusammengefasst.

Antonovsky postuliert zwei Annahmen, die sein Modell charakterisieren und die sich grundlegend vom pathogenetischen Modell unterscheiden: zum einen die Annahme der Heterostase als Normalzustand, die dem Prinzip der Homoöstase entgegensteht, zum anderen die Annahme eines Kontinuums von Gesundheit und Krankheit, die dem dichotomen Gegensatz gesund-krank entgegensteht. Heterostase bedeutet, dass Krankheit und Ungleichgewicht sowie Leid und Tod ständige Begleiter im Leben eines Menschen sind und nicht bedrohliche Ausnahmereignisse. Das System Organismus ist permanent damit beschäftigt, Energie aufzubringen, um nicht dem Zerfall durch permanentes Vorhandensein von Noxen (schädlichen Einflüssen) ausgeliefert zu sein. Die Frage, die sich stellt, ist nicht, warum Menschen krank werden, sondern warum, bei vergleichbaren Belastungen, andere gesund bleiben. Die Pole seines Kontinuums bezeichnet Antonovsky als dis-ease und health-ease. Zwischen diesen Polen bewegen sich alle Menschen mehr in die eine oder andere Richtung. Sie sind zu jedem Zeitpunkt immer sowohl gesund als auch krank. Für die Bewegung in Richtung Gesundheit sind die gesundheitlichen Protektivfaktoren verantwortlich. Diese sogenannten generalisierten Widerstandsressourcen ermöglichen ein adäquates, konstruktives Umgehen mit somatischen, psychischen und sozialen Belastungen, die das Leben ständig mit sich bringt. Sie sind im Individuum selbst sowie in dessen Umfeld zu finden. Als Beispiele seien hier etwa das körpereigene Immunsystem im somatischen Bereich, Intelligenz und Wissen im kognitiven Bereich oder etwa gute Freundschaften im sozialen Bereich erwähnt. Allen Widerstandsressourcen ist gemein, dass sie es dem Menschen erleichtern, die permanenten Stressoren, denen er ausgesetzt ist, einzuordnen, zu bewältigen und ihnen einen Sinn abzugewinnen. Diese Überzeugung nennt Antonovsky Kohärenzgefühl (sense of coherence = SOC) mit seinen drei Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit. Das Kohärenzgefühl entspricht dem menschlichen Grundbedürfnis nach Durchschaubarkeit, Beherrschbarkeit und Bedeutung von Ereignissen und Anforderungen, mit welchen das Individuum permanent konfrontiert ist. Das Ausmaß dieses Kohärenzsinnes, der einer generellen Lebenseinstellung entspricht, bestimmt die Platzierung des Individuums auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit. Je stärker das Kohärenzgefühl einer Person ausgeprägt ist, desto erfolgreicher wird sie die unausweichlichen internalen und

externalen Stressoren im Leben mittels der zur Verfügung stehenden Ressourcen angemessenen bewältigen können und sich zum Pol der Gesundheit hin bewegen. (Franke & Kämmerer, 2010)

Körperliche, seelische und soziale Veränderungen im Alter haben Einfluss auf subjektive Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Subjektive Vorstellungen gehen davon aus, dass sich Menschen Fragen stellen, Gedanken machen, Antworten suchen, verstehen wollen (Flick, 1998a).

Betrachtet man die Definition der Autoren Song, Mitnitski und Rockwood (2010), die Frailty als Ausdruck des Fehlens adaptiver Kapazitäten des Organismus beschreiben, so schließt sich der Kreis, denn genau in diesem Punkt kann man Frailty vom salutogenetischen Aspekt her betrachten, der auch die Heterogenität in der hochalten Bevölkerung zu erklären vermag (Song et al., 2010). Es stellt sich im Rahmen dieser Arbeit also auch die Frage, ob Frailty, die in der Literatur stets im Kontext von Verlust der Homöostase (Bergman et al., 2007) gesehen wird, nicht genauso gut im Kontext der Heterostase (Franke, 2010) beachtet werden sollte. Die subjektiven Theorien der Betroffenen sind diesbezüglich von besonderem Interesse.

5.2. Subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit

Subjektive Vorstellungen (Theorien, Konzepte) von Gesundheit und Krankheit sehen den Laien als Experten für seine eigene Gesundheit. Jeder Mensch ist tagtäglich mit seinem Körper konfrontiert und spürt, wenn es zu Störungen oder Veränderungen der Befindlichkeit oder zu Beeinträchtigungen innerhalb verschiedener Körpersysteme kommt. Lange bevor er professionelle Hilfe in Anspruch nimmt, setzt er sich auseinander mit seinen gesundheitlichen Beschwerden, indem er sie einzuschätzen, zu verstehen oder zu kategorisieren versucht, und sich Gedanken über deren Herkunft, aber auch deren Verlauf sowie deren Kurabilität und Nützlichkeit macht. (Flick, 1998b) Subjektive Krankheitstheorien werden nach Becker (1984) aus folgenden Faktoren hergeleitet:

- Art und Dauer der Erkrankung
- Lebensgeschichte und Persönlichkeit
- Herrschende Wissenschaftstheorien
- Magisches Denken
- Reaktives Kausalitätsbedürfnis (zitiert nach Flick, 1998a, S. 16).

Jeder Laie hat also bestimmte zusammenhängende Annahmen über sich und die Welt, sein Alltagswissen resultiert aus seinen individuellen Lebenszusammenhängen. Als Laie wird ein „Nichtfachmann“ (Back, 2004, S. 352) bezeichnet, der im Gegensatz zu Professionellen oder Experten steht. Im Falle der subjektiven Krankheitstheorien ist das Fehlen von medizinischem Fachwissen der Person gemeint.

Synonyme zu subjektiven Theorien sind naive Theorien, Alltagstheorien, Laintheorien der subjektive Definitionen. Sie stehen im Gegensatz zu wissenschaftlichen Theorien. Flick plädiert für den Begriff subjektive Theorien, da sowohl Laintheorien als auch naive Theorien mit einem negativen Beigeschmack behaftet sind (Flick, 1998b). Im Unterschied zu professionellen Theorien, die planmäßig und zielgerichtet der Suche nach neuen Erkenntnissen dienen, aus welchen Handlungsanweisungen für die Allgemeinheit resultieren sollen, unterscheiden sich Laintheorien in ihrer Funktion dadurch, dass sie nicht (nur) der Erkenntnisgewinnung dienen, sondern vor allem der Auseinandersetzung mit einer Krankheit. Auseinandersetzung im Sinne von Anpassung, aber auch durch Deutung und Suche nach Erklärungen mit der Intention, die Krankheit zu verstehen und zu akzeptieren. Subjektive Theorien haben prozesshaften Charakter. (Filipp & Aymanns, 1997)

Jedes Individuum hat bestimmte, zusammenhängende Annahmen über sich und seine Welt, im gegebenen Fall seine gesundheitsbezogene Welt. Das bedeutet, der Mensch hat ein gesundheitsbezogenes Wissen, welches er aus individuellen Erfahrungen, informellen oder familiären Sozialkontakten und anderen Quellen erworben hat. Man spricht vom sogenannten Alltagswissen. In der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, aber auch in der Konfrontation mit Krankheiten im sozialen Umfeld, erwirbt der Laie sein krankheitsbezogenes Wissen. Dieses Wissen unterliegt einer subjektiven Logik, die an seine Vorstellungen und Theorien geknüpft ist. Daraus entstehen die subjektiven Krankheitstheorien des Menschen, die auf sein Handeln Einfluss nehmen. (Flick, 1998b)

Von subjektiver Theorie spricht man, weil das Subjekt seine subjektiven Annahmen miteinander verknüpft und in Zusammenhänge bringt. Der Mensch wird durch seine subjektive Theorie zum Experten für seine Erkrankung (Flick, 1998b). Subjektive Theorien erheben nicht den Anspruch, systematisch und widerspruchsfrei formuliert zu sein. Indem sich der Laie, ob selbst betroffen oder auch nicht, mit krankheitsbedingten Veränderungen auseinandersetzt, versucht er die Krankheit zu verstehen und möglicherweise im eigenen

Leben zu akzeptieren (Filipp & Aymanns, 1997). Er formuliert Annahmen über das Wesen der Krankheit, sucht Erklärungen, assoziiert Vorstellungen, vergleicht Wissensbestände zum Thema. Subjektive Krankheitstheorien werden gebildet, „die als komplexe Aggregate krankheitsbezogener Kognitionen in bestimmter Weise organisiert und repräsentiert sind und das Insgesamt aller Wissens- und Vorstellungsinhalte abbilden, die mit der jeweils betrachteten Erkrankung assoziiert sind“ (Filipp & Aymanns, 1997, S. 4).

Verres (1998) sieht großes Potential im Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit im Bezug auf das Gesundheitshandeln eines Individuums, wenn er davon spricht, dieses Wissen als „Element einer übergreifenden Lebenskunst“ zu interpretieren (S. 301). Nicht nur mögliche Bewältigungsmechanismen als Reaktion auf erlebte Belastungen, sondern auch die Frage „was hält gesund?“ können möglicherweise durch dieses subjektive Wissen sowie das gesundheitsbezogene Denken und Erleben der Laien ergründet werden. Der Autor plädiert für einen Paradigmenwechsel von Krankheits- und Gesundheitsverhalten hin zur Lebenskunst. (Verres, 1998)

Das Erleben einer Krankheit bezieht sich nicht nur auf die kognitive Wahrnehmung der körperlichen Symptome und ihrer Ursachen und Folgen, sondern auch auf das subjektive Erleben und die Gedanken rund um die daraus resultierenden, sozialen Auswirkungen und die Beeinträchtigung der Alltagsaktivitäten. Diese emotionalen Aspekte werden deutlich durch die psychischen Belastungen, Ängste, Hoffnungen und Zukunftsperspektiven mit ihren individuell großen Unterschieden. (Schwarzer, 1997) Sie können sich auf Schmerzen, funktionelle Beeinträchtigungen, Autonomieverlust, Stigmatisierung und anderes beziehen. Jede Erkrankung muss aber auch im Kontext ihrer sozialen Bedeutung gesehen werden. Sie löst Reaktionen der Umwelt aus, die positiv sein können, zum Beispiel in Form von Hilfe, Fürsorge oder Unterstützung, aber auch negativ durch Ablehnung, soziale Isolierung oder Rückzug. (Schwarzer, 1997)

Auch der Einbettung in ein gutes soziales Netzwerk kann man einen protektiven Gesundheitswert zuschreiben. Personen, die eine Rolle zu erfüllen und eine Verantwortung zu tragen haben, achten besser auf ihre eigene Gesundheit, wohingegen einsame Personen mit fehlenden Sozialkontakten oft Verhaltensweisen zeigen, die der Gesundheit abträglich sind. Es können jedoch keine Kausalbeziehungen hergestellt werden und auch die Qualität und Quantität der Sozialbeziehungen müssen kritisch hinterfragt werden (Schwarzer, 1997).

Subjektive Theorien haben große Bedeutung für Prävention und Gesundheitsförderung, denn sie bestimmen das Handeln einer Person und damit ihren Willen, etwas zu verändern. Nach Faltermaier (1998) ist unser Gesundheitssystem in überwiegendem Maße kurativ ausgerichtet. Er fordert eine Stärkung der Prävention im Gesundheitswesen und plädiert für eine subjektorientierte Gesundheitsförderung, die das Laiengesundheitssystem bei allen Planungen und Überlegungen miteinbezieht. In diesem Sinne möchte er Begrifflichkeiten der Gesundheitsförderung geändert betrachten:

- von Prävention von Störungen zu „Balance von Lebensaufgaben“
- vom potentiellen Patienten zur Gesamtperson
- vom medizinischen Laien zum Experten für die eigene Gesundheit
- von isoliertem Verhalten zum Gesamtkontext der Lebensführung (Faltermaier, 1998, S. 86)

Subjektive Vorstellungen sind abhängig von den Umständen, unter welchen sie thematisiert werden. Alter, Geschlecht und bestehender Gesundheitszustand sind dabei wichtige Einflussfaktoren, die bewirken, dass diese Vorstellungen individuell sehr unterschiedlich sind (Flick, 1998a).

Schütz (1971) (zitiert nach Flick, 1998a, S. 12) beschreibt das zentrale Konzept für das Verständnis des Alltags eines Menschen als „jene Schicht der Wirklichkeit, die das Individuum als Kern seiner Wirklichkeit erfährt, die Welt in seiner Reichweite“ beschreibt. Und weiter formuliert er ausdrucksstark: „Die Welt in unserer Reichweite ist von unserem Körper abhängig, der als Nullpunkt des Koordinatensystems aufgefasst wird, um den sich die Welt anordnet“. (Flick, 1998a) Gemeint ist damit, dass subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit durch Erfahrungen mit dem eigenen Körper entstehen, die durch die Welt um die Person herum individuell erweitert werden. Gebrechliche alte Menschen sind mehr oder weniger permanent mit ihrem Zustand konfrontiert, nicht zuletzt durch den Vergleich mit Personen unterschiedlichen Gesundheitszustandes der gleichen Generation. Die mit Frailty einhergehenden Veränderungen im Bezug auf Körper, Kognition und Psyche, aber auch die geänderten Anforderungen im sozialen Bereich, finden mit Sicherheit Eingang in die subjektiven Gesundheits- und Krankheitstheorien der Betroffenen. Die subjektive Wahrnehmung dieser Veränderungen und der eigenen Verwundbarkeit, aber auch die Einschätzung der persönlichen Kompetenzen und Beeinflussbarkeit ist zentraler Aspekt dieser

qualitativen Arbeit.

Subjektive Vorstellungen von Krankheiten dienen ebenso der Bewältigung von Emotionen, die durch das Auftreten einer Krankheit ausgelöst werden, aber auch der Emotionsabwehr (Flick, 1998a).

Das Erleben einer chronischen Krankheit bedeutet für den Betroffenen eine massive Bedrohung seiner Identität, in physischer, psychischer und sozialer Hinsicht. Körperliche Schäden führen zu Funktionsbeeinträchtigungen, die sich vor allem im Alltag bemerkbar machen. Oft finden sie ihre körperliche Integrität bedroht. Auch soziale Rollen gehen mitunter verloren, Abhängigkeit von anderen entsteht, die sehr belastend sein kann indem man jemandem zur Last fällt. (Schwarzer, 1997) Parallelen zum Zustand der Frailty liegen auf der Hand und sollen im empirischen Teil dieser Arbeit behandelt werden.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die subjektiven Vorstellungen der Menschen aus ihrem Alltagswissen und ihren individuellen Lebenszusammenhängen resultieren. Laientheorien weisen hohe Komplexität der gedanklichen Prozesse auf und sind weit mehr als unreflektierte Ideen (Schwarzer, 1997). Alltagswissen umfasst in diesem Zusammenhang gesundheitsbezogene Überzeugungen und Interpretationen. Wenn es um seine Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit geht, kann der Laie als kompetent und aktiv handelnd gesehen werden, er allein ist der Experte für ganz bestimmte Bereiche seines Lebens. (Faltermaier, 1998) Lange bevor ein Mensch nach professioneller Hilfe sucht, sucht er in seiner persönlichen Auseinandersetzung mit den wahrgenommenen Beeinträchtigungen Hilfe und Rat in seinem sozialen Umfeld, der Familie, dem Bekanntenkreis oder informellen Netzwerken. Diese alltäglichen Selbsthilfemaßnahmen, auch Laien-Gesundheitsselfhilfe genannt, bleiben für die Öffentlichkeit also nahezu unsichtbar. (Faltermaier, 1998)

„The components of frailty have been predominantly defined in an 'objective' way that is inadequate to represent its complex, holistic, and unique meaning for individuals [...] the degree of frailty is context dependent and, therefore greatly affected by the subjective perceptions of individuals“ (Markle-Reid & Browne, 2003, S. 65).

Dieses Zitat bildet eine gute Überleitung zum Forschungsvorhaben dieser Diplomarbeit. Um das krankheitsbezogene Verhalten des Individuums im Lebensalltag zu verstehen, muss dessen naiv-theoretisches Wissen analysiert werden. Auch der hochalte Mensch macht sich mit Sicherheit Gedanken über den Zustand der Gebrechlichkeit, sei es, weil er ihn am eigenen

Körper verspürt, sei es, weil er im Verwandten- und Bekanntenkreis seiner Generation zwangsläufig mit dessen Auswirkungen konfrontiert ist. Es gibt nach bestem Wissen der Autorin jedoch keine wissenschaftliche Arbeit, die Frailty subjektiv betrachtet und die persönliche Erlebnis- und Gedankenwelt der Betroffenen zu Gehör bringt. Diese subjektiven Vorstellungen zu Frailty – Gebrechlichkeit – sollen im Rahmen dieser Arbeit im Kontext von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt werden. Die Betrachtung der subjektiven Vorstellungen, in welche die persönlichen Erfahrungen alter Menschen einfließen, stellen eine große Chance dar, Einblick in deren subjektive Welt zu bekommen, was in Zeiten der demografischen Alterung von höchster Alltagsrelevanz ist. Möglicherweise können diese Vorstellungen Hinweise auf Interventionen oder Therapieansätze geben, zumindest aber zu einem besseren Verständnis der Bedürfnisse und Erwartungen der alten Menschen und nicht zuletzt zu einem besseren Verständnis zwischen den Generationen beitragen. Subjektive Theorien bergen hier ein ganz besonderes Potential.

Dieses Wissen erfordert diskussionslos einen qualitativen Forschungsansatz, der im Mittelpunkt des folgenden, empirischen Teils dieser Diplomarbeit steht.

EMPIRISCHER TEIL

1. Überblick über das Forschungsvorhaben

Das Konstrukt Frailty – Gebrechlichkeit – wurde im Theorieteil umfassend dargestellt. Es handelt sich dabei um wissenschaftliche Erkenntnisse, die vor allem von medizinischem Interesse sind und in überwiegendem Maße von Ärzten, hauptsächlich Geriatern, gewonnen wurden.

Eine subjektive Sichtweise der Menschen, die unmittelbar von Gebrechlichkeit betroffen sind, soll das Bild der Frailty in einen anderen Kontext stellen. Die hochaltrigen Menschen sind eine sehr inhomogene Gruppe, was ihre Funktionsfähigkeit, ihre körperlichen und kognitiven Einschränkungen, aber auch ihre selbsteingeschätzte Gesundheit betrifft, die von den objektiven Gegebenheiten differieren kann (Zank et al., 1997). Die Intention dieser Diplomarbeit ist es, den Begriff der Gebrechlichkeit subjektiv aus der Sicht der alten Bevölkerung zu betrachten. Welche Aspekte werden erwähnt? Kann sich die multifaktorielle Betrachtung auch hier widerspiegeln oder ist die Gebrechlichkeit ein rein körperbezogener Begriff für den alten Menschen? Welche Beziehung besteht für den alten Menschen zwischen Gebrechlichkeit und Krankheit bzw. Gesundheit?

Wie in den subjektiven Lagentheorien festgemacht, ist der Mensch selbst Experte für seine Gesundheit und Krankheit. Auch wenn Gebrechlichkeit keine Krankheit per Definitionem ist, sollen die subjektiven Theorien der betroffenen Altersgruppe zu diesem Konstrukt zu Gehör gebracht und mit dem Stand der Wissenschaft verglichen werden. Nachdem mit verbalem Material operiert wird, fällt das Untersuchungsdesign in die qualitative Forschung. Das Material wird einer strukturierten Interpretation zugeführt und die Ergebnisse diskutiert. Bortz und Döring (2006) schreiben in ihrem Kapitel über qualitative Methoden:

Die Anhänger der interpretativen Sozialwissenschaften treten für ein Bild des selbstbestimmten, sinnvoll handelnden Menschen ein, dessen Erleben und Verhalten man nicht durch Benennen äußerer, objektiv beobachtbarer Wirkfaktoren 'erklären', sondern nur durch kommunikatives Nachvollziehen der subjektiven Weltsicht und inneren Gründe der Akteure 'verstehen' könne (S. 301).

Für die Fragestellung dieser Diplomarbeit ist eine verstehende, introspektive wissenschaftliche Methode, wie sie durch die qualitative Inhaltsanalyse gegeben ist, von großer Bedeutung. Sie setzt am Individuum an und wird als induktive Wissenschaft verstanden. Das heißt, sie will die Komplexität eines Gegenstandes erfassen (Mayring, 2010). Diese offene, explorative Methode ist wichtig, wenn man den Laien als Experten für seinen Gesundheitszustand betrachten will, sprich, wenn man den alten Menschen über Gebrechlichkeit befragt, mit der er sich zwangsläufig als Individuum oder in sozialer Auseinandersetzung mit seinem Umfeld bereits befasst hat.

Neben der Auswertung der Interviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse soll der Vergleich angestellt werden, ob der selbsteingeschätzte Zustand auf die Frage „fühlen sie sich gebrechlich“ mit dem Ergebnis des Frailty Index übereinstimmt, und ausgewertet werden, wie der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand bzw. Daten über Alltagsfunktionen dazu in Beziehung stehen.

Zunächst wird die Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) kurz vorgestellt.

2. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring: Allgemeine Rahmenbedingungen

Die qualitative Inhaltsanalyse muss im wissenschaftlichen Sinne als theorie- und regelgeleitetes Textverstehen und -interpretieren gesehen werden. Das heißt, die Fragestellung muss auf theoretischen Hintergründen und impliziten Vorannahmen basieren. Dadurch kann an Erfahrungen anderer angeknüpft werden, mit dem Ziel, neue Erkenntnisfortschritte zu erreichen (Mayring, 2010).

Folgende Analyseregeln sind zu beachten:

Die Interviews werden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Diese Protokolle werden systematisch und regelgeleitet mittels festgelegter Analyseschritte ausgewertet. Dazu wird ein konkretes Ablaufmodell erstellt, das die Reihenfolge der einzelnen Analyseschritte festlegt. Zunächst muss die passende Analysetechnik bestimmt werden. Es werden Kategorien gebildet und die Analyseeinheiten definiert (Kodiereinheiten, Kontexteinheiten und

Auswertungseinheiten). Kodierregeln werden aufgestellt und jede Kategorie mit einem Ankerbeispiel veranschaulicht. Solche Beispiele bleiben wörtliche Zitate, die keiner Paraphrasierung unterzogen werden.

Mittels der Interpretationstechnik sollen Aspekte aus dem Datenmaterial analysiert und aufgrund bestimmter Kriterien eingeordnet werden. Ziel ist also, Themen, Inhalte oder Aspekte aus dem Material herauszufiltern.

In der qualitativen Inhaltsanalyse sollen inhaltliche Argumente immer Vorrang gegenüber Verfahrensargumenten haben, das heißt Validität geht vor Reliabilität. So kann etwa auch die Intercoderreliabilität als eher problematisch angesehen werden, weil dabei eher Objektivität als die Unabhängigkeit der Ergebnisse von der untersuchenden Person gemessen wird. Interpretationsunterschiede können die inhaltliche Aussagekraft erhöhen. (Mayring, 2010)

Zusätzlich können quantitative Analyseschritte eingebaut werden, die etwa die Häufigkeiten einer Kategorie veranschaulichen können (Mayring, 2010).

3. Bestimmung des Ausgangsmaterials

3.1. Erhebungsort Akutgeriatrie

Die Erhebung aller Daten wurde auf der Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation (AGR) im Krankenhaus Hietzing mit Neurologischem Zentrum am Rosenhügel durchgeführt. Im folgenden Absatz wird diese besondere Abteilung kurz beschrieben:

Geriatrische Patienten benötigen eine auf ihre komplexe individuelle Lebenssituation und geriatrische Gesamtsituation abgestimmte Behandlung, die sich nicht allein auf Diagnose und Therapie eines singulären Leidens beschränkt, sondern neben den medizinischen auch die funktionellen, kognitiven und psychosozialen Aspekte betrachtet. Versorgt werden auf einer Akutgeriatrie zum einen sogenannte Primäraufnahmen, alte Menschen, die von zu Hause kommen und aufgrund einer akut aufgetretenen Erkrankung eines Spitalsaufenthaltes bedürfen. Zum anderen kommen auch Sekundäraufnahmen auf die AGR, das heißt Patienten, die vorab in einer anderen Abteilung behandelt wurden, werden zur weiterführenden Remobilisierung übernommen. (Sommeregger & Frühwald, 2013)

Auf einer Akutgeriatrie liegt das Hauptaugenmerk während des durchschnittlich drei Wochen dauernden Aufenthalts dementsprechend neben der medizinischen Versorgung auf der

Feststellung der Ressourcen und Defizite. In standardisierter Form werden ein geriatrisches Aufnahmeassessment (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion und soziale Versorgung) und ein Entlassungsassessment durch Berufsgruppen verschiedener Disziplinen durchgeführt. In wöchentlichen, interdisziplinären Teamsitzungen werden Behandlungs-, Pflege- und Rehabilitationspläne erstellt, diskutiert und optimiert. Ziel ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Fähigkeiten, die für die selbständige Bewältigung des Alltags notwendig sind. „Hilfe zur Selbsthilfe“ ist hier ein Leitsatz. Der geriatrische Patient soll in sein soziales Umfeld reintegriert werden, wenn notwendig unter Aufbau eines stabilen Betreuungsnetzes. (Sommeregger & Frühwald, 2013)

Die Autorin vorliegender Arbeit ist seit über acht Jahren als Ergotherapeutin auf der Akutgeriatrie des Krankenhauses Hietzing beschäftigt und Teil des beschriebenen, interdisziplinären Teams. In dieser Funktion ist sie täglich mit den Bedürfnissen, Ressourcen und Defiziten der hochaltrigen Menschen konfrontiert, was auch ihr Interesse an der speziellen Fragestellung der Diplomarbeit erklärt.

Die Autorin hatte von Anfang an volle Unterstützung durch Frau Primaria Sommeregger, die Vorstand dieser Abteilung ist, welche zur Zeit 16 Betten umfasst. Krankenblätter und sämtliche Krankendaten standen ihr zur Verfügung, und die Kenntnisse des Stationsablaufes sowie der bestehende gute Kontakt zu allen Berufsgruppen waren wichtige Voraussetzungen für die Durchführung dieser Diplomarbeit. Durch ihre berufliche Tätigkeit waren der Autorin alle Patienten bekannt und es konnte auf einem Vertrauensverhältnis aufgebaut werden. An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die berufliche Tätigkeit zu jedem Zeitpunkt strikt von allen Arbeiten für die Diplomarbeit getrennt war, die selbstverständlich zur Gänze in die Freizeit fielen.

Bevor die Erhebung im Krankenhaus beginnen konnte, musste das Einverständnis der ärztlichen Direktion eingeholt werden. Voraussetzung dafür war das Ausfüllen von Genehmigungsrichtlinien und das Übersenden einer Kurzbeschreibung der geplanten Arbeit.

3.2. Stichprobe

Entsprechend der Definition der Hochaltrigkeit (bmask, 2009) (siehe Kapitel 2) wurden Frauen und Männer ab der Altersgrenze von 85 bzw. 80 Jahren ausgewählt, die während des Erhebungszeitpunktes zwischen Juni 2012 und August 2012 als Patienten stationär auf der

Akutgeriatrie aufgenommen waren. Sie durften nicht von den Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 3.5.3) betroffen sein und mussten nach ihrer Behandlung wieder in ihr häusliches Umfeld entlassen werden können. (keine Pflegeheimweisungen) Abgesehen von diesen Vorgaben wurden die Personen unter dem Gesichtspunkt der Zumutbarkeit ausgewählt, für die Dauer der Befragung zur Verfügung zu stehen, aus. Gemeint ist damit, dass die Interview- und Testsitzung keinerlei zusätzliche Belastung für den Patienten darstellen sollte. Auch in der Literatur ist diesbezüglich vermerkt, dass Zeitaufwand, Rollenstruktur und Kontext des Interviews für den Befragten akzeptabel sein müssen (W. M. Bortz, 2002). Umso mehr ist das bei sehr alten Menschen, die sich im Krankenhaus befinden, zu berücksichtigen. Entsprechend wurden Personen gewählt, die in dieser Hinsicht geeignet schienen. Der jüngste Patient, männlich, war 83 Jahre, der älteste Patient, weiblich, 96 Jahre alt. Das Durchschnittsalter betrug 90,4 Jahre mit einer Standardabweichung von 4,4. Die Stichprobe bestand aus acht Frauen und zwei Männern, wobei anzumerken ist, dass gegenüber drei Frauenzimmern mit je vier Betten nur ein Männerzimmer mit vier Betten auf der AGR im Krankenhaus Hietzing zur Zeit zur Verfügung steht und der Allgemeinzustand der Männer wesentlich schlechter war als jener der Frauen, wodurch viele Männer von den Ausschlusskriterien betroffen waren.

Schon relativ früh konnte festgestellt werden, dass sich bei verschiedenen Fragen die Antworttendenzen zu wiederholen begannen. Nach dem zehnten Interview wurde das Sampling, da einerseits die Vermutung nahe lag, dass durch Hinzunahme weiterer Personen kein bedeutender zusätzlicher Erkenntnisgewinn zu erwarten war – dass in vielerlei Hinsicht also bereits Sättigung eingetreten war – und da andererseits, aufgrund der rigiden Ausschlusskriterien, im geplanten Erhebungszeitraum nicht mehr geeignete Interviewpartner gefunden werden konnten.

Das nächste Kapitel soll einen kurzen Einblick in die Situation der hochalten Interviewpartner, die beispielhaft für Patienten der Akutgeriatrie sind, ermöglichen. Die angeführten Erhebungsinstrumente werden in Kapitel 3.5.2 genau beschrieben. Der deskriptiven Beschreibung folgt eine Übersichtstabelle.

3.3. Fallbeschreibungen der zehn interviewten Personen

Frau K.C. ist 89 Jahre alt und wurde aufgrund spondylogener Thoraxschmerzen ins Krankenhaus aufgenommen, wo sie 20 Tage in Behandlung war. Die verwitwete Dame lebt

alleine. Innerhalb der Wohnung ist sie mit einem Stock und durch Furniturewalking (d.h. Gehen mit Anhalten an Möbelstücken) mobil, außer Haus benützt sie ein Rollmobil. Sie beansprucht dreimal pro Woche eine Heimhilfe (Hilfe beim Duschen, bei Hausarbeiten), Essen vom Roten Kreuz und einen Fahrtendienst. Sie hat guten Kontakt zu ihrer Tochter, die einmal in der Woche zu Besuch kommt und täglichen Telefonkontakt hält. Frau C. trägt Hörgeräte und beschreibt eine leichte Dranginkontinenz. Sie bezieht Pflegegeld der Stufe zwei. Notrufuhr und Schlüsselsafe sind vorhanden. Frau C. hat eine massive Brustwirbelsäulenkyphoskoliose von Kindheit an, degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Osteoporose, Hypertonie und rezidivierende Gastritiden, acht verschiedene Medikamente wurden als Therapieversuch verordnet. Trotz allem ist sie eine Dame, die auf größtmögliche Autonomie Wert legt. Sie ist zu Hause gut organisiert und einfallsreich in der Kompensation ihrer Defizite. Ihre Selbständigkeit zeigt sich auch in ihrem Barthel-Wert von 90/100 und dem IADL-Wert von 12/16. Ihr BMI⁹ beträgt 21 bei einer Größe von 1,45m und einem Gewicht von 48kg. Ihre höchste abgeschlossene Ausbildung sind acht Jahre Volksschule. Sie arbeitete vor ihrer Pensionierung als Abteilungshelferin. Anamnestisch wurden zwei Stürze im letzten Jahr erhoben, wovon einer einen Nasenbeinbruch zur Folge gehabt hatte. Ihr MMSE Wert von 28 weist auf keine kognitive Beeinträchtigung der Dame hin. Der GDS Wert von 4/15 zeigt keinen Hinweis auf eine Depression. Im GFI liegt sie mit sieben Punkten bereits im Bereich der Frailty. Sie bezeichnet sich als gebrechlich, allein aus dem Grund, dass sie mit Stock gehen muss, ihre körperliche Fitness stuft sie jedoch mit sechs von zehn Punkten ein, und empfindet ihren Gesundheitszustand subjektiv besser als den der Gleichaltrigen. In der Interviewsituation zeigte Frau C. ein großes Redebedürfnis, das sich in ausschweifenden Erzählungen manifestierte.

Frau I.T. wurde 1920 geboren, ist verwitwet und musste ihren einzigen Sohn bereits zu Grabe tragen. Mit ihrem Enkel, der Schwiegertochter und einer Nachbarin hat sie jedoch guten Kontakt. Sie war vier Wochen stationär zur Remobilisierung an der AGR aufgenommen, nachdem sie sich bei einem Sturz eine diaphysäre Humerusfraktur zugezogen hatte, die unfallchirurgisch reponiert und mit einem Targonagel versorgt worden war. Ihr rechter Arm blieb während der ersten zwei Wochen in einem Gilchristverband. Die alte Dame hatte vor diesem Unfall völlig selbständig gelebt und keine sozialen Dienste beansprucht. Außer Haus benützte sie einen Stock. Trotz Hörgeräten ist ihr Hörvermögen stark eingeschränkt, eine

⁹ Body-Maß-Index

leichte Dranginkontinenz besteht, ein Pflegegelderhöhungsantrag wurde während des Krankenhausaufenthaltes gestellt. Sie besitzt eine Notrufuhr und einige Adaptierungen, die ihr das Leben im häuslichen Umfeld erleichtern sollen. An medizinischen Diagnosen sind eine chronische Polyarthrititis mit deutlichen Gelenksveränderungen, Osteoporose, koronare Herzkrankheit und Presbyakusis erfasst, eine Hüft-TEP links wurde 1991 eingesetzt. Fünf verschiedene Medikamente wurden verabreicht. Frau T. hat Volks-, Haupt- und Handelsschule besucht und eine Stenotypistenprüfung abgelegt. Mit 1,52m Größe und 56kg Gewicht ergibt sich ein BMI von 24,5. Nachdem sich ihr Allgemeinzustand und die Funktionalität ihres rechten Armes im Laufe der vier Wochen deutlich verbessern konnten, erreichte sie bei Entlassung einen Barthelwert von 85, im Vergleich von 60 bei der Aufnahme. Ihr IADL-Wert von 12 reduzierte sich jedoch auf 8, was bei Entlassung den Einsatz einer Heimhilfe einmal täglich und die permanente Benützung eines Gehstockes notwendig macht. Mit 5 Punkten in der GDS und 29 MMSE-Punkten liegt sie im normalen Bereich. Der GFI-Score beträgt fünf, gilt also auch schon als frail. Die alte Dame stuft sich bei acht von zehn Punkten ein, was ihre körperliche Fitness betrifft, und bewertet ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu ihren Altersgenossen besser. „Ich fühle mich nicht gebrechlich“, sagte die fast 92-jährige Dame mit dem Brustton der Überzeugung und zeigte dies während des stationären Aufenthalts durch ihre Energie, Lernbereitschaft, Aufnahmefähigkeit und hohe Motivation und Kooperation. Ihr subjektives Hauptproblem bei der Entlassung ist eine Sturzangst und ihre massive Schwerhörigkeit. In der Interviewsituation war letzteres durch besonders lautes, deutliches Reden kein Problem, Frau T. zeigte große Begeisterung bei der Teilnahme an der Studie und tätigte viele interessante Aussagen.

Herr L.L. ist im 84. Lebensjahr, verwitwet und bedurfte aufgrund von Schwäche, Bauchschmerzen und Diarrhoe nach übermäßiger Laxantieneinnahme einer stationären Behandlung auf unserer Abteilung, die acht Tage dauerte. Seine Diagnosenliste ist lang: koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie, Nefrektomie nach Nierenzellenkarzinom, Osteopenie mit Wirbelkörperfraktur, Gastritis, Hiatushernie, Trigeminusneuralgie, chronische Äthylismus. Entsprechend nimmt er täglich elf Medikamente ein. Bei Aufnahme hatte er einen Barthelindex von 25, der sich mit Verbesserung des Allgemeinzustandes auf 80 erhöhte. Der IADL-Wert blieb unverändert bei zehn von 16 Punkten. Herr L. hat einen BMI von 23, bei Körpergröße von 176cm und 71,5kg Gewicht. Sein MMSE-Wert von 21 fällt noch in den Bereich der leichten kognitiven Beeinträchtigung, die Geriatrische Depressionsskala bietet

mit sechs Punkten den Hinweis auf eine leichte Depression. Der Patient ist in der Wohnung mit Stock oder Furniturewalking mobil, außer Haus benützt er ein Rollmobil zum Gehen. Er war im letzten Jahr zweimal gestürzt, beschreibt eine leichte Dranginkontinenz, hört, trotz Hörgeräten, sehr schlecht, und bezieht bereits Pflegegeld der Stufe drei. Er wird täglich mit Heimhilfe (Hilfe beim Duschen, Hausarbeiten) und Essen auf Rädern betreut und hat einen Sohn, mit dem er guten Kontakt pflegt. Herr L. hat eine Berufsschule abgeschlossen und eine Meisterprüfung abgelegt. Seine letzte berufliche Tätigkeit war Portier in einem Büro. Er besitzt eine Notrufuhr und einen Schlüsselsafe, Adaptierungen an Wanne und WC sind vorhanden. Sein GFI-Score beträgt neun Punkte, das bedeutet, objektiv gesehen ist er eindeutig frail. In der Interviewsituation war seine extrem schwache, weinerliche Stimme auffallend. Er schätzt seinen Gesundheitszustand subjektiv als etwas besser ein als Gleichaltrige und empfindet sich keinesfalls als gebrechlich.

Frau B.R. ist eine 90-jährige, sehr gepflegte alte Dame, die seit dem Tod ihres Gatten alleine in ihrer Villa lebt und seit ihrem Sturz im März dieses Jahres erstmals Heimhilfe beansprucht hatte, die zuletzt auf einmal pro Woche zur Hilfe beim Duschen reduziert werden konnte. Eine Bedienerin und ein bekannter Student helfen zusätzlich. Sie verließ das Haus noch regelmäßig alleine mit Stock und pflegte gute Sozialkontakte im Seniorenclub und Freundeskreis. Ihr Sohn lebt im Ausland. Sie war im Mai diesen Jahres erneut gestürzt und hatte sich eine pertrochantere Schenkelhalsfraktur rechts zugezogen, die mit dynamischer Hüftschraube versorgt werden musste. An unsere Abteilung kam die Patientin, die vor fünf Jahren bereits eine Knie-TEP¹⁰ bekommen hatte, deswegen zur Remobilisierung und blieb 16 Tage stationär, bevor sie wieder nach Hause entlassen werden konnte. In Zukunft wird sie zwei Stöcke bzw. ein Rollmobil zum Gehen benutzen. Sie hat eine höhere Mittelschule absolviert und als Direktionssekretärin in einem größeren Betrieb gearbeitet. Frau R. ist 162cm groß und 77,6kg schwer, das ergibt einen BMI von 29,6. An Diagnosen sind zusätzlich eine arterielle Hypertonie, Diabestes mellitus Typ zwei, Hypothyreose, Harnwegsinfekte und Polyposis coli bekannt. Auch sie nimmt mehr als vier Medikamente täglich ein. Ihr Bathelindex beträgt 85/100 Punkten, der IADL-Wert reduzierte sich von 13 auf 8/16 bei Entlassung. Die alte Dame hat eine Dranginkontinenz und bezieht Pflegegeld der Stufe zwei. Sie hört, trotz Hörgeräten, sehr schlecht. Im Haus wurden bereits etliche Adaptierungen vorgenommen, um die Sicherheit zu verbessern, auch eine Notrufuhr ist als protektive Maßnahme in

¹⁰ Totalendoprothese

Verwendung. In der GDS hat sie einen Punkt, ist also nicht depressiv, in der MMSE erreicht sie 24/30 Punkte, was auf eine leichte kognitive Beeinträchtigung Hinweis gibt. Ihr GFI-Score beträgt vier, was bereits als frail gilt. Frau R. ist eine gut organisierte, vorausblickende Dame, die ihre Defizite und Ressourcen gut einschätzen kann. Sie zeigte sich an der Mitarbeit bei der wissenschaftlichen Arbeit sehr interessiert und lieferte wertvolle Beiträge in sehr gewählter Ausdrucksweise, aber auffallend verlangsamer Sprechweise. Sie schätzt ihren Gesundheitszustand eindeutig als besser ein als die gleichalte Population und fühlt sich im Allgemeinen nicht gebrechlich, nur in der momentanen Rehabilitationsphase.

Frau I.H. ist eine 96-jährige Dame, deren stationärer Aufenthalt an der AGR zwölf Tage dauerte. Aufnahmegrund war Dekonditionierung nach multiplen Infekten. Sie ist verwitwet und hat keine Kinder. In vielen basalen und komplexen Alltagsaktivitäten ist sie, aufgrund von Schmerzen und Bewegungseinschränkungen durch chronische Polyarthritits, auf Fremdhilfe angewiesen (dreimal täglich Heimhilfe bei Entlassung, Neffe, Hauspartei). Sie hat einen Barthelindex von 75 und einen IADL-Wert von zehn. Sie versucht, so selbständig wie möglich zu sein, nimmt aber Hilfe in Anspruch, wo es notwendig ist („responsible dependency“). Ihre vielen Diagnosen zeigen klassische Multimorbidität. Es seien hier nur beispielhaft und unvollständig einige angeführt, wie zum Beispiel arterielle Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Gastritis, Hypothyreose unter Substitution, cardiale Insuffizienz, chronische Niereninsuffizienz und Anämie. Elf verschiedene Medikamente nimmt sie täglich ein. Frau H. lässt sich Essen vom Wirtshaus liefern. Sie benützt zwei Stöcke zum Gehen in der Wohnung und verlässt diese nur mehr zweckgebunden und in Begleitung. Sie war in den letzten Monaten einmal gestürzt. Dank ihrer Notrufuhr und des Schlüssels im Schlüsselsafe konnte ihr sofortige Hilfe zuteil werden. Die alte Dame sieht trüb und muss eine Lupe zum Lesen verwenden. Eine Stressinkontinenz ist bekannt. Mit einem BMI von 27,3 ist sie leicht übergewichtig (Größe: 157cm, Gewicht: 67,3kg). Die Mindestpensionistin bezieht Pflegegeld der Stufe 3. Ihre Schulbildung beschränkt sich auf den Besuch einer Volksschule, beruflich arbeitete sie als Fabrikarbeiterin. In der MMSE zeigt sie mit 26 Punkten eine leichte kognitive Beeinträchtigung, die GDS gibt mit 3/10 Punkten keinen Hinweis auf das Vorliegen einer Depression. Der GFI Score beträgt acht, liegt also im Bereich der Frailty. Während des Interviews zeigte die Patientin ausgeprägte Mimik und bestärkte ihre Worte mit viel Gestik. Ihren Gesundheitszustand schätzt sie im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen besser ein. Sie bezeichnet sich als „gebrechlich aber glücklich.“

Frau H.N. ist eine hochbetagte Dame im 87. Lebensjahr. Sie hatte sich bei einem Sturz im April 2012 eine Schenkelhalsfraktur zugezogen, die mit einer Hemiprothese operativ versorgt wurde. Im Juni 2012 war sie abermals gestürzt, mit der Folge einer Rippenfraktur. Beide Male wurde sie im Zustand der Dekonditionierung mit einmal täglicher Heimhilfe nach Hause entlassen. Nachdem die näheren Lebensumstände nicht beachtet worden waren, scheiterte auch die zweite Entlassung von unfallchirurgischen Abteilungen nach nur wenigen Stunden und die Patientin wurde auf die Akutgeriatrie gebracht. Im Laufe von drei Wochen lernte sie wieder, sicher mit dem Rollmobil zu gehen und einige Alltagsaktivitäten selbständig auszuführen. Ganz wichtig war dabei, auf die psychische Situation der verunsicherten, antriebslosen Dame einzugehen, und ihr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu vermitteln. Frau N. ist verwitwet und hat keinerlei Angehörige, sie verließ die Wohnung in den letzten Monaten nicht mehr. Die geriatrische Depressionsskala bestätigt mit 9 von 15 Punkten, dass sie leicht depressiv ist und auch der IADL-Wert von 3/16 sowie der Bathelindex von 65 verdeutlichen ihre Abhängigkeit von Fremdhilfe. Bei der Entlassung wird aufgrund dessen die Heimhilfe auf dreimal täglich aufgestockt und zusätzlich ein Besuchsdienst zweimal pro Woche organisiert. Notrufuhr, Schlüsselsafe und verschiedene Hilfsmittel werden ebenfalls organisiert, um die Sicherheit der sturzängstlichen Patientin zu verbessern. Der GFI zeigt mit einem Wert von zehn, dass Frailty vorliegt. Mit 26 Punkten in der MMSE screent sie ein leichtgradiges kognitives Defizit. Die alte Dame hat einen BMI von 20,7, was deutlich untergewichtig ist. Sie leidet unter Harn- und Stuhlinkontinenz. Ein Pflegegeldantrag (bisher Stufe eins) ist im Laufen. Zusätzliche Diagnosen sind arterielle Hypertonie, rezidivierende Harnwegsinfekte, eine Divertikulose und ein Glaukom. Sieben verschiedene Medikamente sind der entsprechende Therapieversuch von ärztlicher Seite. Sie besuchte nach der Hauptschule eine kaufmännische Berufsschule und arbeitete als Bürokauffrau. Frau N. zeigte sich sehr erfreut, zu der wissenschaftlichen Arbeit einen Beitrag leisten zu dürfen und gab interessante Wortmeldungen zum Thema. Sie bezeichnet sich nicht als gebrechlich, denn dieser Begriff sei ihr fremd, eher als krank, aber erst seit ihrem Sturz. Im Vergleich zum Gesundheitszustand der Gleichaltrigen findet sie sich „nicht besser und nicht schlechter“.

Frau H.B. ist im Jahre 1919 geboren, verwitwet und lebt seit einem Dreivierteljahr mit einer ihrer beiden Töchter im gemeinsamen Haushalt in ihrem Einfamilienhaus, um von der fürsorglichen Familie auf diese Weise bestmöglich betreut werden zu können. Zusätzlich

kommt auch viermal pro Woche eine Heimhilfe, die beim Baden hilft. Weitere gute Sozialkontakte bestehen. Der IADL-Wert der Patientin von 6/16 zeigt deutliche Abhängigkeit von Fremdhilfe und auch der Barthelindex von 55 bei Entlassung spricht objektiv für ein Selbstfürsorgedefizit. Die hochbetagte Dame sprüht jedoch voll Energie und ist bestrebt, so selbständig und unabhängig wie möglich zu sein. Sie kam mit der Rettung über die Erstversorgung auf die AGR aufgrund einer seit einer Woche zunehmenden Müdigkeit, allgemeiner Schwäche, Gangunsicherheit und Fiebers. Sie hatte 2007 einen folgenschweren Verkehrsunfall und ist seither auf ein Rollmobil als Gehbehelf angewiesen. Die Wohnung verlässt sie nur mehr in Begleitung der Töchter. Sie war in den letzten Monaten rezidivierend gestürzt. Eine Dranginkontinenz besteht. Sie bezieht Pflegegeld der Stufe drei und besitzt bereits sämtliche Hilfsmittel, die ihre Lebensqualität und Sicherheit verbessern sollen. Eine Notrufuhr wird organisiert. Frau B. ist nicht depressiv (1/15 Punkten in der GDS) und hat keinerlei kognitive Beeinträchtigung (29/30 Punkten in der MMSE). Der GFI-Score beträgt fünf, ihr BMI ist mit 24,1 im Bereich des Normalgewichts ihrer altersmäßigen Vergleichspopulation. Eine hohe Multimorbidität besteht, die unter anderem rezidivierendes Krampfgeschehen, Osteoporose, Kardiale Insuffizienz, Arthrosen und ein Mamma-Ca mit Ablatio mammae links umfasst. Entsprechend ist die Polypharmazie (sieben verschiedene Medikamente). Die kommunikative, interessierte alte Dame hat maturiert und als Sportlehrerin an einer Hauptschule gearbeitet. Ihre jugendlichen Stimme und ihre fast schelmisch wirkende, lebensfrohe Art waren während der Interviewsituation auffallend. Entsprechend fühlt sie sich subjektiv überhaupt nicht gebrechlich und im Vergleich zu ihren Altersgenossinnen gesundheitlich wesentlich besser (bei acht auf einer Skala bis zehn).

Frau I.Sch. ist 95 Jahre alt, verwitwet und wurde wegen Vertigo und zunehmender Schwäche auf die AGR aufgenommen. Sie war in der Wohnung mit Furniturewalking mobil, außer Haus benützte sie zwei Stöcke bzw. ein Rollmobil. Aufgrund der Mobilitätsverschlechterung und einer zunehmenden Sturzangst hatte sie die Wohnung in den letzten zwei Monaten allerdings nicht mehr verlassen. Sie hatte 2001 beidseits eine Schenkelhalsfraktur, im letzten Jahr gab es keine Stürze. Die Patientin hat aufgrund einer Makuladegeneration einen deutlich eingeschränkten Visus und überdies besteht eine Schwerhörigkeit. Sie ist kontinent und bezieht Pflegegeld der Stufe zwei, ein Erhöhungsantrag ist im Laufen. Frau Sch. war bisher selbständig in den meisten ADLs, aber zuletzt abhängig von der Hilfe der Tochter, was die erweiterten Alltagsaktivitäten betrifft (Barthel-Index: 90/100, IADL-Wert 6/16). Bisher war

sie ohne soziale Hilfsdienste ausgekommen. Diverse Hilfsmittel sind bereits vorhanden. Die Tochter ist die einzige Person, mit der sie Sozialkontakt hat. Ein Tageszentrum wurde der kontaktfreudigen Dame bei Entlassung empfohlen. Die hochalte Dame ist insulinpflichtige Diabetikerin, verwitwet, hat eine Hauptschule und eine Schneiderlehre abgeschlossen und im Handel gearbeitet. Neben den bereits erwähnten Diagnosen sind im Arztbrief weitere zehn vorliegende Erkrankungen angeführt, darunter pulmonale Hypertension, Polyneuropathie, chronische Niereninsuffizienz oder auch cervicale Spondylarhrose mit funktioneller Bewegungseinschränkung. Zehn verschiedene Medikamente nimmt sie täglich ein. Ihr BMI von 26 ist im Normbereich. Frau Sch. hat einen MMSE-Score von 26, was für eine leichte kognitive Beeinträchtigung spricht. Sie ist nicht depressiv (GDS von 1) und hat einen Wert von 8 im GFI, also objektiv deutlich gebrechlich. Sie fühlt sich auch subjektiv gebrechlich, weil sie ohne Gehbehelf oder Anhalten nicht mehr gehen kann und permanente Angst vor Stürzen hat. Ihren Gesundheitszustand wertet sie allerdings eher besser als den der Gleichaltrigen. Frau Sch. zeigt auch in der Interviewsituation deutliche Verlangsamung, ist aber motiviert zur Mitarbeit und kooperativ.

Herr G.X. steht im 96. Lebensjahr und wurde wegen Schwindels und damit verbundener Gangunsicherheit als Sekundäraufnahme 14 Tage auf der AGR behandelt. Seit dem Tod seiner Gattin lebt er alleine, benützte in der Wohnung einen Stock, und war noch regelmäßig alleine mit zwei Krücken außer Haus unterwegs. Er hat durch hochgradige Omarthrosen massive Bewegungseinschränkungen beider Schultern, hört trotz Hörgerätes sehr schlecht und kann nur mit Lupenbrille oder Lupe lesen. Er ist kontinent und bezieht Pflegegeld der Stufe vier, mit dem er seine Heimhilfe bezahlt, die einmal täglich zu ihm kommt und ihn vornehmlich in vielen IADLs unterstützt und für ihn kocht. Der alte, untergewichtige Mann (BMI von 23,5) hat seinen einzigen Sohn verloren und bezeichnet die Heimhelferin als seinen einzigen Sozialkontakt, der ihm „Goldes Wert“ ist. Sein IADL-Wert ist 6/16, der Barthel-Index bei Entlassung 85. Auch er ist multimorbid. Elf verschiedene Diagnosen sind nachzulesen, u.a. koronare Herzkrankheit, Prostatakarzinom, degenerative Wirbelsäulenveränderungen und Cox- und Omarthrose beidseits. Ihm wurden vier verschiedene Medikamente verordnet. Herr X. hat Volks-, Haupt- und Berufsschule absolviert und als selbständiger Elektroinstallateur gearbeitet. In der MMSE screent er mit 26 Punkten, was für eine leichte kognitive Beeinträchtigung spricht. Die GDS zeigt mit 4/10 Punkten keine depressive Verstimmung. Der GFI-Wert liegt bei 4. Herr X. ist ein humorvoller Mann, der versucht, alles leicht zu

nehmen. Entsprechend möchte er sich keinesfalls als gebrechlich bezeichnen und empfindet seinen Gesundheitszustand subjektiv besser als den der Gleichaltrigen. Seiner körperliche Fitness gibt er fünf Punkte auf einer Skala von zehn. In der Interviewsituation war er jedoch weinerlich, weil er meinte, mit seinen Antworten, die sehr kurz und bündig ausfielen, nicht zu entsprechen.

Frau H.T. ist eine 86-jährige verwitwete Dame, die nach der Hauptschule eine Berufsschule absolviert und bis zur Pensionierung eine Trafik geführt hatte. Sie war wegen zunehmender Verschlechterung des Allgemeinzustandes und Schwäche an einer medizinischen Abteilung aufgenommen worden und wurde von dort zur weiteren Mobilisierung auf unsere Abteilung transferiert, wo sie fast zwei Monate in Behandlung war. Sie war rezidivierend gestürzt und hat bereits zwei Knie- und eine Hüftendoprothese. Auch sie hat neun chronische Krankheiten vorzuweisen und nimmt sieben verschiedene Medikamente ein. Die alte Dame verwendet seit zwei Jahren ein Rollmobil zum Gehen und hatte die Wohnung seit einem Jahr nicht mehr verlassen. Sie hat bereits mehrere Hilfsmittel und ein Krankenbett zu Hause und bezieht Pflegegeld der Stufe vier. Beidseitige schmerzhaft Abnützungen der Schulter- und Hüftgelenke limitieren ihre Beweglichkeit zusätzlich. Ihre Enkelin und deren Familie sowie eine Nachbarin kümmern sich um sie und erledigen die außerhäuslichen Alltagsaktivitäten für sie. Sie wird zukünftig auch zweimal pro Woche eine Heimhilfe beanspruchen. Frau T. erreicht bei Entlassung einen Barthelindex von 85, ihr IADL- Wert liegt bei 7, der Bodymassindex liegt mit 25 im Normbereich, der GFI-Score von acht spricht für eine objektive Frailty, die MMSE von 26 bedeutet ein leichtes kognitive Defizit, sieben Punkte in der GDS zeigen eine leichte Depression. Frau T. ist eine sehr bestimmende Frau mit ganz genauen Vorstellungen, die sie mit kräftiger Stimme auch in der Befragung über Gebrechlichkeit kund tat. Auf die Frage, ob sie sich gebrechlich fühle, antwortete sie mit „Ja“ und ihren Gesundheitszustand bewertet sie subjektiv als schlechter als den der Gleichaltrigen.

Zusammenfassend soll die nachfolgende Tabelle (bestehend aus Tabelle 1 und Tabelle 2) einen Überblick über die erfassten Daten geben. Die berechneten Mittelwerte und Standardabweichungen sind:

Alter: 90,4 Jahre (SD 4,4), Interviewdauer: 17,1min (SD 4,0), IADL: 7,5 (SD 2,7), GDS: 4,1 (SD 2,7), MMSE: 26,1 (SD 2,4), GFI: 6,8 (SD 2,1), Barthel Index: 82,5 (SD 7,5)

3.4. Tabellarischer Überblick über alle Daten der interviewten Personen

	H.B.	I.Sch.	G.X.	H.T.	K.C.
Interviewdauer (Minuten)	20,16	18,25	11,23	18,2	16,02
Alter	93	94	95,5	86	89
Geschlecht	w	w	m	w	w
Schulbildung	Matura	Volksschule, Hauptschule, Lehrabschluss	Volksschule, Hauptschule, Berufsschule	Volksschule, Hauptschule, Berufsschule	Volksschule
Familienstand	verwitwet	verwitwet	verwitwet	verwitwet	verwitwet
Kinder	2 Töchter	1 Tochter	1 Sohn (verstorben)	Stiefsohn	1 Tochter
Sozialkontakte	Familie, Bekannte	Nur Tochter, Tageszentrum geplant	Enkel, v.a. Heimhilfe	Enkelin	Familie
Heimhilfe	4x/Woche, Tochter lebt bei ihr	Unterstützung durch Tochter	1x/Tag	2x/Woche, Unterstützung durch Enkelin	3x/Woche
chron. Erkrankungen	art. Hypertonie, kard. Insuff, Osteoporose, Omarthrose re	kard. Insuff, art. Hypertonie, pulmonale Hypertonie, insulinpflichtiger Diabetes mellitus, chron. Niereninsuff, Polyneuropathie, Vertigo, cervicale Spondylarthrose	kard. Insuff, KHK, Prostatakarzinom, Omatrosen, Coxatrosen, deg. Wirbelsäulenveränderungen	KHK, arterielle Hypertonie, Hyperthyreose, Osteoporose, Arthrosen, St. p. Myokardinfarkt	Hypertonie, degenerative Wirbelsäulenveränderungen, Osteoporose, rez. Gastritiden, Anämie
Stürze im letzten Jahr	rezidivierend	/	rezidivierend	rezidivierend	2x
Frakturen> Folgen	DHS li	SHF re u li 2001	Knie-TEP 2000	SHF 09> Hüft-TEP re, Knie-TEP bds., Subcap. Humerusfraktur	Nasenbeinbruch 2011
Gehbehelf	Rollmobil	Furniturewalking in der Wohnung, Rollmobil	2 Krücken	Rollmobil	Stock und Furniturewalking, Rollmobil für außer Haus
bes. Merkmale	Unfall2007>Marknagel re Unterschenkel	hört schlecht, Makuladegeneration	sieht und hört schlecht	Tremor, hört schlecht	massive Kyphoskoliose
BMI	24,1	26	23,5	25	21
IADL	5	6	6	7	12
GDS	1	1	4	7	4
MMSE	29	26	26	26	28
GFI	5	8	4	8	7
BARTHEL-INDEX	85	90	85	85	90
subj Gesundheitszustand	besser	besser	besser	schlechter	besser
fühlt sich gebrechlich	nein	ja	nein	ja	ja

Tabelle 1: Überblick über alle erfassten Daten der anonymisierten Versuchspersonen, Teil 1

	I.T.	L.L.	B.R.	I.H.	H.N.
Interviewdauer (Minuten)	24,22	16,49	13,02	21,43	19,13
Alter	91	83	90	96	86
Geschlecht	w	m	w	w	w
Schulbildung	Volksschule, Hauptschule, Handelsschule	Mittelschule, Berufsschule, Meisterprüfung> zuletzt Portier	Volksschule, Mittelschule> Direktionssekretärin	Volksschule> Fabrikarbeiterin	Hauptschule, kaufmännische Berufsschule
Familienstand	verwitwet	verwitwet	verwitwet	verwitwet	verwitwet
Kinder	1 Sohn (verstorben)	2 Söhne	1 Sohn	/	/
Sozialkontakte	Enkel, Schwiegertochter, Nachbarin, ...	1 Sohn, Heimhilfe	Freundeskreis, Pfarre, Familie	Neffe, Hauspartei	keinerlei
Heimhilfe	in Zukunft 1x/Tag	1x/Tag	1x/Woche	3x/Tag	in Zukunft 3x/Tag
chron. Erkrankungen	chron Polyarthritis, Osteoporose, KHK	KHK, art. Hypertonie, Herzwandaneurysma, Nephrektomie li bei Nierenzellen-Ca, Osteopenie mit WK-Fraktur, kard. Insuffizienz, Diabethes mellitus	art. Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Hypothyreose	art. Hypertonie, KHK, kard. Insuffizienz, Hypothyreose, chron, Niereninsuffizienz	art. Hypertonie, Anämie, Sigmadivertikulose
Stürze im letzten Jahr	1x= Aufnahmegrund> Humerusfraktur	rezidivierend	1x>SHF	1x	2x
Frakturen> Folgen	TEP li Hüfte	/	SHF> DHS re, Knie-TEP vor 5 J	/	SHF 4/12> Hemiprothese, Rippenfraktur
Gehbehelf	Furniturewalking in der Wohnung, 1 Stock außer Haus	Rollmobil	Stock, Rollmobil	Furniturewalking, Stock	Rollmobil
bes. Merkmale	starke Schwerhörigkeit	starke Schwerhörigkeit	starke Schwerhörigkeit trotz Hörgeräten	arthritische Gelenksdeformitäten, sieht schlecht	fühlt sich mehr krank als gebrechlich
BMI	24,5	23	29,6	27,3	20,7
IADL	8	10	8	10	3
GDS	5	6	1	3	9
MMSE	29	21	24	26	26
GFI	5	9	4	8	10
BARTHEL-INDEX	85	80	85	75	65
subj Gesundheitszustand	besser	besser	besser	besser	nicht besser, nicht schlechter
fühlt sich gebrechlich	nein	nein	nein	ja	erst seit Sturz

Tabelle 2: Überblick über alle erfassten Daten der anonymisierten Versuchspersonen, Teil 2

Alle zehn Personen sind verwitwet und müssen sich beim Gehen anhalten, bzw. einen Behelf wie Stock, Krücken oder Rollmobil zum Gehen verwenden. Sieben von ihnen hören sehr schlecht, trotz Benützung von Hörgeräten. Drei Personen sind stark sehbehindert.

Wie aus der Spalte der Krankheiten und Diagnosen ersichtlich wird, sind alle zehn Befragten multimorbid. Bei Entlassung werden neun von ihnen soziale Dienste durch Heimhilfen in Anspruch nehmen, wobei die Frequenz von 1x/Woche bis 3x/Tag reicht. Der Mittelwert der MMSE beträgt 26,1 (SD 2,4), was einem leichten kognitiven Abbau entspricht. Der Mittelwert des BMI beträgt 24,5 (SD 2,7) und liegt im Normalbereich nach den ESPEN 2000 Kriterien für über 65-Jährige, die im Folgenden kurz dargestellt sind.

BMI beim geriatrischen Patienten:

< 18,5	18,5 – 19,9	20 – 21,9	22 – 26,9	27 – 29,9	> 29,9
Schere Malnutrition	Leichte Malnutrition	Risiko für Malnutrition	Normal-Gewicht	Präadipositas	Adipositas

3.5. Entstehungssituation des Materials

Die Patienten, die für das Interview geeignet schienen, wurden direkt angesprochen und vorab über das Vorhaben informiert. Die Teilnahme an der Studie erfolgte selbstverständlich freiwillig. Die ausgewählten Personen bekamen eine informative Einverständniserklärung zur Unterschrift ausgehändigt und ein Termin wurde vereinbart, wobei größter Wert darauf gelegt wurde, Rücksicht auf das aktuelle Befinden der Patienten zu nehmen und deren persönlichen Tagesablauf auf der Station nicht zu stören.

Die Interviews und Tests fanden nach Beendigung der Dienstzeit der Autorin, ungestört in deren geschlossenem Therapieraum statt. Ärzte und Pfleger waren über den Verbleib der Patienten informiert. Es war vorab geklärt, dass keine Besucher die Sitzungen stören würden. Zu Beginn des Gespräches wurden die Personen noch einmal über das Vorhaben der Diplomarbeit informiert und auf die Wichtigkeit ihrer Wortspende hingewiesen. Der Stil der Kommunikation sollte einem „weichen Interview“ entsprechen (J. Bortz & Döring, 2006, S. 239). Dabei muss ein Vertrauensverhältnis aufgebaut, ein wertschätzendes Klima geschaffen und sympathisierendes Verständnis dem Interviewpartner gegenüber gezeigt werden. Dadurch, dass die Autorin in ihrer Funktion als Ergotherapeutin dem Patienten kein Fremder

war, konnte eine Vertrauensbasis als gegeben angenommen werden. Ein spezielles Aufnahmegerät zeichnete die Fragen und Antworten des Interviews auf. Die vorbereiteten Fragen sollten im Sinne eines halbstandardisierten Interviews als Leitfaden dienen. Je nach Antwortverhalten dauerten die Interviews von 11,23 Minuten bis 26,02 Minuten, durchschnittlich 17,1 Minuten, Standardabweichung 4,0. Die Tonbandaufnahmen wurden entsprechen der Transkriptionsregeln nach Mayring (2010) in schriftliche Form gebracht. Neben den Leitfadeninterviews wurden soziodemographische Daten erhoben und die Screeningverfahren MMSE (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975), GDS (Sheikh & Yesavage, 1986) und GFI (Steverink et al., 2001) durchgeführt. (Sämtliche Erhebungsinstrumente werden ins Kapitel 3.5.2 genau erläutert). Nach Beendigung der Erhebung blieb Zeit für persönliche Worte, welche die Erhebungssituation mit Wertschätzung und Dank ausklingen lassen sollten, und den alten Menschen die Möglichkeit geben sollten, Dinge zu erzählen, die sie gerade beschäftigten, aber unabhängig von der Befragung waren. Nach durchschnittlich einer Stunde war die Interaktion beendet.

3.5.1. Halbstandardisiertes Einzelinterview

Das halbstandardisierte Interview diente als Haupterhebungsinstrument für die spezielle Fragestellung vorliegender Diplomarbeit. Dabei wurde ein theoriegeleiteter Fragenkatalog erstellt, der eine Struktur in das Gespräch bringen und als Leitfaden dienen sollte, wobei die Reihenfolge der Fragen nur ungefähr festgelegt wurde. Es musste genügend Gestaltungsspielraum bleiben, um flexibel auf die Äußerungen der Befragten eingehen zu können, den Kommunikationsstil entsprechend individuell anpassen und den Interviewten genug Raum für eigene Formulierungen und Gedankenspiele geben zu können. Ziel war es, das Interview in die Tiefe gehen zu lassen, um möglichst viel persönliche Information zu dem Thema zu gewinnen. Der Leitfaden sollte eine Struktur in das Gespräch bringen und gleichzeitig die zu explorierenden Themen von mehreren Seiten her beleuchten, um mehr Information erhalten zu können. Aus therapeutischen Befragungssituationen konnte die Erfahrung umgesetzt werden, dass das Befragen aus unterschiedlichen Perspektiven, gerade beim hochalten Menschen, mehr Wortmeldungen bringt.

3.5.2. Weitere Erhebungsinstrumente

Soziodemographischer Fragebogen: Ein selbsterstellter Soziodemographischer Fragebogen erfasste Alter, Geschlecht, Schulbildung, Familienstand, Kinder, Sozialkontakte, Einsatz von Heimhilfe, BMI, chronische Erkrankungen und eine Liste der im Arztbrief aufgeführten Diagnosen, die Anzahl der Stürze im letzten Jahr, Benützung eines Gehbehelfs und vorhandene Endoprothesen.

MMSE: Minimal State Examination (Folstein et al., 1975): Die MMSE wurde erstmals 1975 von Folstein et al. publiziert und ist seither ein weltweit verbreitetes Standardinstrument, um kognitive Einschränkungen alter Menschen zu erkennen (Folstein et al., 1975). Sie wird als ein Instrument in der Demenzdiagnostik eingesetzt und prüft Orientierung, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Rechnen, Benennen, Lesen, Schreiben sowie visuo-konstruktive Fähigkeiten. In der Frailty-Literatur (Fried et al., 2001) wird der Wert von 18 als untere Grenze herangezogen, da eine sinnvolle Befragung der Interviewpartner unter diesem Wert, der im Original als Grenzwert zu mittelschwerer kognitiver Einschränkung im Sinne eines dementiellen Abbaus gilt, nicht ausreichend gewährleistet ist. Das Verbalisierungs- und Artikulationsvermögen könnte unter anderem eingeschränkt sein (18-24 Punkte: leichte Demenz, 10-17 Punkte: mittelschwere Demenz, <10 Punkte: schwere Demenz) (Folstein et al., 1975). Auf der AGR im Krankenhaus Hietzing gelten revidierte Werte, die nach Strotzka (2004) für den ambulanten Bereich hinaufgesetzt wurden und die Grenze zwischen leichter und mittelschwerer Demenz bei 21 ansetzen. (21-26 Punkte: leichte Demenz, 12-20 Punkte: mittelschwere Demenz, 0-11 Punkte: schwere kognitive Beeinträchtigung). (Strotzka, 2004)

GDS (Sheikh & Yesavage, 1986): Die Geriatrische Depressionsskala ist ein weit verbreitetes Assessmentinstrument, das Hinweise auf depressive Verstimmungen im Alter oder auf Altersdepressionen geben kann. Dieser Fragebogen ist ebenfalls wichtig zu beachten, da eine massive Depression das Antwortverhalten der befragten Personen verändern und die Ergebnisse in eine negative Richtung verzerren kann. Bei 15 möglichen Punkten gibt ein Wert von über 10 Hinweis auf eine schwere Depression, 6-10 Punkte verweisen auf eine leichte Depression, bei 0-5 Punkten liegt keine Depression vor (Sheikh & Yesavage, 1986).

Nachdem sich die Psychologin, die auf der AGR für die psychometrischen Testungen zuständig ist, zum Zeitpunkt der Erhebungen im Mutterschaftsurlaub befand, führte die Autorin die beiden letztgenannten Screening-Verfahren selbst durch.

IADL-Skala (Lawton & Brody, 1969): Wie in Kapitel 4.2.4 beschrieben, wird die IADL-Skala auf der AGR leicht modifiziert angewandt, um differenziertere Ergebnisse zu erhalten. 16/16 Punkte sind der höchstmögliche Punktwert, der bei völliger Unabhängigkeit in den erweiterten Alltagshandlungen zu erreichen ist. In ihrer beruflichen Funktion erhebt die Autorin die IADL-Werte selbst und verifiziert sie zumeist noch mit den Aussagen der Angehörigen.

Barthelindex (Mahoney & Barthel, 1965) zur Bestimmung der Selbständigkeit in den Alltagskompetenzen bzw. der Bestimmung der funktionellen Beeinträchtigung. Der Barthelindex wird auf der Station vom Pflegepersonal eingestuft. Nachdem die Selbständigkeit und Selbsthilfefähigkeit jedoch ein zentraler Aspekt der ergotherapeutischen Arbeit ist, überprüfte die Autorin die Einstufung genau und praxisbezogen. 100 Punkte sind der maximal erreichbare Wert.

Groningen Frailty Indicator (Steverink et al., 2001) als Frailty Instrument: Die Entscheidung fiel auf dieses Instrument, weil es die multidimensionale Sichtweise des Konstruktes unterstreicht und nicht nur körperbezogene Items bedient. Im Gegensatz zum Frailty Index, der ebenfalls diesen Ansprüchen gerecht wird, stellt er ein kurzes und einfach zu administrierendes Screening-Verfahren dar. Die physischen (Mobilität und funktionelle Mobilität, Gesundheitsprobleme erfasst durch Medikation, Gewichtsverlust, körperliche Fitness, Hören, Sehen), kognitiven (Gedächtnisprobleme, Demenz), psychischen (depressive und ängstliche Verstimmung) und sozialen (emotionale Isolation) Defizite aus den 15 Fragen werden mit jeweils einem Punkt bewertet. Ab einem Punktwert von vier spricht man von Frailty. (Steverink et al., 2001)

Sämtliche Erhebungsinstrumente sind im Anhang einsehbar.

3.5.3. Ausschlusskriterien

Ein MMSE- Wert von unter 21 und ein Wert in der GDS von größer als 10 gelten als Ausschlusskriterien. Als Erklärung gilt, dass sowohl eine mittelgradige Demenz als auch eine schwere Depression Auswirkungen auf das Antwortverhalten haben können.

Status post cerebraler Insult, ausgeprägte Form des Morbus Parkinson und eine terminale Erkrankung in der Krankengeschichte sind ebenfalls Ausschlusskriterien. Als Begründung gilt, dass die erhobenen Werte und Aussagen möglicherweise als Konsequenz dieser

Einzelkrankungen, bzw. abhängig von der terminalen Erkrankung, gesehen werden könnten. (Fried et al., 2001)

4. Fragestellung der Analyse

Vor dem emotionalen und kognitiven Handlungshintergrund des Patienten sollen Aussagen über Gebrechlichkeit erfasst werden. Es ist davon auszugehen, dass das Befinden des Patienten und seine kognitive Auseinandersetzung mit dem Begriff in jede seiner Äußerungen einfließen. Ein wesentlicher Punkt der qualitativen Analyse ist die Theoriegeleitetheit, die sich bereits in der inhaltlich theoretisch begründeten Fragestellung äußern muss. „Theoriegeleitetheit heißt nun, an gewonnene Erfahrungen anderer anzuknüpfen, um einen Erkenntnisfortschritt zu erreichen.“ (Mayring, 2010, S. 58)

Die Forschungsfrage lautet daher wie folgt:

Was bedeutet Gebrechlichkeit für den hochalten Menschen und stimmen seine subjektiven Aussagen mit dem Stand der Frailtyforschung überein?

Angelehnt an die Einteilung nach Gobbens (2009), die im Theorieteil herangezogen wurde um das Konstrukt umfassend zu beschreiben, entstehen folgende Unterfragestellungen:

Unterfragestellung 1: Wird Gebrechlichkeit von alten Menschen multidimensional gesehen, oder ist es eine rein körperliche Entität für sie?

Unterfragestellung 2: Ist Gebrechlichkeit ein dynamisches Geschehen, auch in der subjektiven Bewertung alter Menschen?

Unterfragestellung 3: Ist auch in der Anschauung hochalter Menschen eine klare Trennung zu funktioneller Behinderung und Krankheit zu erkennen? Was bedeutet Gesundheit für sie?

Unterfragestellung 4: Glauben die Interviewpartner, Gebrechlichkeit verhindern zu können, bzw. welche positiven Einflussmöglichkeiten auf den Zustand der Gebrechlichkeit sehen sie?

Es soll weiters ermittelt werden, ob das subjektive Gefühl, gebrechlich zu sein, mit den objektiven Ergebnissen des Frailty-Instruments übereinstimmt bzw. wie die hochalten Menschen ihren Gesundheitszustand subjektiv einschätzen. Der objektive Gesundheitszustand lässt sich durch die Anzahl der Diagnosen und die funktionelle Behinderung durch IADL- und ADL-Werte operationalisieren.

5. Auswertung

5.1. Ablaufmodell der Analyse

In der geplanten Arbeit soll die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) zu einer Vertiefung im Sinne einer Nachexploration, einer Überprüfung der Zusammenhänge und einer Ergänzung der Informationen aus subjektiver Sicht führen.

Die Konstruktion der Kategorien gilt als zentraler Punkt der qualitativen Inhaltsanalyse, um damit das zweite wichtige Merkmal neben der Theoriegeleitetheit, nämlich die Regelgeleitetheit, gewährleisten zu können. Zu diesem Zwecke wurden die übergeordneten Leitfragen herangezogen und aus ihnen Hauptkategorien (HK) formuliert. Das heißt, die Hauptkategorien wurden deduktiv aus dem Stand der Forschung erstellt, die Subkategorien wurden jedoch auch induktiv gewonnen, um daraus eine inhaltliche Strukturierung bzw. Explikation als Analysetechnik anschließen zu können. (Mayring, 2010) Alle zehn Interviews wurden auf passende Inhalte gesichtet und weiter in entsprechende Themenbereiche untergliedert, die als Subkategorien (SK) angeführt werden. Der nächste Schritt im Ablaufmodell erforderte einen Kodierleitfaden im Sinne von Sichten und Auswählen von Ankerbeispielen pro Kategorie und das Aufstellen von Kodierregeln, um die einzelnen Aussagen richtig den entsprechenden Kategorien zuordnen zu können. Eine laufende Rücküberprüfung des Kategoriensystems erfolgte an Theorie und Material, bis letztendlich die endgültige Kodierung festgemacht werden konnte.

In der folgenden Tabelle (Tabelle 3) sind nun diese Haupt- und Subkategorien übersichtlich dargestellt.

HK 1 Bedeutung des Begriffs Gebrechlichkeit	HK 2 Dimensionen der Gebrechlichkeit	HK 3 Vorbeugende Maßnahmen	HK 4 Positive Einflussfaktoren	HK 5 Gesundheit	HK 6 Krankheit
SK 1 Verschlechterung der Mobilität	SK 1 geistige Gebrechlichkeit	SK 1 Vorsicht walten lassen	SK 1 positive Gefühle durch Sozialkontakte	SK 1 kurze emotionale Äußerungen zur Gesundheit	SK 1 kurze emotionale Äußerungen zur Krankheit
SK 2 Abhängigkeit von Fremdhilfe	SK 2 seelische Gebrechlichkeit	SK 2 auf den Körper hören	SK 2 Freuden und Aufgaben im Alltag	SK 2 Definitionen der Gesundheit über das Befinden	SK 2 Definition über Allgemeinbefinden
SK 3 Hilflosigkeit	SK 3 soziale Gebrechlichkeit	SK 3 Lebensstilfaktoren	SK 3 geistige Herausforderung	SK 3 Freude am Leben	SK 3 psychische Krankheit
SK 4 reduzierte Belastbarkeit		SK 4 Verfolgen von Zielen	SK 4 Selbständigkeit erleben	SK 4 Aktivitäten	SK 4 Krankheit als Fehlen von Gesundheit
SK 5 altersbedingter Abbau		SK 5 kein Einfluss auf Entstehung	SK 5 Willenskraft	SK 5 intellektuelle Herausforderung	
			SK 6 Kompensation durch technische Geräte		

Tabelle 3: Hauptkategorien und Subkategorien, ermittelt durch die qualitative Inhaltsanalyse

5.2. Interpretation der Interviews

Vorab sei eine interessante Beobachtung erwähnt. Auf die Frage „Wann haben Sie zum ersten Mal über Gebrechlichkeit nachgedacht?“ antworteten vier der zehn hochaltrigen Interviewpartner, sie hätten vor dem Interview noch nie über Gebrechlichkeit nachgedacht. Eine Dame antwortete sogar folgendermaßen: „Das Wort war nicht in meinem Wortschatz“ (H.N.). Trotzdem war es allen zehn Personen gut möglich, ihre Gedanken in der Befragungssituation spontan zu äußern und Assoziationen zum gefragten Begriff zu erstellen.

So ergab sich zunächst die erste Kategorie aufgrund der Fragen: „Was ist für Sie Gebrechlichkeit, was verbinden Sie mit diesem Wort?“

5.2.1. Hauptkategorie 1: Bedeutung des Begriffs Gebrechlichkeit

Kodierregel: In dieser Kategorie sind alle Aussagen zusammengefasst, die die Personen bei dem Versuch tätigten, dieses Konstrukt zu beschreiben. Es ergab sich dabei die Schwierigkeit, dass Überschneidungen mit Hauptkategorie 2 (Dimensionen der Gebrechlichkeit) gegeben sind. Nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse müssen die Zuordnungen eindeutig zu einer Kategorie erfolgen. Dem Folge leistend, beziehen sich die folgenden Subkategorien auf körperliche Merkmale. Die wenigen Aussagen, die über Physisches hinausgehen, sind sinngemäß besser in der zweiten Hauptkategorie aufgehoben. Auf diese Weise ergeben sich für die erste Hauptkategorie fünf Subkategorien, die in Folge dargestellt werden.

Subkategorie 1: Verschlechterung der Mobilität

Kodierregel: In diese Subkategorie fallen alle Passagen, die die Gebrechlichkeit auf Defizite in der Mobilität beziehen.

Ankerbeispiel: „Wenn man überhaupt keine Schritte mehr ohne Hilfsmittel machen kann, das ist Gebrechlichkeit“ (H.T.).

Acht von zehn Personen erwähnten in ihren Überlegungen die eingeschränkte Mobilität auf irgendeine Art und Weise. Ob das nun die Unfähigkeit ist, sich selbständig bewegen zu können, was die Gehfähigkeit, die nur mit Krücken, Stock oder anderem Gehbehelf möglich ist, einschließt, oder auch nur das schlechte Gehen an sich betrifft, die Mobilität ist ein großes Thema in diesem Zusammenhang. „Man ist nicht mehr beweglich, hat kein Verlangen nach irgendeinem Gehen“ (G.X.), „nicht mehr rennen können, wie die anderen, nicht mehr so mitkommen“ (K.C.), solche und ähnliche Aussagen machen das Erleben der eingeschränkten Gehfähigkeit anschaulich. Auch die langsamer werdende Gehgeschwindigkeit wird erwähnt. Gebrechlichkeit wird auch im Zusammenhang mit Stürzen von der Hälfte der Personen thematisiert. Eine Untersuchungsteilnehmerin meinte, sie würde das Wort gebrechlich gern durch zerbrechlich ersetzen, denn so empfinde sie den Körper, der einer erhöhten Sturzgefahr ausgesetzt ist (H.N.). Andererseits äußerte sie die Vermutung, dass die Gebrechlichkeit auch Folge der Stürze und den daraus resultierenden Brüchen sein könnte. Ebenso argumentiert eine weitere Person, die meint, die Gebrechlichkeit wäre Schuld an der Unaufmerksamkeit,

die zu Stürzen führe. Stürze und Verletzungen erwähnt auch Frau G.S, die folgende Aussage mit Gebrechlichkeit verbindet: „Du musst aufpassen, dass du nicht fällst, denn dann brichst du dir was. Brechen steckt im Wort. Gebrechlich wird man durch einen Bruch. Erst dann ist man wirklich gebrechlich.“ Insgesamt drei der zehn Interviewpartner haben überhaupt erst über Gebrechlichkeit in ihrem Leben nachgedacht, nachdem sie gestürzt waren und die Folgen daraus erlebt hatten. Probleme beim Stiegensteigen und schmerzbedingte Unfähigkeit, die Knie heben zu können, betreffen ebenso Mobilitätseinschränkungen. In diese Kategorie sind auch folgende Gegenteile von Gebrechlichkeit einzubringen: flott unterwegs sein (Gegenteil von reduzierter Gehgeschwindigkeit), sehr beweglich sein und „dass man fest im Leben steht“. Letztgenannte Standfestigkeit ist gegenteilig konform mit der erhöhten Sturzgefahr.

Die Mobilität, vor allem in Bezug auf die Gehfähigkeit, spielt also eine große Rolle im subjektiven Empfinden der Gebrechlichkeit.

Subkategorie 2: Abhängigkeit von Fremdhilfe

Kodierregel: In diese Kategorie fallen sämtliche Passagen, die den Begriff durch Abhängigkeit von anderen definieren, nicht aber Hilflosigkeit per se ansprechen. Letzteres wird der zweiten Subkategorie zugeordnet.

Ankerbeispiel: „dass man eben für jeden schweren Handgriff, jeden komplizierten Handgriff, eine Hilfe braucht“ (L.L.).

Sechs der zehn Interviewpartner bringen die Abhängigkeit von Fremdhilfe in ihre Definition ein. Wenn es einem nicht mehr möglich ist, seinen Tagesablauf ohne die Hilfe von anderen zu gestalten, so wird dieses Angewiesensein auf andere als große Belastung empfunden. Die Abhängigkeit von anderen Menschen sowie das Gefühl, schwierige Dinge nicht selbständig bewältigen zu können, fallen ebenfalls in diese Kategorie. Eine der Damen beschreibt eindrücklich, dass sie es schrecklich finde, wenn sie für unfähig gehalten wird, nur weil sie alt ist, und deshalb bemuttert werde. Sie möchte, was möglich ist alleine ausführen, aber sie kann auch, wenn nötig, Hilfe in Anspruch nehmen (H.B.). So glaubt auch eine andere Interviewperson, dass jemand, der wirklich gebrechlich ist, sehr dankbar wäre für jede Hilfe, die ihm zuteil werde. Auch in der Formulierung des Gegenteils von Gebrechlichkeit findet sich der Aspekt der Abhängigkeit von Fremdhilfe wieder: Im Alter gewisse Aufgaben selbständig bewältigen zu können, alles alleine bewerkstelligen zu können und für sich selber sorgen zu können, sind dieser Kategorie, mit umgekehrten Vorzeichen, zuzuordnen. Diese

Abhängigkeit von Fremdhilfe bezieht sich auf die unmittelbaren und erweiterten Alltagsaktivitäten und ist Ausdruck der funktionellen Behinderung, wie es auch im Theorieteil (siehe Kapitel 4.2.4) beschrieben ist.

Subkategorie 3: Hilflosigkeit

Kodierregel: Aussagen, die explizit Hilflosigkeit ansprechen, fallen in diese Kategorie.

Ankerbeispiel: „Manchmal fühlt man sich schon hilflos, weil man im Moment nicht weiß, wie kommt man über diese Situation“ (I.T.).

Bei einer Person fiel der Begriff der Unbeholfenheit als Synonym für Gebrechlichkeit. „Wenn man älter ist, und nicht mehr alles machen kann, was man will, fühlt man sich patschert und hilflos“, meint K.C. Das entspricht auch der Aussage von H.T.: „Wenn etwas aus der Hand fällt und ich kann es nicht aufheben, oder etwas gelingt nicht.“ Hilflosigkeit wird aber auch im Zusammenhang mit dem Umgang mit technischen Geräten genannt: Man fühle sich gebrechlich, sprich hilflos, wenn man wieder einmal mit Computer, Fernsehapparat oder Handy nicht zurecht komme.

In dieser Subkategorie lässt sich deutlich das subjektive Erleben der Hilflosigkeit im Zusammenhang mit Gebrechlichkeit erkennen.

Subkategorie 4: altersbedingter Abbau

Kodierregel: Hier werden alle Aussagen subsummiert, die Gebrechlichkeit über das Alter definieren. Auch wenn im Ankerbeispiel der Geist erwähnt wird, so gilt das Hauptaugenmerk dieser Aussage dem Alter als Ursache. Auf den Geist wird erst in der zweiten Hauptkategorie eingegangen.

Ankerbeispiel: „Verfall des Körpers und des Geistes, bedingt durch das kommende Alter“ (B.R.).

Lediglich fünf der zehn hochalten Damen und Herrn stellen eine explizite Assoziation zwischen Alter und Gebrechlichkeit her. Von „genetischem Verfall“ (I.H.) wird gesprochen, oder ganz einfach von der Feststellung „Wenn der Mensch alt wird, wird er gebrechlich“ (I.H.). Synonyme wie Altersgebrechlichkeit oder Altersbeschwerden werden genannt und als Gegenteil von Gebrechlichkeit fällt einmal das Wort Jugend (B.R.). In diese Kategorie fallen auch die altersbedingten Veränderungen, die genannt werden, wie Nachlassen des Hör- und Sehvermögens, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Osteoporose und Zittern der Hände. K.C.

sagt mit dem Brustton der Überzeugung: „Gebrechlichkeit, das ist das Alter, das ist kein Einzelfall.“

Subkategorie 5: reduzierte Belastbarkeit

Kodierregel: In diese Kategorie fallen alle Aussagen, die mit nachlassender Belastbarkeit zu tun haben.

Ankerbeispiel: „Ich fühle mich zerschlagen oder zerdrückt, erdrückt auch. Erdrückt ist ein Wort, das ich anwenden kann... erdrückt von den Problemen und von den Anforderungen“ (H.N.).

Vier der hochalten Leute brachten Gebrechlichkeit in Zusammenhang mit dem Nachlassen der Kräfte und dem Gefühl, „dass es nicht mehr so geht wie man will“ (I.Sch.), „dass man nicht mehr kann, was man früher gemacht hat“ (K.C.). Man werde im Allgemeinen schlechter belastbar. Diese abnehmende Belastbarkeit führe dazu, dass man anfällig wird für Verschiedenes. Eine Person antwortete spontan auf die Frage nach dem Gegenteil von Gebrechlichkeit mit dem Wort „Kraft“.

Gebrechlichkeit ist in dieser Subkategorie im Sinne von Kraftlosigkeit beschrieben, die sich darin äußert, dass man den Anforderungen nicht mehr gewachsen ist.

Zusammenfassend zur ersten Hauptkategorie lässt sich festhalten, dass der Begriff Gebrechlichkeit in den subjektiven Vorstellungen der befragten, hochalten Menschen fast ausschließlich über körperliche Assoziationen definiert wird. Das betrifft Mobilität, Kraft und Belastbarkeit, die, wenn sie nicht mehr ausreichend vorhanden sind, zu funktioneller Beeinträchtigung führen, was wiederum mit Hilflosigkeit und Abhängigkeit von Fremdhilfe einhergeht. Auch das Alter in der Definition von Gebrechlichkeit steht letztlich im Zusammenhang mit körperlichen Abbauprozessen.

5.2.2. Hauptkategorie 2: Dimensionen der Gebrechlichkeit

Kodierregel: Diese Hauptkategorie betrifft die Multidimensionalität des Konstruktes Gebrechlichkeit und enthält alle Aussagen, die diesbezüglich von den Interviewpartnern getätigt wurden. Zum größten Teil ergaben sich Wortmeldungen, welche die verschiedenen Dimensionen der Gebrechlichkeit betrafen, erst auf die konkrete Frage „Glauben Sie, ist das Wort Gebrechlichkeit nur mit körperlichen Einschränkungen verbunden, oder spielen auch andere Faktoren hinein?“.

Subkategorie 1: geistige Gebrechlichkeit

Kodierregel: In diese Kategorie fallen alle Aussagen der Interviewpartner, die die Dimension der geistigen Gebrechlichkeit beinhalten.

Ankerbeispiel: „Beweglichkeit, auch geistige natürlich, gehört unbedingt dazu. Das ist vielleicht sogar wichtiger als die körperlichen Gebrechen, weil wenn man geistig nichts mehr weiß, sich nicht erinnern kann oder keinen Tag mehr weiß oder kein Gespräch führen kann, das ist, glaube ich, das Allerschrecklichste“ (I.T.).

Nur in zwei Definitionsversuchen wurde der Begriff der Gebrechlichkeit unmittelbar und unaufgefordert mit geistigen Einschränkungen assoziiert. Dabei ist von „Verfall des Körpers und Geistes“ (B.R.) (bereits angesprochen) die Rede und von „Nachlassen des Hirns“ (G.X.). Auf die konkrete Frage nach anderen Faktoren waren die sogenannten geistigen Einschränkungen jedoch sehr präsent in den Köpfen aller hochalten Frauen und Männer, die interviewt wurden. Die Vergesslichkeit wird hier in sechs der zehn Interviews der Gebrechlichkeit zugeordnet: Worte entfallen, Namen werden vergessen, allgemein heißt es in einem Interview „man vergisst sehr schnell“ (B.R.). I.H. drückt es sehr plastisch aus: „Der Kopf ist das Wichtigste. Wenn einmal der Kopf auslässt, ist mit dem Körper auch nichts mehr los. Da kann man schon Amen sagen. Der Kopf ist das Hauptding, wenn da mal eine Schraube locker ist, ist alles vorbei.“ Oder mit den Worten von H.B.: „Wenn man sich nichts mehr merkt, ist das auch eine Art Gebrechlichkeit... Ich finde, dass der Geist im Alter erst seine richtige Wirkung zeigt, weil es ist das Wichtigste, dass man noch bei Bewusstsein ist.“ Auch ein Mensch, der „irgendwie nicht mehr ganz da ist, ist gebrechlich. Der muss in dem Sinne nicht gebrechlich sein, weil er ja noch flott unterwegs ist und gilt trotzdem zu den Gebrechlichen“ (H.T.). Ein anderer Aspekt geistiger Gebrechlichkeit bezieht sich auf eingeschränkte Ausdrucksfähigkeit. Konkret könne man nicht mehr ausdrücken, was man will oder denkt. Einmal kamen überdies geistige Interesselosigkeit und die mangelnde Anregung des Geistes zur Sprache. Beides fällt ebenfalls in diese Kategorie.

Subkategorie 2: Seelische Gebrechlichkeit

Kodierregel: Aufgeführt werden hier alle Aussagen, die die psychische Dimension der Gebrechlichkeit betreffen.

Ankerbeispiel: „Die Seele hat Einfluss auf den Körper“ (I.Sch.).

H.N. beschreibt eine Wechselwirkung zwischen Psyche und Körper und versteht unter seelischer Gebrechlichkeit, dass man psychisch schlechter belastbar ist.

Seelische Konflikte werden von einer Person im Zusammenhang mit Gebrechlichkeit genannt, eine andere Person spricht von der Bedeutung der seelischen Einstellung, der seelischen Belastung, die entstehen kann, wenn man etwa den körperlichen Abbau merkt. Auch kein gutes Gewissen zu haben oder mit jemandem im Streit sein und schlechtes Auskommen zu haben, wird erwähnt und fällt in diese Kategorie, weil es die Psyche negativ beeinflusst und seelische Gebrechlichkeit erzeugen kann. Es muss erwähnt werden, dass dieser Faktor in lediglich vier von zehn Interviews genannt wurde, und, mit Ausnahme eines einzigen Interviews, dies erst nach erneutem Nachfragen nach weiteren Faktoren der Gebrechlichkeit.

Subkategorie 3: Soziale Gebrechlichkeit

Kodierregel: Äußerungen, die sich auf die soziale Dimension der Gebrechlichkeit beziehen, werden unter dieser Kategorie subsummiert. Auch hier muss darauf hingewiesen werden, dass soziale Dimensionen der Gebrechlichkeit erst nach konkretem Nachfragen genannt werden, also von vornherein in keinem der zehn Interviews spontan assoziiert wurden. Sehr wohl aber fanden sich zahlreiche Äußerungen im Hinblick auf die Bedeutung von Sozialkontakten für den gebrechlichen Menschen. Es ergeben sich also thematische Überschneidungen dieser Subkategorie mit Hauptkategorie 4, die positive Einflussfaktoren auf den Zustand der Gebrechlichkeit zum Thema hat. Eine Art von Doppelnennung muss jedoch hier angeführt werden, um eine vollständige Beantwortung dieser Subfrage gewährleisten zu können.

Ankerbeispiel: „Wenn man ein soziales Umfeld hat, so hat man eine Stütze. Da steht man wie ein Rohr im Wind“ (H.N.).

Ohne Sozialkontakte wäre man der Gebrechlichkeit ausgesetzt. Das Alleinesein habe insofern Bedeutung in diesem Zusammenhang, da einen niemand „zur Wende bringen“ (H.N.) könne. Ohne persönliche Kontakte fehle Zuneigung und Wärme, es ziehe eine gewisse Kälte ein und „ohne Wärme und Liebe kann man eigentlich nicht leben“ (H.N.).

Nachdem die körperlichen Faktoren der Gebrechlichkeit bereits in der ersten Hauptkategorie im Kapitel der Definitionen Erwähnung fanden, wurde hier der Fokus auf weitere mögliche Dimensionen der Gebrechlichkeit gelegt. Die Aussagen der Interviewpartner, die der Hauptkategorie zwei zugeordnet sind, lassen sich wie folgt zusammenfassen: Geistige

Gebrechlichkeit ist im Bewusstsein der Befragten sehr präsent, wohingegen die psychischen Dimensionen erst auf konkrete Nachfrage hin mit dem Konstrukt in Verbindung gebracht wurden. Die psychosoziale Dimension und umweltbedingte Faktoren wurden von den Interviewpartnern als Einflussfaktoren bzw. vorbeugenden Maßnahmen genannt und fallen damit in HK drei und vier.

5.2.3. Hauptkategorie 3: Vorbeugende Maßnahmen, um Gebrechlichkeit zu verhindern

Kodierregel: Diese Hauptkategorie ergibt sich deduktiv und beinhaltet alle Antworten der Interviewpartner auf Fragen der folgenden Art: „Glauben Sie, ist es möglich, Gebrechlichkeit zu verhindern? Gibt es eine sinnvolle Maßnahme dagegen? Haben Sie einen Einfluss darauf, Gebrechlichkeit zu verhindern?“ Diese Kategorie umfasst allgemeine Aussagen über vorbeugende Maßnahmen und ist nicht mit der Hauptkategorie vier gleichzusetzen, die konkret nach positiven und negativen Einflussfaktoren auf den bereits vorhandenen Zustand der Gebrechlichkeit forscht.

Subkategorie 1: Vorsicht walten lassen, um Stürze zu vermeiden

Kodierregel: In diese Subkategorie werden alle Textpassagen eingeordnet, die sich darauf beziehen, dass der alte Mensch besondere Obacht geben muss, damit er Stürze vermeiden kann. Stürze werden hier als Ursache oder Auslöser für Gebrechlichkeit gesehen.

Ankerbeispiel: „Jeder Sturz ist ein Schritt mehr zur Gebrechlichkeit“ (I.Sch.).

Fünf der zehn Interviewpartner äußerten sich dahingegen, dass sie unsicheres Gehen meiden müssten, damit sie nicht gebrechlich würden. Das kann bedeuten, einen Stock zu verwenden, sich anzuhalten oder abzustützen, wenn notwendig. „weil ich mir sage, es ist gescheiter, ich habe wenigstens einen Stock, als ich stehe frei und kann mich nirgends abstützen... es ist ein überhaupt komisches Gefühl, wenn irgendwas in der Nähe ist, und wenn es nur eine Tischplatte ist, wo ich mich nur ein bisschen anhalten kann, ist das schon ein Gefühl, da gibt es etwas, das mich stützen kann“, meint I.T. Ähnlich drückt es B.R. aus, wenn sie sagt: „Man muss zur Kenntnis nehmen, dass man nicht mehr jung ist und mehr acht geben muss.“ Vorsichtig sein, aufpassen, dass man nicht stolpert, also keinen Fehltritt machen, Fehlgriffe vermeiden und auch langsamer werden, all diese genannten Maßnahmen fallen in diese Subkategorie.

Subkategorie 2: Auf den Körper hören

Kodierregel: Aussagen, die das Wahrnehmen des eigenen Körpers und seiner möglichen Veränderungen im Hinblick auf Gebrechlichkeit beinhalten, werden dieser Unterkategorie zugeordnet.

Ankerbeispiel: „Vorbeugend, naja, sagen wir Osteoporose oder Krampfadern, kommen ja nicht schlagartig, das beginnt langsam. Und dass man sich da sofort anschauen lässt und fragt, was kann ich dagegen machen, da kann man schon, glaub ich, vieles verhindern“ (I.T.).

Mit „auf seinen Körper hören“ ist gemeint, Beschwerden ernst zu nehmen, um die richtigen Konsequenzen folgen lassen zu können. Aber auch die vorbeugende Maßnahme, sich nicht zu überfordern, wird in diesem Zusammenhang genannt. Drei Personen tätigten ebensolche Aussagen.

Subkategorie 3: Lebensstilfaktoren

Kodierregel: Alle Passagen, in denen Lebensstilfaktoren als sinnvolle Maßnahmen, um Gebrechlichkeit zu verhindern, genannt wurden, fallen in diese Subkategorie.

Ankerbeispiel: „gesunde Lebensweise, viel Bewegung an frischer Luft, Erholung zur richtigen Zeit“ (H.N.).

Fünf Interviewpartner glauben, dass man durch Berücksichtigung von Faktoren, die den Lebensstil betreffen, Einfluss darauf hat, Gebrechlichkeit nicht aufkommen zu lassen. Dazu zählen sie gesunde Ernährung, Gewichtsreduktion und das Betreiben von Sport. Eine etwas differierende Meinung hat H.T., die der Ansicht ist, dass man Gebrechlichkeit nur verhindern könne, wenn man sein Leben von Anfang an ganz anders leben würde, ohne zu arbeiten: „Sich nur hinsetzen und sich bedienen lassen.“ Auch letztgenannte Passage macht deutlich, dass es sich hierbei um eine bestimmte Art von Lebensstil handelt, der in der Vermeidung jeglicher Arbeit und Anstrengung eine Möglichkeit sieht, dem Zustand der Gebrechlichkeit vorzubeugen, und kann damit erklärt werden, dass es durch eine solch „ruhige“ Lebensweise möglicherweise zu weniger Abnützungserscheinungen oder Gefahrensituationen kommen kann. „Es spielt bestimmt die Bildung, die man genossen hat, eine große Rolle“ (H.B.). H.B. bezog diesen Satz auf die Wichtigkeit der Bildung, um nicht gebrechlich zu werden. B.R. misst der Umwelt eine große Bedeutung zu. Neben der Ernährung würde eine gute finanzielle Situation Gebrechlichkeit vermeiden helfen. Auch L.L. ist der Überzeugung, dass sich

finanzielle Benachteiligungen negativ auf den alten Menschen im Hinblick auf Gebrechlichkeit auswirken können.

Subkategorie 4: Verfolgen von Zielen

Nachdem es nur eine einzige Aussage zu dieser Kategorie gibt, diese aber keiner der anderen Subkategorien zuzuordnen ist, wird hier auf die Kodierregel verzichtet und diese Aussage als Ankerbeispiel gebracht.

Ankerbeispiel: „vor allem fleißig und strebsam sein, und sich bemühen, etwas im Leben zu werden“ (H.B.).

Offensichtlich wird hier eine Einstellung angesprochen, in der sich die Person Ziele im Leben setzt und diese auch konsequent verfolgt, um sie erreichen zu können. Diese Art von Fleiß und permanentem Streben nach individuellen Zielen bilde einen Schutz, gebrechlich zu werden.

Subkategorie 5: kein Einfluss auf die Entstehung von Gebrechlichkeit

Kodierregel: In diese Kategorie fallen alle Aussagen, die zum Inhalt haben, dass es nicht möglich ist, Gebrechlichkeit zu verhindern.

Ankerbeispiel: „Der Zustand kommt und ist da“ (H.T.).

Vier der zehn hochalten Interviewpartner sind der festen Überzeugung, dass es keine Maßnahmen gibt, Gebrechlichkeit zu verhindern. Sie sehen keinerlei Möglichkeit, die Entstehung von Gebrechlichkeit zu beeinflussen, nicht zuletzt, weil man als Junger gar nicht daran denke, weil zu dieser Zeit noch alles selbstverständlich wäre. I.H. antwortet auf die Frage, ob man es verhindern kann, gebrechlich zu werden: „Ich glaube nicht, das ist altersbedingt.“

Aufgrund der in den vier Subkategorien beschriebenen Erkenntnisse kann diese dritte Hauptkategorie folgendermaßen zusammengefasst werden: Es gibt in den subjektiven Meinungen der alten Menschen kein einheitliches „Rezept“, das angewandt werden kann, um Gebrechlichkeit zu verhindern. Es lässt sich jedoch erkennen, dass auch in diesem Punkt die auf Körper und Mobilität bezogenen Maßnahmen überwiegen. Sicherheit beim Gehen, Vermeiden von Stürzen durch die Nutzung von Gehbehelfen, Anhalten und Abstützen und die besondere Aufmerksamkeit diesbezüglich sowie das Hören auf Warnsignale des Körpers, all das kann bei der Hälfte der Befragten dazu beitragen, dass es nicht zu Gebrechlichkeit

kommt. Neben einigen wenigen Lebensstilfaktoren und einer zielstrebigem Lebensweise wurden keine weiteren Ideen zur Vermeidung genannt. Für vier der Befragten lässt sich die Gebrechlichkeit überhaupt nicht willentlich vermeiden, wobei nur eine Person explizit das Alter dafür verantwortlich machte.

5.2.4. Hauptkategorie 4: Positive Einflussfaktoren auf den Zustand der Gebrechlichkeit

Diese Hauptkategorie beinhaltet alle Aussagen, die sich auf die Frage nach positiven und negativen Einflussfaktoren auf den Zustand der Gebrechlichkeit ergaben. Im Unterschied zur vorherigen Hauptkategorie sind hier nicht vorbeugende Maßnahmen gemeint, die Gebrechlichkeit verhindern sollen, sondern individuelle Einflussmöglichkeiten auf den Zustand, der bereits eingetreten ist. Nachdem nur wenige negative Faktoren genannt wurden, werden sie mit umgekehrten Vorzeichen in dieser Kategorie verarbeitet.

Subkategorie 1: Positive Gefühle durch Sozialkontakte

Kodierregel: Passagen, die positive Gefühle betreffen, deren Erleben sich positiv auf den Zustand der Gebrechlichkeit auswirken, werden in dieser Subkategorie zusammengefasst.

Ankerbeispiel: „Wenn einem Liebe und Interesse von Menschen entgegengebracht wird, an denen einem etwas liegt“ (I.T.).

Für sieben der zehn Interviewpartner ist liebevolle Zuwendung durch Familie, Freunde und Bekannte ein essentieller Einflussfaktor. Freundlichkeit und ein offenes Ohr für eigene Sorgen wirkten sich positiv aus und man fühle sich dadurch weniger gebrechlich. Auch Anrufe und andere Aufmerksamkeiten, die der Einsamkeit entgegenwirken würden, zählten dazu. Liebe Worte würden einem Menschen wieder Kraft geben: „wenn jemand sich mit allem schwer tut... allein das Gefühl, ich kann das nicht mehr und niemand ist da, das ist schon wie wenn eine schwarze Wolke auf den Kopf drückt und drückt einen immer mehr hinunter. Das ist das Ärgste... und wenn es einen Menschen gibt, der ein paar liebe Worte spricht, oder ein paar Handgriffe macht, das ist wie ein Sonnenstrahl“ (I.T.). Genannt wird auch, dass es wichtig sei, mit den Mitmenschen im Guten zu sein, nicht zu streiten oder Böses zu erleben. „Weil jeder Mensch, auch wenn er noch so alt ist, hat Gefühle. Für die Liebe ist es nie zu spät. Der Mensch blüht dann innerlich auf, wenn er einen guten Menschen hat, einen Freund“ (I.H.). Negativ ausgedrückt, klingt das beispielsweise so: „wenn einer auf Hilfe angewiesen ist, sich

vielleicht nicht so durchsetzen oder äußern kann, und wird immer weggeschoben, der wird immer mehr in sich gekehrt und sagt, es nützt eh alles nichts, wäre gescheiter, ich wär tot“ (I.T.).

Gemeint ist damit, dass sich jedes freundliche Wort auf hilfsbedürftige Menschen äußerst positiv auswirke, wie es ein Interviewpartner treffend beschreibt. Ein weiterer nennt Frieden und Wohlbehagen in der Familie als unmittelbare Faktor der Gebrechlichkeit. Ein gutes Familienleben, aber auch das Vorhandensein von Freunden oder Nachbarn, die Zeit schenken und für den alten Menschen da sind, wird in diesem Zusammenhang gesehen. Besuche und soziale Kontakte förderten auch einen besseren Umgang mit dem Zeitgeschehen und dem, was sich in der Umwelt abspiele.

Subkategorie 2: Freuden und Aufgaben im Alltag

Kodierregel: Aussagen, die freudvolle Beschäftigungen und Freuden allgemein zum Inhalt haben, um dadurch die Gebrechlichkeit positiv beeinflussen zu können, fallen in diese Kategorie.

Ankerbeispiel: „Man sollte, wenn man in so einer Verfassung ist, wirklich etwas haben, mit dem man sich beschäftigen kann“ (I.T.).

Sich selbst eine Freude zu machen, wird hier genannt, etwa durch den Ankauf eines hübschen neuen Kleidungsstückes oder von Blumen. Blumen werden auch im Zusammenhang mit Beschäftigung genannt. Blumen zu versorgen wäre eine gute Beschäftigung und eine große Freude. Auch die Freude an der Natur wurde erwähnt, etwa durch das Beobachten der Vögel. Freude erleben könne man auch durch das Hochhalten schöner Erinnerungen oder durch Erfolgserlebnisse, wenn Dinge gelingen. Hobbys sollten auch im Alter weiterbetrieben werden. I.Sch. erwähnt in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit, eine Aufgabe zu haben, die Freude macht, und führt aus: „Wenn mein Mann noch leben täte, wäre ich bestimmt nicht so gebrechlich, weil da reiße ich mich mehr zusammen und lasse mich nicht so gehen, da habe ich eine Verpflichtung, ihn zu betreuen, und das ist natürlich und macht viel aus“.

Zusammengefasst geht es in dieser Kategorie darum, dass erlebten Freuden und Aufgaben im Alltag eine positive Auswirkung auf den Zustand der Gebrechlichkeit zugeschrieben wird.

Subkategorie 3: Geistige Herausforderung

Kodierregel: Diese Subkategorie subsummiert alle Interviewpassagen, die geistige Betätigung

als positiven Einflussfaktor auf den Zustand der Gebrechlichkeit beinhalten.

Ankerbeispiel: „Ich lese viel, auch Fachbücher, und diskutiere mit meinem Sohn“ (L.L.).

Die Antworten von drei Interviewpartnern auf die Frage „Haben Sie Einfluss darauf, Gebrechlichkeit zu beeinflussen?“ beziehen sich darauf, sich geistig fit zu halten. Das kann durch Interesse am Tagesgeschehen, Anregung durch die Umwelt, Weiterbildung oder Lesen geschehen. Auf jeden Fall gehe es darum, geistig in Bewegung zu bleiben und geistige Herausforderungen bewusst zu suchen.

Subkategorie 4: Kompensation durch technische Geräte

Kodierregel: Aussagen, die technische Geräte oder Hilfsmittel zum Inhalt haben, bilden diese Kategorie.

Ankerbeispiel: „Es macht natürlich sehr viel aus, wenn man gewisse Geräte im Haus hat, die einem etwas erleichtern... weil, soviel ich weiß, die meisten alten Mensch eigentlich so lange es möglich ist, in ihrer Wohnung bleiben wollen“ (I.T.).

Für zwei der zehn interviewten Personen lässt sich der Zustand der Gebrechlichkeit positiv durch technische Geräte beeinflussen. Diese können große Erleichterung im Alltag bieten, sodass das subjektive Gefühl, gebrechlich zu sein, weniger stark zutage tritt. Genannt wurden in diesem Zusammenhang etwa Wasserkocher oder Mikrowellenherd. Aber auch die Verwendung von Hilfsmitteln fällt in diese Kategorie. Explizit genannt wurde diesbezüglich die Greifzange, die es ermöglicht, Dinge vom Boden aufzuheben, wenn das Bücken unmöglich geworden ist.

Subkategorie 5: Selbstständigkeit erleben

Kodierregel: Diese Kategorie entstand durch alle Passagen, die sich darauf beziehen, Selbstständigkeit zu bewahren und zu erleben, was positive Auswirkungen auf den Zustand der Gebrechlichkeit haben kann.

Ankerbeispiel: „dass man so viel wie möglich selber tut, was man im Leben braucht“ (H.B.).

Eine Interviewpartnerin erwähnte einen Unfall, nach dem sie sofort angefangen habe, zu trainieren, um die Alltagskompetenzen wiederzuerlangen, sodass sie das Gefühl, gebrechlich zu sein, erst gar nicht aufkommen habe lassen. Eine weitere formulierte es sinngemäß so, dass sie versuche, vieles selbständig zu machen, und wenn sie dabei „unfallfrei“ („Unfall – was

man im Haus halt haben kann“) unterwegs sein könne, dann wäre sie aufgebaut und denke: „Na schau, bist ja doch nicht so beinand“ (H.T.).

Subkategorie 6: Willenskraft

Kodierregel: Alle Textstellen, die Willenskraft und positives Denken zum Inhalt haben, fallen in die sechste Subkategorie.

Ankerbeispiel: „Ich habe oft solche Momente... nicht dass ich nicht hätte mir Kleinigkeiten machen können, aber irgendwie, da schwimmt alles weg. Ich mag nicht. Da sitz ich halt und mag nicht. Das dauert eine ganze Weile. Dann rede ich mir selber zu: Pass auf, wenn du jetzt jammerst, kein Mensch kommt und hilft dir. Jetzt steh auf, geh hin, mach Dir einen Kaffee, dreh den Fernseher auf oder...“ (I.T.).

Die Beeinflussung des gebrechlichen Zustandes durch eigene Willenskraft ist bei den Interviewpartnern offensichtlich sehr präsent, denn sieben von zehn erwähnten die Bedeutung des positiven Denkens. Man dürfe nicht nachgeben, Dinge, die man sich vornehme, müssten auch durchgeführt werden. Man dürfe sich keinesfalls fallen- oder gehenlassen. Sollte eine Therapie notwendig sein, so müsse man mitarbeiten und diese nicht boykottieren. „Kopf hoch, es muss gehen. Der Geist treibt den Körper an“, sagt I.T. Nicht aufzugeben ist in diesem Zusammenhang von großer Wichtigkeit. Nur so könne man sich die Lebensfreude bewahren. „Du kannst es, andere machen es auch.“ Diese Aussage von K.C. rundet das Bild in dieser Kategorie ab.

Alle Interviewpassagen, die der Hauptkategorie „Positive Beeinflussung der Gebrechlichkeit“ zugeordnet sind, machen deutlich, dass in den Laientheorien der hochaltem Menschen sehr wohl viele Möglichkeiten bestehen, den Zustand positiv beeinflussen zu können. Die eigene Willenskraft, das Erleben von Freuden, bewusste intellektuelle Herausforderung und das Erleben von Zuwendung durch andere Menschen können eine positive Richtung bestimmen. Ein Nichtvorhandensein dieser Faktoren hat entsprechend negative Auswirkungen auf den Zustand der Gebrechlichkeit. Diese Erkenntnisse sind von großer Wichtigkeit, denn sie verweisen auf die dynamische Sichtweise der Gebrechlichkeit, die besagt, dass der alte Mensch nicht starr in einem fixen Zustand verharrt, sondern seine Gebrechlichkeit veränderbar in Abhängigkeit vieler Faktoren zu sehen ist.

5.2.5. Hauptkategorie 5: Gesundheit

Diese Kategorie umfasst alle Antworten auf die Frage nach einer subjektiven Definition von Gesundheit. Es fiel den hochaltem Interviewpartnern schwer, Antworten auf die Fragen „Was ist Gesundheit für Sie persönlich, wie würden Sie Gesundheit definieren?“ oder auch „Wann fühlen Sie sich gesund?“ zu finden. Zumeist fielen die Definitionen sehr kurz aus. Die Antworten lassen sich aber doch eindeutig in fünf Subkategorien ordnen, die inhaltlich jedoch wenig umfangreich sind.

Subkategorie 1: Definition der Gesundheit über einen kurzen, positiv konnotierten, emotionalen Satz

Kodierregel: Alle Antworten, die aus einem kurzen emotionalen Satz bestehen, fallen in diese Kategorie.

Ankerbeispiel: „Gesundheit ist der größte Reichtum der Welt“ (K.C.).

In dieser Kategorie sollen alle sechs Äußerungen aufgeführt werden, die so, wie sie getätigt wurden, für sich sprechen und allesamt Ankerbeispiele sein könnten: Gesundheit „ist das höchste Gut“ (I.Sch.), „ist alles“, „ist das Wichtigste“ (H.B.), „ist das Wichtigste, das einem über alles andere hinweghelfen kann“ (I.T.), „ist das Schönste, das man haben kann“ (B.R.).

Subkategorie 2: Definition über das Befinden

Kodierregel: Diese Kategorie beinhaltet alle Äußerungen, die sich auf gutes Allgemeinbefinden beziehen.

Ankerbeispiel: „Ich fühle mich gesund, wenn ich einen Tag nicht daran erinnert werde, dass es mir mit den Beinen und den Gelenken so schlecht geht. Wenn ich nicht bei jedem Schritt auweh sage“ (H.T.).

Zu einem guten Allgemeinbefinden zählt Schmerzfreiheit, oder zumindest „was man aushält unter der Schmerzgrenze“ (H.T.). Insgesamt wird Gesundheit von drei Personen darüber definiert, keine Schmerzen zu haben. Das Wohlfühlen im eigenen Körper, in der eigenen Haut, wird ebenfalls drei Mal genannt. Eine weitere Definition gibt H.T., wenn sie sagt, Gesundheit wäre, mit möglichst wenigen Medikamenten auszukommen. Auch diese Aussage betrifft letztlich das Befinden, denn Medikamente werden dann verabreicht, wenn etwas im Körper nicht stimmt.

Subkategorie 3: Freude am Leben

Kodierregel: In diese Subkategorie gehören alle Passagen, die Gesundheit über Freude und Frohsinn definieren.

Ankerbeispiel: „Gesund fühle ich mich, wenn ich mich über etwas freuen kann, lachen kann, Frohsinn aufkommt“ (H.N.).

Insgesamt drei Personen meinten, dass lustig zu sein, Spaß zu haben und allen Spaß mitzumachen, sowie gute Laune zu haben, Gesundheit bedeute.

Subkategorie 4: Aktivitäten

Kodierregel: Definitionen von Gesundheit, die sich auf Aktivitäten verschiedener Art beziehen, sind dieser Kategorie zuzuordnen.

Ankerbeispiel: „Sport machen, Bewegung im Freien, Wandern, das ist Gesundheit“ (H.Sch.).

Die Fähigkeit, sich zu bewegen, wird genannt, ebenso wie, in gesteigerter Form, sich hundertprozentig bewegen zu können, aber auch allgemein, fit zu sein. Gesundheit bedeute, aktiv zu sein, abenteuerlustig und unternehmungslustig, meint etwa H.B. Wenn alles leicht zu bewältigen sei und die Arbeiten leicht von der Hand gingen, dann fühle sich L.L. gesund. Auch die Fähigkeit, die wichtigsten Alltagsaktivitäten ausführen zu können, zähle dazu. Eine andere Interviewpartnerin gibt an, gesund zu sein bedeute für sie, noch Autofahren und Gäste bewirten zu können. Gerne zu arbeiten wurde ebenso genannt.

Gerade was die Mobilität betrifft, die in dieser Unterkategorie angeführt wird, gibt es Überschneidungen zur Gebrechlichkeit. Auf diesen Umstand wird bei der Beantwortung der Forschungsfragen genau eingegangen.

Subkategorie 5: intellektuelle Herausforderung

Kodierregel: Aussagen, die Gesundheit durch geistige Beschäftigung beschreiben, bilden diese Kategorie.

Ankerbeispiel: „Gesund fühle ich mich in Gesellschaft von Menschen, mit denen ich reden kann“ (H.B.).

I.T. spricht von seelischer Gesundheit, die daraus bestehe, lesen, verstehen und sich zu einem Thema unterhalten zu können. Lediglich zwei Wortmeldungen fallen unter diese Subkategorie.

Zusammenfassend kann zur fünften Hauptkategorie festgehalten werden, dass die Definitionsversuche der Interviewpartner zu Gesundheit sehr vielseitig ausfallen. Auch in der Literatur gibt es eine große Anzahl von Definitionen, die meist aus komplexen Satzgebilden bestehen, um möglichst viele Aspekte einzubauen. Die Antworten der hochaltem Untersuchungsteilnehmer sind im Gegensatz dazu wenig umfangreich und sehr schlicht formuliert, jedoch kommen in ihrer Gesamtschau viele zentralen Punkte vor, die auch in der Theorie genannt werden.

5.2.6. Hauptkategorie 6: Krankheit

Die Teilnehmer an den Interviews wurden auch gefragt, was für sie persönlich Krankheit bedeute. Alle Antworten auf diese Frage sind in dieser Kategorie aufgeführt. Noch mehr als beim Thema Gesundheit schien es für sie sehr schwer, diesen Begriff für sich zu definieren. Das deckt sich mit der Theorie, in der kein eindeutiger Krankheitsbegriff zu finden ist. Auch hier fielen die Antworten sehr kurz, fast schlagwortartig aus, und nur selten wurde ein vollständiger Satz formuliert. Es fiel schwer daraus Subkategorien zu bilden und diese sind wenig umfangreich.

Subkategorie 1: Definition der Krankheit über einen kurzen, negativ konnotierten, emotionalen Satz

Kodierregel: Sämtliche schlagwortartigen, spontanen und sehr allgemein formulierten Antworten auf die Frage nach der subjektiven Bedeutung von Krankheit werden in dieser Subkategorie aufgeführt. Sie alle könnten Ankerbeispiele sein, die für sich selbst und diese Kategorie beispielhaft sind, und werden darum auch alle wörtlich aufgeführt, wodurch ein einzelnes Ankerbeispiel entfällt.

Krankheit ist „ein gewisser Absturz“ (H.S.), „eine schwere Belastung“ (I.H., I.T.), „eine plötzliche Situation, mit der man nicht gerechnet hat“ (I.T.), „etwas ganz Schreckliches“ (H.B., H.T.), „ein Laster“ (G.X.), „Warten auf Besserung“ (K.C.), „fürchterlich“ (K.C.).

Offensichtlich ist der Begriff Krankheit nicht nur besonders gegenwärtig im Alter, sondern auch auffallend emotional gefärbt in der subjektiven Sicht der hochaltem Interviewpartner. Die angeführten Aussagen lassen die Vermutung zu, dass Krankheit im Alter etwas sehr Bedrohliches darstellt.

Subkategorie 2: Definition über das Allgemeinbefinden

Kodierregel: In diese Kategorie fallen alle Aussagen, die sich auf das Befinden beziehen.

Ankerbeispiel: „Wenn man sich nicht wohlfühlt und es arge Schmerzen im Körper gibt, die man nicht beschreiben kann“ (H.T.).

H.T. erörtert weiter, dass es ihrer Meinung nach die Ungewissheit sei, die ein Krankheitsgefühl ausmache. Sobald man es beschreiben könne, ginge es vorüber und bedeute nicht krank für sie. Noch weitere vier Mal wird Krankheit über Schmerzen definiert. Auch Bettlägrigkeit, Fieber und körperliche Beschwerden, sich nicht rühren zu können, ebenso wie ein schlechter Allgemeinzustand, werden von den Interviewpersonen genannt.

Diese Subkategorie entspricht weitgehend der entsprechenden Subkategorie zum Begriff der Gesundheit, versehen mit negativen Vorzeichen.

Subkategorie 3: Psychische Krankheit

Kodierregel: Aussagen, die Krankheit nicht nur körperlich, sondern vor allem psychisch, beschreiben, werden dieser Subkategorie zugeordnet.

Ankerbeispiel: „Eine kranke Psyche macht den Körper dann selbst auch krank“ (H.N.).

Eine Interviewperson tätigte folgende Aussage, die auch hier einzuordnen ist: „Wenn man sich kränkt, kann auch die Seele krank sein“ (I.Sch.). Krankheit mache depressiv, Krankheit wäre „eine Traurigkeit“, aber auch „Krankheit als psychische Störung“, ist aus drei weiteren, verschiedenen Transkripten herauszulesen. Wenn man plötzlich in eine Situation käme, mit der man nicht gerechnet habe, könne dies eine schwere seelische Belastung sein.

Subkategorie 4: Krankheit als Fehlen von Gesundheit

Die Kodierregel entfällt hier, da es nur eine Aussage gibt, die diese Kategorie bildet, die als *Ankerbeispiel* wörtlich aufgeführt wird: „Krankheit ist, wenn man nichts, was man gerne tun möchte, tun kann, weil die Gesundheit fehlt“ (H.B.).

Die Passagen der letzten Hauptkategorie zusammenfassend, fällt auf, dass das Thema Krankheit von den hochhalten Interviewpartnern sehr emotional beschrieben wird. Selbst in der Unterkategorie Allgemeinbefinden klingen Emotionen an. In keiner Aussage gibt es Überschneidungen mit dem Begriff Gebrechlichkeit, was den Schluss zulässt, dass auch die Befragten deutlich zwischen Krankheit und Gebrechlichkeit unterscheiden.

6. Beantwortung der Forschungsfragen

Auf den folgenden Seiten wird die leitende Forschungsfrage der vorliegenden Diplomarbeit beantwortet, wobei im ersten Schritt zunächst auf die Subfragen eingegangen wird.

Unterfragestellung 1: Wird Gebrechlichkeit multidimensional gesehen, oder ist es eine rein körperliche Entität in der Meinung der hochalten Menschen?

Bereits die spontanen Definitionen der Interviewpartner auf die Frage nach dem Begriff Gebrechlichkeit und die subjektiven Assoziationen dazu zeigen ein deutliches Überwiegen der Körperlichkeit, die diesem Begriff innewohnt. Ganz besonders werden Mobilitätseinschränkungen mit Gebrechlichkeit in Verbindung gebracht. In erster Linie erwähnen die Interviewpartner das Gehen, das sich verlangsamt oder mitunter nur noch mit Hilfe eines Gehbehelfs wie Stock oder Rollmobil möglich ist. Anhalten, Aufstützen und Abstützen erhöhen in diesem Kontext die Steh- und Gehsicherheit der alten Menschen und sollen Stürzen vorbeugen. In diesem Zusammenhang muss erwähnt werden, dass alle zehn Personen einen Gehbehelf benützen oder in der Wohnung mit Anhalten an Möbelstücken gehen. Im Wort Gebrechlichkeit steckt das Wort „brechen“, wie es eine Dame treffend formuliert. Stürze und deren mögliche Folgen wie etwa Oberschenkelhalsbruch sind absolut präsent im Bewusstsein der alten Menschen, die allesamt schon Ereignisse dieser Art durchlebt haben. Sieben der zehn Personen haben bereits mindestens ein künstliches Gelenk. Gebrechlichkeit führt zu Stürzen, aber umgekehrt können Stürze auch zu Gebrechlichkeit führen. Auch dieser wechselseitige Zusammenhang wurde in den Interviews hergestellt. Die Angst vor Stürzen wohnt offensichtlich den meisten Interviewpartnern inne. Eine Dame würde das Wort gebrechlich gerne durch zerbrechlich austauschen, denn so ließe sich der Zustand des Körpers besser beschreiben. Diese Beschreibung geht einher mit dem Nachlassen der Kräfte im Körper und führe dadurch zu reduzierter Belastbarkeit in jeder Hinsicht. Der alte Mensch wird gezwungen, zur Kenntnis zu nehmen, dass er nicht mehr allen Anforderungen gewachsen ist, die der Alltag an ihn stellt. So gesehen führen Mobilitätseinschränkungen und Nachlassen der Kräfte zu funktionellen Beeinträchtigungen, die den Verlust von Selbständigkeit in den unmittelbaren und erweiterten Alltagsverrichtungen zur Folge haben und zu Abhängigkeit von anderen führen. Auch die in einer Subkategorie genannten altersbedingten Veränderungen wie etwa reduziertes Hör- und Sehvermögen oder Osteoporose sind eine körperliche Dimension der Gebrechlichkeit.

Nach Gobbens' (2009) Ansprüchen an eine gute Definition von Frailty muss die Multidimensionalität, die dieses Konstrukt bestimmt, berücksichtigt werden. So gesehen kommt die Multidimensionalität in den subjektiven Definitionen der Interviewpartner kaum vor. Wie bereits erwähnt, wird nur zwei Mal spontan von einem altersbedingten Abbau von Körper und Geist gesprochen. Erst auf konkretes Nachfragen, ob Gebrechlichkeit neben körperlichen auch mit anderen Faktoren verbunden ist, wurde der Blickwinkel der Interviewten auf Faktoren gelenkt, die von alleine unbeachtet geblieben wären, sehr wohl aber in der Beantwortung anderer Fragen wie Maßnahmen oder Einflussfaktoren indirekt spontan zum Tragen kamen. An erster Stelle ist die geistige Dimension zu erwähnen. Alle Personen nannten Aspekte, die auf geistige Gebrechlichkeit in unterschiedlicher Art Bezug nehmen. In den meisten Fällen wurde die Vergesslichkeit angesprochen, aber auch mangelnde Ausdrucksfähigkeit, Interesselosigkeit oder fehlende Anregungen wurden genannt. Wenn eine Dame sagt, es wäre wichtig, noch „bei Bewusstsein“ zu sein, dann spricht sie in laienhafter Ausdrucksweise ebenfalls den geistigen Aspekt an. Die psychische Dimension der Gebrechlichkeit, ebenso wie die soziale, ist in den Laintheorien der Befragten nur wenig fest zu machen. Für jeden dieser zwei Bereiche gab es jeweils nur eine Person, die auf die Nachfrage hin sofort eine ausführliche Assoziation erstellen konnte, bei allen anderen Personen blieben die Antworten kurz und merkbar in der Wichtigkeit gegenüber den körperlichen Faktoren zurückbleibend.

Es lässt sich die Beantwortung der ersten Subfrage daher wie folgt zusammenfassen: In den subjektiven Theorien der hochalten Menschen ist Gebrechlichkeit eindeutig ein körperbezogener Begriff. Die anderen Dimensionen der Gebrechlichkeit, wie sie in der Literatur (Gobbens et al., 2009) beschrieben werden, um das Konstrukt umfassend betrachten zu können, sind nicht vordergründig im Bewusstsein der hochalten Menschen präsent, aber doch in eingeschränkter Form zum Teil abrufbar, wenn eine intensivere Betrachtungsweise gefordert wird. Hierbei überwiegt die geistige Dimension vor der seelischen und sozialen.

Unterfragestellung 2: Ist Gebrechlichkeit ein dynamisches Geschehen, auch in der subjektiven Bewertung der Interviewpartner?

Um diese Subfrage beantworten zu können, wurde zum einen die Hauptkategorien der und vier, betreffend die Maßnahmen und Einflussfaktoren, herangezogen, zum anderen die Beantwortung folgender spezifischen Fragen, welche sinngemäß folgendermaßen lauteten:

„Gibt es Zeiten oder Momente, in denen man sich gebrechlicher fühlt als sonst?“ und „Können Sie mir eine Situation erzählen, in der Sie sich gebrechlich gefühlt haben?“

Alleine an den Antworten auf diese Frage ließ sich deutlich erkennen, dass der Zustand der Gebrechlichkeit keineswegs subjektiv immer gleich empfunden wird, sondern von inneren und äußeren Einflüssen abhängig ist, die tageweise, aber auch stunden- oder minutenweise variieren können. Speziell nach Stürzen, die mehr oder weniger folgenschwere Brüche nach sich ziehen, ist das Empfinden, gebrechlich zu sein, groß, vor allem durch die damit verbundene, erlebte Mobilitätseinschränkung. Bei Besserung dieses Zustandes ändert sich auch das Gefühl, gebrechlich zu sein, wieder. Dass das Gebrechlichkeitsempfinden subjektiv variiert, entsteht auch aus den erlebten Einschränkungen, die der alte Mensch im unmittelbaren Alltag erlebt. So erwähnten einige Befragte, dass sie sich etwa besonders gebrechlich fühlten, wenn sie merken, dass sie den Alltagsanforderungen oftmals nicht gewachsen sind. Das kann das Handling von Handy, TV oder Hörgerät sein, das, aus welchen Gründen auch immer, manchmal einfach nicht klappt, oder ein Schwindelgefühl, das Vorhaben im Haushalt unmöglich macht, oder aber auch etwa ein vermehrtes Zittern der Hände, das gezielte Arbeiten erschwert. Es wurde auch erwähnt, dass das Auftreten von Schmerzen den Allgemeinzustand plötzlich derart verschlechtern kann, dass sich der alte Mensch gebrechlich fühlt. Wenn man erleben muss, dass Dinge nicht gelingen, die man in Angriff nimmt, Gegenstände unvermutet aus der Hand fallen und nur schwer vom Boden aufgehoben werden können – all das sind weitere Beispiele, die von den hochalten Menschen als Auslöser dafür genannt wurden, sich gebrechlich oder gebrechlicher als normal zu fühlen. Auch das Verspüren der eigenen Unzulänglichkeit im Bezug auf Hören und Sehen führe dazu, sich manchmal gebrechlicher zu fühlen als zu anderen Zeiten.

Wurden zunächst die Situationen beschrieben, die das Gefühl, gebrechlich zu sein, verstärken, so sei im folgenden Abschnitt auf positive Faktoren verwiesen, die dieses Gefühl zu verringern vermögen. In Hauptkategorie vier werden alle positiven Einflussfaktoren auf den Zustand der Gebrechlichkeit aufgezählt, die die Interviewpartner fanden und welche sehr heterogen ausfielen. Das Erleben von Zuwendung und Liebe und das Vorhandensein von Sozialkontakten allgemein wirken sich, ebenso wie das Erleben von Freuden oder das Vorhandensein von freudvollen Beschäftigungen, in den subjektiven Theorien der alten Menschen positiv auf den Zustand der Gebrechlichkeit aus. Auch dem Erleben von Selbständigkeit und der Kompensation durch technische Geräte wird ein positiver Einfluss

zugeschrieben. Nicht zu vergessen, die eigene Willenskraft, die vieles zum Guten verändern kann. Viele der positiven Einflussfaktoren wurden, mit negativen Vorzeichen, als negative Faktoren genannt, was die vermeintliche Waagschale ebenso in die andere Richtung bewegen kann. Zusammenfassend lässt sich die Subfrage zwei folgendermaßen beantworten: Gebrechlichkeit ist für den alten Menschen sehr wohl ein veränderbarer Zustand, der, im Zusammenspiel vieler verschiedener endogener und exogener Faktoren, eine Dynamik in sich birgt. Abhängig von den erlebten Einschränkungen, aber auch von positiven und negativen Faktoren, erleben die Interviewpartner Gebrechlichkeit keineswegs immer gleich, sondern bewegen sich scheinbar auf einem Kontinuum in beide Richtungen.

Unterfragestellung 3: Ist in der Anschauung der hochalten Menschen auch eine klare Trennung zwischen Frailty und funktioneller Behinderung und Krankheit zu erkennen? Was bedeutet Gesundheit für sie?

Zur Beantwortung der dritten Subfrage wurden die Definitionen der Gebrechlichkeit und die Passagen zu Gesundheit und Krankheit herangezogen.

Für sechs der zehn Interviewpartner ist Abhängigkeit von Fremdhilfe ein Merkmal, das Gebrechlichkeit definiert. Diese Abhängigkeit wird in der Ausübung der Alltagsaktivitäten deutlich, wobei die funktionellen Kapazitäten eingeschränkt erlebt werden. Wenn man die Aufgaben, die der Alltag an einen stellt, nicht mehr selbständig bewältigen kann, nicht mehr alleine für sich sorgen kann, so stehen diese und andere laienhafte Sätze als Ausdruck funktioneller Behinderung. Diese mangelhafte Funktionsfähigkeit lässt sich übergreifend auch aus den Aussagen der hochalten Interviewten über Schädigungen der Körperfunktionen herleiten, was wiederum den Kreis zu den physischen Einschränkungen, vor allem den Mobilitätseinschränkungen, schließt. Auf die Frage nach dem subjektiven Gesundheitsbegriff stellte die Hälfte der Stichprobe einen Zusammenhang mit der Ausübung von Aktivitäten inklusive Alltagsaktivitäten, leicht zu bewältigenden Arbeiten und Beweglichkeit, her.

Während funktionelle Behinderung und Gebrechlichkeit in den subjektiven Theorien der hochalten Interviewpartner viele Überschneidungen aufweisen, gab es in den Aussagen der Interviewten keine Überschneidungen zwischen Krankheit und Gebrechlichkeit. Krankheit wird sehr uneinheitlich definiert, nicht nur über das Fehlen von Gesundheit, sondern auch über schlechtes Allgemeinbefinden, Schmerzen und psychische Belastungen. Am häufigsten kamen im Bezug auf Krankheit aber kurze, negativ emotionsgeladene, schlagwortartige

Ausdrücke wie „Laster“, „große Belastung“, „Absturz“ oder „etwas ganz Schreckliches.“ Gebrechlichkeit zu definieren und zu beschreiben fiel den Befragten wesentlich leichter.

Die Beantwortung der dritten Subfrage lautet wie folgt: Aus den Aussagen der Interviewpartner lässt sich schließen, dass in den subjektiven Vorstellungen der Hochalten Gebrechlichkeit in Verbindung mit funktioneller Behinderung steht. Gebrechlichkeit und Krankheit sind für sie jedoch eindeutig zwei völlig unterschiedliche Begriffe ohne Überschneidungspunkte.

Unterfragestellung 4: Glauben die Interviewpartner, Gebrechlichkeit verhindern zu können, bzw. welche positiven Einflussmöglichkeiten auf den Zustand der Gebrechlichkeit sehen sie?

Hauptkategorie drei und vier werden zur Beantwortung der vierten Unterfrage herangezogen, die der Frage auf den Grund geht, ob der alte Mensch glaubt, dass es Maßnahmen zur Verhinderung des gebrechlichen Zustandes und Einflussmöglichkeiten auf diesen Zustand gibt. In der Vorstellungswelt der Interviewpartner gibt es, nach Analyse des Interviewmaterials, keine einheitliche Maßnahme, um nicht gebrechlich zu werden. Die Mehrheit der Personen brachte körperbezogene Ideen ein. Fünf von zehn Befragten räumen auch hier der Vermeidung von Stürzen durch besonderes Waltenlassen von Vorsicht eine große Bedeutung ein. Durch Reduktion der Gehgeschwindigkeit und Anhalten könne die Gehsicherheit verbessert werden und Folgen von Stürzen, die deutlich mit Gebrechlichkeit assoziiert sind, vermieden werden. Auch das Hören auf Körpersignale und rechtzeitige Reaktion darauf, kann als physische Maßnahme interpretiert werden. Lediglich fünf Personen aus der Stichprobe glauben, dass Gebrechlichkeit durch gewisse Lebensstilfaktoren verhindert werden kann. Explizit genannt wurden sportliche Betätigung, Bewegung an frischer Luft, gesunde Ernährung und Erholung zur rechten Zeit sowie ein arbeitsarmer Lebensstil, der möglicherweise Ermüdungserscheinungen des Körpers vorbeugen kann. Von einer Interviewpartnerin wurde das Verfolgen von Zielen genannt, was die Vermutung zulässt, dass hier eine intellektuelle, kognitive Komponente angesprochen wird, die den Menschen robust erhält. In den Laienanschauungen von vier Teilnehmern dieser Untersuchung besteht keine Möglichkeit, das Auftreten des Zustands der Gebrechlichkeit zu verhindern. Nur einer davon erwähnt explizit, dass das Alter dafür verantwortlich ist.

Auch die Antworten auf die Frage nach der Beeinflussbarkeit des Zustandes der Gebrechlichkeit sind sehr heterogen. In sieben der zehn Aussagen wird Bezug genommen auf

eine psychosoziale Komponente: Liebevolle Zuwendung zu erfahren, ließe einen gebrechlichen Menschen weniger Gebrechlichkeit empfinden. Das kann im Sinne eines psychischen Auflebens durch die positive Aufmerksamkeit, die dem Menschen durch gute Worte, Taten und Interesse entgegengebracht wird, gesehen werden. Ebenso wirken sich vermutlich die Beschäftigungen und Interessen, die Freude in den Alltag der alten Menschen bringen, aus, die von vier Interviewten genannt werden. Drei Mal wird die geistige Herausforderung als positiver Einflussfaktor genannt, im Sinne von intellektuellen Aktivitäten und Anregungen. Geistige Auseinandersetzungen etwa mit dem Tagesgeschehen halten, in der subjektiven Meinung einiger Befragten, den Geist fit. Bei zwei Antworten ist zu erkennen, dass das Erleben der Selbstständigkeit einen positiven Einfluss auf das Gebrechlichkeitsempfinden haben kann, was dahingehend gedeutet werden kann, dass das Gefühl, noch Selbsthilfekompetenzen zu besitzen, scheinbar Aufmunterung und Ansporn zu weiteren Handlungen gibt. Das positive Denken kann auch als bedeutender Einflussfaktor interpretiert werden, beziehen doch sieben der Befragten dieses Denken und die Willenskraft in ihre Überlegungen mit ein. Man dürfe sich nicht gehen lassen, müsse sich selbst motivieren. Die Aussage von I.T. „der Geist treibt den Körper an“, bildet diesen Faktor anschaulich ab, und wird deshalb hier noch einmal erwähnt.

Bis auf vier Interviewpartner waren alle der Meinung, Gebrechlichkeit durch verschiedene Maßnahmen verhindern zu können. Alle Befragten meinten demgegenüber, Gebrechlichkeit auf vielseitige Weise beeinflussen zu können. Wie in den subjektiven Krankheitstheorien erwähnt, spielen die Laienanschauungen der Betroffenen eine große Rolle, gerade im Hinblick auf Interventions- und Präventionsmöglichkeiten. Darauf soll in der Diskussion näher eingegangen werden.

Die Zusammenschau der vier Subfragen, in Verbindung mit sämtlichen erhobenen Daten, führt zur Beantwortung der Forschungsfrage *Was bedeutet Gebrechlichkeit für den alten Menschen und stimmen seine subjektiven Aussagen mit dem Stand der Frailty-Forschung überein?*

Wie im Theorieteil ausführlich beschrieben, wird Frailty in der Literatur (Bergman et al., 2007; Fried et al., 2001; Jones et al., 2004) als vulnerabler Zustand betrachtet, der durch ein komplexes Zusammenwirken von medizinischen und psychosozialen Aspekten entsteht und zu verminderter Fähigkeit, mit internen und externen Stresssituationen umzugehen, führt.

Diese kurze Zusammenfassung leitet über zur Beantwortung der Forschungsfrage.

Der Begriff Gebrechlichkeit ist im Bewusstsein der hochalten Befragten in erster Linie ein körperbezogener Begriff, mit welchem vornehmlich Einschränkungen der Mobilität, Verlangsamung, Gangunsicherheit und Sturzneigung assoziiert werden. Altersbedingte Hör- und Sehschwierigkeiten, Tremor, Schwindel oder Osteoporose als weitere somatische Gegebenheiten werden mit Gebrechlichkeit in Verbindung gebracht. Gebrechlichkeit bedeutet in den Laienanschauungen überdies ein Nachlassen der Kräfte und eine Reduktion der Belastbarkeit, was als Folge, aber auch als Ursache der erlebten körperlichen Einschränkungen gedeutet werden kann. Abhängigkeit von Fremdhilfe und Hilflosigkeit lassen sich als Konsequenzen dieses labilen Zustandes darstellen. In der Literatur spricht man ausdrucksstark von Vulnerabilität (Bergman et al., 2007).

Dass jedoch weit mehr Faktoren im subjektiven Erleben der Gebrechlichkeit mitspielen, zeigt sich bei der Beantwortung der Frage nach den Dimensionen der Gebrechlichkeit, die erst auf den zweiten Blick zum Vorschein kommen, jedoch in den Ideen zur Beeinflussung des Zustandes der Gebrechlichkeit präsent sind. Hier werden soziale, psychische und kognitive Einflüsse deutlich, die in ihrem komplexen Zusammenwirken offensichtlich vom alten Menschen erkannt werden. Das deckt sich zweifelsfrei mit der Literatur (Gobbens et al., 2009), die Frailty in einem multidimensionalen Kontext sieht, zumindest, wenn es um die Erstellung einer umfassenden Definition geht. In den subjektiven Meinungen der Interviewpartner lässt sich sehr gut die Dynamik erkennen, die in diesem Zusammenwirken der einzelnen Faktoren steckt. Dadurch wird das Gefühl, gebrechlich zu sein, veränderbar und keinesfalls starr und unbeeinflussbar wahrgenommen. Auch das geht konform mit der Theorie, dass Frailty in einem dynamischen Prozess zu sehen ist und Veränderungen in positive und negative Richtung möglich sind.

In der Theorie ist jedoch damit gemeint, dass Frailty, wie sie mittels eines Screening-Instruments diagnostiziert wird, in diesem Diagnoseinstrument objektiv andere Werte aufweisen kann, nachdem Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden konnten (Gill et al., 2006). Bedenkt man jedoch, dass dabei fast ausschließlich körperliche Marker herangezogen werden, entspricht das wenig den Ergebnissen dieser Untersuchung, die die Veränderbarkeit durch das Wechselspiel physischer, psychischer, sozialer und geistiger Faktoren viel unmittelbarer darstellen. Die subjektiv erlebte Gebrechlichkeit schwankt hier innerhalb von

zeitlichen Dimensionen, die, abhängig vom jeweiligen Kontext, von unterschiedlicher Dauer sein können, wie aus den Beispielen ersichtlich wird. Objektive Marker könnten diese Art von Veränderung, die psychosozial und durch die subjektive Einstellung bedingt sind, niemals abbilden.

In den Laienanschauungen der Betroffenen über die vorbeugenden Maßnahmen, Gebrechlichkeit zu verhindern, lässt sich erkennen, dass nur von drei Personen Lebensstilfaktoren wie Ernährung oder körperliche Aktivität genannt wurden. Die meisten subjektiven Ideen beziehen sich auf das Vermeiden von Sturzgeschehen und den besonderen Stellenwert von Aufmerksamkeit und Vorsicht in Hinsicht auf Gehen und Mobilität allgemein. Diese Ideen stehen aber völlig isoliert von körperlichem Training jeglicher Art. Diese Tatsache sollte in der Aufklärung alter Menschen im Bezug auf Möglichkeiten, dem Zustand der Frailty aktiv vorzubeugen, Beachtung finden. In der Diskussion wird speziell darauf eingegangen.

Zwei sehr interessante Ergebnisse dieser Studie mit Hochaltrigen betreffen den subjektiv empfundenen Zustand der Gebrechlichkeit und die subjektiv eingeschätzte Gesundheit im Vergleich zu objektiven Daten. Auf die Frage „Wie schätzen Sie ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen Gleichaltrigen ein?“, antworteten acht der zehn hochalten Interviewpartner mit „besser“. Eine Person ist unentschlossen und antwortete mit „nicht besser, nicht schlechter“. Nur einmal wird innerhalb der Stichprobe der Gesundheitszustand als schlechter eingestuft. Aus den Ergebnissen dieser Arbeit ist weiters festzumachen, dass sich genau die Hälfte der alten Befragten als gebrechlich bezeichnen. Das heißt, dass sich drei zwar in die Gruppe der Gebrechlichen einordnen, aber ihren Gesundheitszustand trotzdem besser als Personen gleichen Alters bewerten. Das deutet einmal mehr darauf hin, dass die hochalten Menschen nicht nur zwischen Krankheit und Gebrechlichkeit unterscheiden, sondern auch Gesundheit in einem anderen Kontext sehen. Wenn man die Werte im GFI mit den subjektiven Einschätzungen in Beziehung setzt, so fällt auf, dass die gesamte Stichprobe einen Punktwert von vier und mehr erreicht, ab welchem von Frailty gesprochen wird. Die Werte reichen von vier bis zu zehn Punkten mit einem Mittelwert von 6,8 (SD 2,1). Nach diesem multidimensionalen Screening-Verfahren fällt also die gesamte Stichprobe unter die Gebrechlichen.

Im subjektiven Empfinden fühlen sich aber nur fünf Personen gebrechlich. Drei Personen schätzen ihren Gesundheitszustand besser als Gleichaltrige ein, fühlen sich aber gebrechlich, eine Person empfindet ihren Gesundheitszustand schlechter, fühlt sich aber nicht gebrechlich. Fünf Personen fühlen sich nicht gebrechlich bei subjektiv besserer Gesundheitseinschätzung. Nur eine Person fühlt sich gebrechlich bei subjektiv schlechterer Gesundheitseinschätzung. Die Dame mit der indifferenten Gesundheitseinschätzung „nicht besser, nicht schlechter“ (H.N.) bezeichnet sich als gebrechlich, mit dem Zusatz: „erst seit dem letzten Sturz.“ Betrachtet man im Vergleich dazu die vielen Erkrankungen, die jeder einzelne der Stichprobe objektiv hat (siehe Tabelle und deskriptive Vorstellung der hochalten Damen und Herren in Kapitel 3.5) sowie deren IADL-Werte mit einem Mittelwert von 7,5/16, die speziell auf funktionelle Abhängigkeit hinweisen, aber auch die durchgemachten Frakturen und künstlichen Gelenke, die sieben Personen bereits haben, und die Unfähigkeit aller Interviewteilnehmer, ohne Gehbehelf oder Anhalten an Möbelstücken zu gehen, so entspricht diese subjektive Einschätzung wahrlich nicht den objektiven Gegebenheiten. Zusammengefasst bedeutet das, dass die hochalten Interviewpartner ihre Gesundheit subjektiv weit besser einschätzen als er objektiv, aufgrund von Multimorbidität und funktioneller Beeinträchtigung verschiedener Ursachen, tatsächlich ist. Auch das subjektive Empfinden, von Gebrechlichkeit nicht betroffen zu sein, entspricht bei der Hälfte der Personen nicht den objektiven Gegebenheiten.

DISKUSSION

Dass der subjektiv empfundene Gesundheitszustand nicht den objektiven Gegebenheiten entsprechen muss, ist auch im Buch „Gesundheitspsychologie“ nachzulesen (Zank et al., 1997). Dort wird auf zahlreiche Studien verwiesen, die belegen, dass ältere Menschen oft einen Optimismus hinsichtlich der Selbsteinschätzung ihrer Gesundheit im Vergleich zu objektiven medizinischen Daten aufweisen. Als mögliche Erklärung dafür wird die Referenzpopulation der Gleichaltrigen genannt, was mit einer reduzierten Erwartungshaltung an Gesundheit und funktionelle Kapazitäten verbunden sein kann. Im oben genannten Buchkapitel (aus Schwarzer, 1997) wird der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand als besserer Prädiktor für spätere Funktionstüchtigkeit gesehen als der objektive Gesundheitszustand (Zank et al., 1997). Wie bereits in Kapitel 4.5 erwähnt, ist der subjektive Gesundheitszustand dahingehend mit Frailty verbunden, dass eine negative Bewertung als ein Prädiktor für Frailty gilt (Strawbridge et al., 1998).

In der vorliegenden Untersuchung ist das Verhältnis zwischen selbsteingeschätzter Gesundheit und Frailty aber etwas anders zu sehen: Die gesamte hochalte Stichprobe ist objektiv eindeutig gebrechlich, multimorbid und funktionell beeinträchtigt und trotzdem wird der Gesundheitszustand von 80 Prozent der befragten Personen im Vergleich mit Gleichaltrigen besser eingeschätzt. Diese positive Einschätzung, sowie die Tatsache, dass 50 Prozent der Personen sich selbst nicht als gebrechlich sehen, zeigt einmal mehr, wie wichtig die subjektive Sichtweise der Betroffenen ist, bevor sie mit einem diagnostischen Label versehen werden. Diese deutlich bessere Einstellung wird sich vermutlich auch im persönlichen Umgang mit Gebrechlichkeit niederschlagen und möglicherweise positive Auswirkungen auf die negativen Outcomes haben.

Es wird noch einmal kurz auf die Literatur verwiesen, in der von einer dichotomen Sichtweise „frail - nicht frail“ (De Vries et al., 2011) Abstand genommen wird. Das Waagschalenmodell von Brocklehurst (1985) zeigt, dass die subjektiv gut eingeschätzte Gesundheit ein wesentlicher, nicht zu unterschätzender Vermögenswert ist, der objektive Defizite auszugleichen vermag und die veränderbare Dynamik im Bezug auf den Zustand der Gebrechlichkeit dadurch gut veranschaulicht (Rockwood et al., 1994). Es sei in diesem Zusammenhang auch noch einmal auf das Frailty-Widerstandskontinuum von Raphael (1995)

hingewiesen, das die Wechselwirkung zwischen Persönlichkeitsfaktoren und Umgebungsfaktoren beschreibt, die jeden Menschen auf dem Kontinuum determinieren. Abhängig von den erlebten Einschränkungen, aber auch von positiven Faktoren, erleben die Interviewpartner Gebrechlichkeit keineswegs immer gleich, sondern bewegen sich scheinbar fließend auf einem Kontinuum in beide Richtungen, was kaum objektiv darstellbar ist. Die Autorin zieht den Schluss, dass gerade die subjektiven Ergebnisse dieser Arbeit die veränderbare Dynamik des Konstruktes Frailty besser abbilden als es die theoretischen Abhandlungen in der Literatur können, die sich fast ausschließlich auf objektive Daten und Messwerte beziehen.

Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie stellt sich nun verstärkt die Frage: Ist Frailty eine Frage der Einstellung oder des Alters? Dass Gebrechlichkeit ein altersassoziiertes Konstrukt ist, steht theoretisch fest. Auch die Hälfte der hochalten Interviewpartner brachte Gebrechlichkeit mit einem altersbedingten Prozess in Verbindung. Das Alter alleine kann die Heterogenität der alten Menschen jedoch nicht ausreichend erklären. Zweifelsfrei ist die gesamte Stichprobe dieser Untersuchung hochalt und wie die Werte im GFI abbilden, ist jeder einzelne Interviewteilnehmer objektiv frail. Die Arbeit zeigt, dass das Gebrechlichkeitsempfinden jedoch stark vom individuellen Kontext der Betroffenen abhängig ist und sich durch objektive Messungen nicht ausreichend bestimmen lässt. Die Ergebnisse bezüglich des Gebrechlichkeitsempfindens lassen sich auf die komplexen Wechselwirkungen zwischen Körper und psychosozialen sowie geistigen Faktoren zurückführen, die individuell große Unterschiede aufweisen und einem bereits mehrfach erwähnten dynamischen Prozess unterliegen. Frailty ist also ebenso eine Frage der Einstellung, der subjektiven Wahrnehmung, der Willenskraft und der psychologischen Ressourcen des alten Menschen. Vielleicht ist Frailty subjektiv auch eine Frage der „Lebenskunst“ (Begriff geprägt von Verres, 1998), wodurch die Ergebnisse objektiver Messinstrumente relativiert werden könnten.

Zwar wurde in der Theorie bereits mehrfach betont, dass Frailty mehr als nur körperliche Vulnerabilität beschreibt, doch wird dies in den meisten gegenwärtig verfügbaren Screening-Instrumenten nur ansatzweise umgesetzt. Nach Meinung der Autorin müsste das Konstrukt der Frailty aus einer wesentlich ganzheitlicheren Sichtweise betrachtet werden. Im Hinblick auf die praktische Relevanz für die Psychologie bedeutet das, dass für die alten Menschen „Optimierungs-, Schutz- und Risikofaktoren“ (Baltes & Baltes, 1994, S. 26) gefunden werden

sollten, um kritischen Lebensanforderungen, die das Alter in vielen Bereichen mit sich bringt, besser bewältigen zu können. In Zeiten der demographischen Alterung wäre dies eine wichtige Aufgabe für die nahe Zukunft, auch in gesundheitspolitischer Hinsicht.

Ein besonderes Augenmerk ist also auf die Stärkung der psychosozialen und kognitiven Ressourcen zu lenken, die einen großen Einfluss auf das subjektive Empfinden von Gebrechlichkeit haben. Wenngleich diese Faktoren in der Theorie permanent genannt werden und vornehmlich in den Definitionen der Frailtyliteratur vorkommen, so beschäftigen sich die meisten Publikationen doch fast ausschließlich mit körperlichen Markern und körperbezogenen Interventionen. Psychosoziale Interventionen könnten das vermehrte Einbinden der alten Menschen in die Gesellschaft sowie die Solidarität zwischen den Generationen betreffen, aber auch die Stärkung der Selbsthilfekapazitäten und der Autonomie der hochalten Generation. Bezugnehmend auf Antonovskys salutogenetisches Heterostaseprinzip (siehe Kapitel 5.1.3) (in Franke, 2010) könnten die generalisierten Widerstandsressourcen in all ihrer Vielseitigkeit nicht nur für den Zustand der Gesundheit, sondern auch für den Zustand der Frailty herangezogen werden. Der Zustand der Frailty scheint sich auf einem Kontinuum zu bewegen, abhängig von der Wechselwirkung der emotionalen, sozialen, psychischen und physischen Aspekte. Vermutlich fördert das Heterostaseprinzip eher eine aktive Auseinandersetzung des alten Menschen mit seinen vielschichtigen Ressourcen als das Homöostaseprinzip.

Im Hinblick auf eine weitere praktische Relevanz dieser Arbeit müssen Prävention und Intervention in das Bewusstsein von Frailty der alten Menschen gebracht werden. Obwohl Gebrechlichkeit von den Interviewteilnehmern überwiegend über körperliche Zeichen und Beeinträchtigungen beschrieben wurde, so hatten diese doch kaum eine Assoziation zur Beeinflussung dieses Zustandes über Stärkung der Muskulatur und Ausdauer, Gleichgewichtstraining oder Sturzprophylaxe. In der subjektiven Theorie der hochalten Untersuchungsteilnehmer finden sich äußerst wenige praktische vorbeugende Maßnahmen, gerade was den körperlichen Abbau betrifft. Die Mehrheit der Interviewpartner meint, dass sie Stürze vermeiden müssten. Sie haben dabei aber nur die Idee, dass sie das durch Achtsamkeit oder vorsichtigeres Gehen, durch Benützung eines Gehbehelfs oder durch Anhalten können. Kein Interviewpartner erwähnt, dass er es für möglich hält, den Körper zu trainieren um dadurch Stürze zu verhindern. Als Folge der Körperbezogenheit des Begriffs Gebrechlichkeit und vor allem der präsenten Sturzvermeidungstendenz müssten alte Menschen vermehrt

dahingehend instruiert werden, dass es möglich ist, die körperlichen Kräfte durch Übungsprogramme zu stärken, um somit die Gangsicherheit verbessern und die Sturzneigung reduzieren zu können. Das Körpertraining muss neben Kraft auf Gleichgewicht, Koordination und verbesserte Beweglichkeit ausgerichtet sein. Unter Geriatern herrscht eindeutiger Konsens über die Wichtigkeit und Nützlichkeit von Maßnahmen, die darauf abzielen, das Risiko der Sarkopenie zu reduzieren. Es gibt auch bereits eine Vielzahl von Studien, die belegen, dass dies gut möglich ist (Binder et al., 2002; Sherrington, Tiedemann, Fairhall, Close, & Lord, 2011). Doch wie die vorliegende Studie veranschaulicht, ist dieses Wissen noch nicht bis zum hochalten Patienten durchgedrungen. Bewusstseinsbildung über risikomindernde Maßnahmen ist eine wichtige Aufgabe für die Gegenwart und die Zukunft verschiedener Berufsgruppen.

Dasselbe gilt für den Bereich der Lebensstilfaktoren, denen vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Denn in vorliegender Arbeit zeigt sich, dass die Befragten auch im Bezug auf Ernährungsverhalten und Kalorienzufuhr zur Vermeidung von Malnutrition sowie auf einen gesunden, aktiven Lebensstil wenig Laienwissen besitzen. Auch dahingehend sollte Aufklärungsarbeit geleistet werden.

Limitierungen der vorliegenden Arbeit

Beim Studium der Forschungsliteratur war auffällig, dass viele Autoren Frailtyinstrumente vereinfachten, indem sie Items wegließen oder modifizierten, ohne eine spezielle Begründung anzugeben. So werden die Fried-Kriterien beispielsweise oft in verkürzter Form erhoben, wie etwa in nachfolgend zitierten Artikeln (Fugate Woods et al., 2005; Gill et al., 2006; Santos-Eggimann et al., 2009). Dies scheint sehr willkürlich. Die Ergebnisse der Frailty-Klassifikation und alle damit angestellten Untersuchungen werden dadurch fragwürdig. Es gibt sogar Artikel, die die Gruppe der Frailen alleine durch Institutionalisierung festlegen.

Durch das Fehlen einer einheitlichen Definition von Frailty ist die Operationalisierung allgemein schwierig und zu hinterfragen. Es musste auch festgestellt werden, dass die Zitationen in den unzähligen wissenschaftlichen Artikeln über Frailty oft nicht übereinstimmen und die Urheber mancher Definitionen und Aussagen nicht genau auszumachen waren.

Als einen der Autorin wesentlich erscheinenden Punkt möchte sie anmerken, dass der Begriff Frailty weit umfangreicher gefasst ist als das deutsche Wort Gebrechlichkeit, das schon in

seiner unmittelbaren bzw. semantischen Bedeutung den körperlichen Aspekt fokussiert. Nachdem „Frailty“ jedoch in der Allgemeinbevölkerung ein gänzlich unbekanntes Wort darstellt, war sie auch in ihrer empirischen Arbeit auf das Wort Gebrechlichkeit angewiesen, das von vornherein einen negativen Beigeschmack hat und weniger neutral ist als der englische Begriff Frailty.

Folgende Punkte sind an der Arbeit noch kritisch anzumerken: Nachdem die Erhebung im Krankenhaus stattfand, musste bei der Stichprobenzusammenstellung besondere Rücksicht auf die aktuellen Bedürfnisse der alten Patienten genommen werden. Demzufolge wurden diejenigen als Interviewpartner ausgewählt, denen es zumutbar war, etwa eine Stunde konzentriert für die Erhebungssituation zur Verfügung zu stehen. Dadurch stand beim theoretischen Sampling das Kriterium der Zumutbarkeit gegenüber anderen Kriterien wie der Ausgewogenheit der Stichprobe im Vordergrund. Beispielsweise konnten im gegebenen Untersuchungszeitraum nur zwei Männer (im Vergleich zu acht Frauen) interviewt werden, da sich die männlichen Patienten gegenüber den weiblichen in einem deutlich schlechteren Allgemeinzustand befanden und überdies zu einem Großteil von den Ausschlusskriterien wie cerebraler Insult, Morbus Parkinson oder mittel- und hochgradigen kognitiven Defiziten betroffen waren. Dieses Verhältnis ist für die vorliegende Studie nicht ideal, doch wie erwähnt mussten bei dieser hochalten Zielgruppe andere Kriterien eine Vorrangstellung einnehmen. Darüber hinaus entspricht das Geschlechterverhältnis in der Studie weitgehend dem Verhältnis von Männern zu Frauen auf der Station (vier Männerbetten stehen zwölf Frauenbetten gegenüber) und statistisch betrachtet gibt es ebenfalls mehr hochalte Frauen als Männer, wenn auch nicht in diesem extremen Verhältnis.

Die Untersuchung auf einer Krankenhausstation wurde im Vorfeld kritisiert. Bei längerem Nachdenken kam die Autorin jedoch zu dem Schluss, dass diese Situation kein Nachteil, sondern sogar ein Vorteil sein konnte: Dass die Gebrechlichkeit mit dem Alter in Zusammenhang steht, lässt sich nicht bestreiten. Ein Patient, der in fortgeschrittenem Alter auf die akutgeriatrische Station kommt, wird sich vermutlich bereits in irgendeiner Form Gedanken zu diesem Begriff gemacht haben. Die Krankenhaussituation konfrontiert ihn natürlich zusätzlich unmittelbar mit erlebbaren Schwächen und Einschränkungen, jedoch beschäftigen sich die subjektiven Krankheitstheorien auch spezifisch mit einer Krankheit und der Sichtweise der Betroffenen, die sich vor Ausbruch ihrer Krankheit wohl auch nur geringfügig mit dieser auseinandergesetzt haben. In diesem Sinne ist es durchaus

gerechtfertigt, „unmittelbar Betroffene“ in einer Situation zu befragen, in der sie sich vermutlich vermehrt mit Gesundheit, Krankheit und Gebrechlichkeit auseinandersetzen und direkt ihre Gedanken artikulieren können. Wie bereits erwähnt, werden auf die Akutgeriatrie Patienten aufgenommen, die von zu Hause kommen und auch wieder in ihre gewohnte Umgebung zurückkehren. Das heißt, es handelt sich um einen Querschnitt der alten Bevölkerung, die man auch zu Hause antreffen kann, die jedoch aufgrund eines akuten Ereignisses, das jeden alten Menschen treffen kann, einer Spitalsbehandlung bedurften. Sie wurden erst nach Abklingen der akuten, für die Krankenhausaufnahme ursächlichen, Symptome, befragt, unmittelbar bevor sie wieder in ihr häusliches Umfeld entlassen wurden. Möglicherweise hätten Befragungen außerhalb der Spitalsseinrichtung andere Ergebnisse gebracht.

Ausblick

Nachdem in den Frailty-Publikationen eindeutig der Schwerpunkt auf körperlichen Aspekten der Gebrechlichkeit liegt, wäre es erstrebenswert, die psychologische und kognitive Seite dieses Konstruktes genauer zu hinterfragen und zu erforschen, und in vermehrtem Ausmaß qualitative Arbeiten zu initiieren. Es wäre interessant, sich etwa im Zusammenhang mit der Stärkung von Selbsthilfekompetenzen, in weiterführenden Arbeiten eingehend mit dem bereits kurz erwähnten Begriff der „responsible dependency“ (Fillit & Butler, 2009) und dem weitergefassten Begriff der Autonomie (Ryan & Deci, 2006) zu beschäftigen. Auch die Bedeutung der selbsteingeschätzten Gesundheit im Vergleich zu den objektiven Gegebenheiten, bleibt ein spannendes und umfangreiches Forschungsfeld, wie diese Arbeit zeigt.

Ein weiteres wissenschaftliches Augenmerk sollte in Zukunft auf die Anpassung zwischen den Ressourcen hochalter Menschen und den Anforderungen der Umwelt im Wandel der Zeit gelegt werden. Weitere Forschung scheint jedoch vor allem dann sinnvoll, wenn daraus präventive Maßnahmen oder zielführende Interventionen in Bezug auf Frailty resultieren, ohne eine Stigmatisierung der „frailen Alten“ vorzunehmen.

ABSTRACT

Frailty umschreibt die Vulnerabilität des alternden Körpers, der keine Reservekapazitäten mehr aufbringen kann, um mit exogenen und endogenen Störeinflüssen fertig zu werden und dadurch leicht aus dem Gleichgewicht gebracht werden kann.

Obwohl in den letzten Jahren eine zunehmende Anzahl an wissenschaftlichen Publikationen über Frailty zu finden ist, gibt es nahezu keine Forschungsliteratur, die die subjektive Sichtweise und das Laienwissen der alten Menschen, die zweifellos die Zielgruppe dieses altersassoziierten Konstruktes Gebrechlichkeit sind, behandelt. Vor dem Hintergrund eines Operationalisierungsversuches von Frailty durch die Faktoren Multidimensionalität, Dynamik, Abgrenzung zu Krankheit und Behinderung und der Vorhersage negativer Outcomes sowie den subjektiven Krankheitstheorien wurde eine qualitative Untersuchung mit zehn hochalten Menschen, die sich vorübergehend auf der Akutgeriatrie des Krankenhaus Hietzing in Spitalsbehandlung befanden, durchgeführt. Die halbstandardisierten Interviews wurden nach den Kriterien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Für die hochalten Menschen dieser Studie ist Gebrechlichkeit ein körperbetonter Begriff, der vornehmlich mit Nachlassen der Kräfte, Sturzgeschehen, Hilflosigkeit und Abhängigkeit von Fremdhilfe assoziiert wird und zu funktioneller Behinderung führt. Erst bei der Frage nach einer möglichen Beeinflussung der Gebrechlichkeit wird das komplexe Zusammenwirken von kognitiven, psychischen und sozialen Einflüssen deutlich. Die Abgrenzung zu Krankheit wird auch in den Laientheorien der alten Menschen deutlich. Die dynamische Veränderbarkeit von Frailty über die Zeit ist im Bewusstsein der Befragten deutlicher und unmittelbarer von Einzelereignissen und der Tagesverfassung abhängig als in der Literatur beschrieben. Der Zielgruppe sind die Lebensstilfaktoren wenig bekannt, die zur Vermeidung von Gebrechlichkeit beitragen könnten.

Obwohl alle Interviewpartner nach objektiven Kriterien als frail eingestuft werden müssen, empfindet sich nur die Hälfte von ihnen als gebrechlich und auch der subjektive Gesundheitszustand wird in 80% der Fälle deutlich besser eingeschätzt, als es den objektiven Gegebenheiten entspricht.

ENGLISH ABSTRACT

Frailty means increased vulnerability of the aging body that lacks the reserve capacity to cope with exogenous and endogenous stressors and therefore easily loses its homeostasis.

Although there has been an increasing number of papers on frailty in recent years, there are nearly no publications dealing with the subjective perceptions and laypersons' views of old people, who are the target group of this age-related construct. Against the background of the attempt of an operational definition of frailty that includes a multidimensional and dynamic approach, predicts adverse outcomes and differs from disease and disability, as well as the subjective theories of health and disease, a qualitative study was conducted with ten very old people who were temporarily hospitalized in the acute geriatric unit of Hietzing Hospital. The semi-structured interviews were analyzed using Mayring's method of qualitative content analysis.

According to the very old people interviewed for this study, frailty is a term that mostly designates a physical state which is associated with decreased strength, episodes of falls, helplessness and dependency on others and leads to disability. Only when asked about ways to influence frailty, the target group mentioned the complex interplay of cognitive, psychological and social components. Very old people clearly distinguish between frailty and disease. In contrast to what literature about the concept suggests, for the interviewed people, the dynamic change of frailty over time depends more on singular events as well as their condition on a particular day. The target group shows a lack of knowledge concerning lifestyle factors that could prevent frailty.

Although objectively, all interview partners could be categorized as frail, only half of them stated that they felt frail. In 80% of the cases, self-rated health was also estimated to be much better than objective conditions showed.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: „Model of breakdown“: Dynamisches Waagschalenmodell von Brocklehurst (1985). Aus der Balance zwischen den „assets“ und den „deficits“ kann abgelesen werden, ob die Person unabhängig leben kann (Rockwood et al., 1994).....	18
Abbildung 2: Venn Diagramm: Überschneidungen von Frailty, Funktionsbeeinträchtigung und Komorbidität (Fried et al., 2001).....	27
Abbildung 3: Cycle of Frailty (Fried & Walston, 1998).....	36

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Überblick über alle erfassten Daten der anonymisierten Versuchspersonen, Teil 1.62	
Tabelle 2: Überblick über alle erfassten Daten der anonymisierten Versuchspersonen, Teil 2.63	
Tabelle 3: Hauptkategorien und Subkategorien, ermittelt durch die qualitative Inhaltsanalyse	70

LITERATURVERZEICHNIS

- Anders, J. (2008). Der alternde Mensch. In *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Springer.
- Back, O. (2004). *Österreichisches Wörterbuch: auf der Grundlage des amtlichen Regelwerks*. Wien: öbv & hpt.
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1994). Gerontologie: Begriff, Herausforderung und Brennpunkte. In *Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie* (S. 1–34). Berlin: Walter de Gruyter.
- Bandeem-Roche, K., Xue, Q.-L., Ferrucci, L., Walston, J., Guralnik, J. M., Chaves, P., ... Fried, L. P. (2006). Phenotype of Frailty: Characterization in the Women's Health and Aging Studies. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 61(3), 262–266.
- Becker, G. (1994). The oldest old: Autonomy in the face of frailty. *Journal of Aging Studies*, 8(1), 59–76. doi:10.1016/0890-4065(94)90019-1
- Bergman, H., Ferrucci, L., Guralnik, J., Hogan, D. B., Hummel, S., Karunanathan, S., & Wolfson, C. (2007). Frailty: An Emerging Research and Clinical Paradigm—Issues and Controversies. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 62(7), 731–737.
- Bibliographisches Institut & F. A. Brockhaus. (2007). *Duden. Band 7, Das Herkunftswörterbuch: Etymologie der deutschen Sprache*. Mannheim; Leipzig; Wien: Dudenverlag.
- Bilotta, C., Bowling, A., Casè, A., Nicolini, P., Mauri, S., Castelli, M., & Vergani, C. (2010). Dimensions and correlates of quality of life according to frailty status: a cross-sectional study on community-dwelling older adults referred to an outpatient geriatric service in Italy, 8, 56–56. doi:10.1186/1477-7525-8-56
- Binder, E. F., Schechtman, K. B., Ehsani, A. A., Steger-May, K., Brown, M., Sinacore, D. R.,

- ... Holloszy, J. O. (2002). Effects of Exercise Training on Frailty in Community-Dwelling Older Adults: Results of a Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(12), 1921–1928. doi:10.1046/j.1532-5415.2002.50601.x
- bmask. (2009). *Hochaltrigkeit in Österreich - Eine Bestandsaufnahme*. Wien. Abgerufen von http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH2233/CMS1218112881779/hochaltrigen_kleine_datei.pdf
- Böck, M. (2010, September). *Frailty- Definition, Erkennung und Bedeutung in der Gesundheitsförderung und Prävention* (Master Theses). Universitätslehrgang „Master of Public Health“-Vienna, Wien.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation* (4. überarbeitete Auflage.). Heidelberg: Springer-Medizin.
- Bortz, W. M. (1993). The physics of frailty. *Journal of the American Geriatrics Society*, 41(9), 1004–1008.
- Bortz, W. M. (2002). A Conceptual Framework of Frailty. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(5), M283 –M288. doi:10.1093/gerona/57.5.M283
- Boyd, C. M., & Fortin, M. (2010). Future of multimorbidity research: How should understanding of multimorbidity inform health system design. *Public Health Reviews*, 32(2), 451–474.
- Brehmer, B., & Weber, G. (2010). Frailty vs. Disability Distinctions in People With Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(1), 49–58. doi:10.1111/j.1741-1130.2010.00247.x
- Brown, I., Renwick, R., & Raphael, D. (1995). Frailty: constructing a common meaning, definition, and conceptual framework. *International Journal of Rehabilitation Research. Internationale Zeitschrift Für Rehabilitationsforschung. Revue Internationale De Recherches De Réadaptation*, 18(2), 93–102.
- Buchman, A. S., Wilson, R. S., Bienias, J. L., & Bennett, D. A. (2009). Change in frailty and

risk of death in older persons. *Experimental Aging Research*, 35(1), 61–82.

doi:10.1080/03610730802545051

Butler, R. N. (1989). Dispelling Ageism: The Cross-Cutting Intervention. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 503, 138–147.

doi:10.2307/1047223

Campbell, A. J., & Buchner, D. . (1997). Unstable disability and the fluctuations of frailty. *Age and Ageing*, 26(4), 315 –318. doi:10.1093/ageing/26.4.315

De Vries, N. M., Staal, J. B., van Ravensberg, C. D., Hobbelen, J. S. M., Olde Rikkert, M. G. M., & Nijhuis-van der Sanden, M. W. G. (2011). Outcome instruments to measure frailty: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10(1), 104–114.

doi:10.1016/j.arr.2010.09.001

Deuter, M. (2004). *Das große Oxford-Wörterbuch für Schule und Beruf Englisch-Deutsch, Deutsch-Englisch* (3. impr. Aufl.). Oxford: Oxford Univ. Press.

Dilling, H., Mombour, W. H., Schmidt, M. H., & Schulte-Markwort, E. (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen : ICD-10, Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien*. Bern: Huber.

Duden. (2011). *Duden - Deutsches Universalwörterbuch: Das umfassende Bedeutungswörterbuch der deutschen Gegenwartssprache* (7., überarbeitete und erweiterte Aufl.). Mannheim: Bibliographisches Institut, Mannheim.

Ensrud, K. E., Ewing, S. K., Cawthon, P. M., Fink, H. A., Taylor, B. C., Cauley, J. A., ... for the Osteoporotic Fractures in Men Research Group. (2009). A Comparison of Frailty Indexes for the Prediction of Falls, Disability, Fractures, and Mortality in Older Men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3), 492–498. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02137.x

Ensrud, K. E., Ewing, S. K., Taylor, B. C., Fink, H. A., Stone, K. L., Cauley, J. A., ... for the Study of Osteoporotic Fractures Research Group. (2007). Frailty and Risk of Falls, Fracture, and Mortality in Older Women: The Study of Osteoporotic Fractures. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7),

744 –751.

- Faltermaier, T. (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit: Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In *Wann fühlen wir uns gesund? : subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim; München: Juventa.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Cavazzini, C., Bandinelli, S., Lauretani, F., Bartali, B., ... Longo, D. L. (2003). The frailty syndrome: a critical issue in geriatric oncology. *Critical Reviews in Oncology/Hematology*, 46(2), 127–137. doi:16/S1040-8428(02)00177-4
- Filipp, S.-H., & Aymanns, P. (1997). Subjektive Theorien als Forschungsgegenstand: Forschungsprogrammatische und ideengeschichtliche Aspekte. In *Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch* (2; Überarb. u. erw.A.). Göttingen: Hogrefe.
- Fillit, H., & Butler, R. N. (2009). The Frailty Identity Crisis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(2), 348–352. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02104.x
- Flick, U. (1998a). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In *Wann fühlen wir uns gesund? : subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim; München: Juventa.
- Flick, U. (1998b). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit* (1. Aufl.). Weinheim; München: Juventa.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Franke, A. (2010). *Modelle von Gesundheit und Krankheit* (2., überarb. u. erw. Aufl.). Bern: Huber.
- Franke, A., & Kämmerer, A. (2010). *Klinische Psychologie der Frau: Ein Lehrbuch* (2. Auflage.). Bern: Hogrefe.
- Fried, L. P., Ferrucci, L., Darer, J., Williamson, J. D., & Anderson, G. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting

and Care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(3), M255–M263. doi:10.1093/gerona/59.3.M255

- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146–156.
- Fried, L. P., & Walston, J. (1998). Frailty and failure to thrive. In *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology* (4. Auflage.). New York: McGraw Hill.
- Fugate Woods, N., LaCroix, A. Z., Gray, S. L., Aragaki, A., Cochrane, B. B., Brunner, R. L., ... Newman, A. B. (2005). Frailty: Emergence and Consequences in Women Aged 65 and Older in the Women's Health Initiative Observational Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(8), 1321–1330. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53405.x
- Fulop, T., Larbi, A., Witkowski, J. M., McElhaney, J., Loeb, M., Mitnitski, A., & Pawelec, G. (2010). Aging, frailty and age-related diseases. *Biogerontology*, 11(5), 547–563. doi:10.1007/s10522-010-9287-2
- Gatterer, G. (2003). *Multiprofessionelle Altenbetreuung: Ein Praxisbezogenes Handbuch*. Wien; New York: Springer.
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Allore, H. G., & Han, L. (2006). Transitions Between Frailty States Among Community-Living Older Persons. *Arch Intern Med*, 166(4), 418–423. doi:10.1001/418
- Gill, T. M., Gahbauer, E. A., Han, L., & Allore, H. G. (2010). Trajectories of Disability in the Last Year of Life. *New England Journal of Medicine*, 362(13), 1173–1180.
- Gillick, M. R. (1989). Long-term care options for the frail elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(12), 1198–1203.
- Gobbens, R. J., Luijckx, K. G., Wijnen-Sponselee, M. T., & Schols, J. M. (2009). Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nursing Outlook*, 58(2), 76–86. doi:10.1016/j.outlook.2009.09.005

- Hebert, R. (1997). Functional decline in old age. *CMAJ*, *157*(8), 1037–1045. doi:10.1093/geron/54.2.M77
- Hogan, D. B., Ebly, E. M., & Fung, T. S. (1999). Disease, Disability, and Age in Cognitively Intact Seniors: Results From the Canadian Study of Health and Aging. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, *54*(2), M77–M82. doi:10.1093/geron/54.2.M77
- Hubbard, R. E., Andrew, M. K., Fallah, N., & Rockwood, K. (2010). Comparison of the prognostic importance of diagnosed diabetes, co-morbidity and frailty in older people. *Diabetic Medicine*, *27*(5), 603–606. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.02977.x
- Isaacs, B., Mckechan, A., Gunn, J., Mcmillan, I., & Neville, Y. (1971). The Concept of Pre-Death. *The Lancet*, *297*(7709), 1115–1119. doi:10.1016/S0140-6736(71)91851-4
- Jones, D. M., Song, X., & Rockwood, K. (2004). Operationalizing a Frailty Index from a Standardized Comprehensive Geriatric Assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(11), 1929–1933. doi:10.1111/j.1532-5415.2004.52521.x
- Katz, S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in Development of the Index of ADL. *The Gerontologist*, *10*(1 Part 1), 20–30. doi:10.1093/geront/10.1_Part_1.20
- Kulminski, A. M., Ukraintseva, S. V., Kulminskaya, I. V., Arbeev, K. G., Land, K., & Yashin, A. I. (2008). Cumulative Deficits Better Characterize Susceptibility to Death in Elderly People than Phenotypic Frailty: Lessons from the Cardiovascular Health Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*(5), 898–903. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.01656.x
- Lamarck, J. B. P. A. (1888). On the Influence of Circumstances on the Actions and Habits of Animals, and that of the Actions and Habits of Living Bodies, as Causes which Modify Their Organization (Continued). *The American Naturalist*, *22*(264), 1054–1066. doi:10.2307/2451145
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *The Gerontologist*, *9*(3 Part 1), 179–186. doi:10.1093/geront/9.3_Part_1.179

- Lehr, U. (2003). Altern in Europa im 21. Jahrhundert: Eine Herausforderung für das Individuum und die Gesellschaft. *Pliegos de Yuste*, (1).
- Lehr, U. (2006). Der demographische Wandel: eine Herausforderung für jeden einzelnen, die Gesellschaft und die Psychologie. *Psychologie in Österreich*, 26, 154–160.
- Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of Functional Decline at the End of Life. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 289(18), 2387–2392. doi:10.1001/jama.289.18.2387
- Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional Evaluation: The Barthel Index. *Maryland state medical journal*, 14, 61.
- Markle-Reid, M., & Browne, G. (2003). Conceptualizations of frailty in relation to older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 44(1), 58–68. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02767.x
- Martin, H. J., Syddall, H. E., Dennison, E. M., Cooper, C., & Sayer, A. A. (2008). Relationship between customary physical activity, muscle strength and physical performance in older men and women: findings from the Hertfordshire Cohort Study. *Age and Ageing*, 37(5), 589–593. doi:10.1093/ageing/afn148
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken* (11., aktual., überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McNamee, P., Gregson, B. A., Buck, D., Bamford, C. H., Bond, J., & Wright, K. (1999). Costs of formal care for frail older people in England:: the resource implications study of the MRC cognitive function and ageing study (RIS MRC CFAS). *Social Science & Medicine*, 48(3), 331–341.
- Mitnitski, A., Song, X., & Rockwood, K. (2004). The Estimation of Relative Fitness and Frailty in Community-Dwelling Older Adults Using Self-Report Data. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59(6), M627 – M632. doi:10.1093/gerona/59.6.M627
- Mossey, J. M., & Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health*, 72(8), 800–808. doi:10.2105/AJPH.72.8.800

- Newman, A. B., Gottdiener, J. S., McBurnie, M. A., Hirsch, C. H., Kop, W. J., Tracy, R., ... Fried, L. P. (2001). Associations of Subclinical Cardiovascular Disease With Frailty. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M158–M166. doi:10.1093/gerona/56.3.M158
- Nourhashémi, F., Andrieu, S., Gillette-Guyonnet, S., Vellas, B., Albarède, J. L., & Grandjean, H. (2001). Instrumental activities of daily living as a potential marker of frailty: a study of 7364 community-dwelling elderly women (the EPIDOS study). *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(7), M448–453.
- Oswald, W. D., Gatterer, G., & Fleischmann, U. M. (2008). *Gerontopsychologie: Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns* (2. Auflage.). Wien: Springer.
- Pel-Littel, R., Schuurmans, M. J., Emmelot-Vonk, M., & Verhaar, H. (2009). Frailty: Defining and measuring of a concept. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(4), 390–394. doi:10.1007/s12603-009-0051-8
- Peterson, M. J., Giuliani, C., Morey, M. C., Pieper, C. F., Evenson, K. R., Mercer, V., ... for the Health, Aging and Body Composition Study Research Group. (2009). Physical Activity as a Preventative Factor for Frailty: The Health, Aging, and Body Composition Study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A(1), 61–68. doi:10.1093/gerona/gln001
- Pfeiffer, D. (1998). The ICIDH and the Need for its Revision. *Disability & Society*, 13(4), 503–523. doi:10.1080/09687599826579
- Pschyrembel, W. (2007). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. Berlin: W. de Gruyter.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385–401. doi:10.1177/014662167700100306
- Raphael, D., Cava, M., Brown, I., Renwick, R., Heathcote, K., Weir, N., ... Kirwan, L. (1995). Frailty: a public health perspective. *Canadian Journal of Public Health. Revue Canadienne De Santé Publique*, 86(4), 224–227.

- Ravaglia, G., Forti, P., Lucicesare, A., Pisacane, N., Rietti, E., & Patterson, C. (2008). Development of an easy prognostic score for frailty outcomes in the aged. *Age and Ageing*, 37(2), 161–166. doi:10.1093/ageing/afm195
- Renteln-Kruse, W. von. (2008). *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Hamburg: Steinkopff.
- Richter, C. (2012, Januar 12). Normaler Spitalsbetrieb für Alte sehr gefährlich. *DiePresse.com*. Abgerufen 28. Januar 2013, von <http://diepresse.com/home/gesundheit/726220/Normaler-Spitalsbetrieb-fuer-Alte-sehr-gefaehrlich>
- Rockwood, K. (2005). What would make a definition of frailty successful? *Age and Ageing*, 34(5), 432–434. doi:10.1093/ageing/afi146
- Rockwood, K., Andrew, M., & Mitnitski, A. (2006). A comparison of two approaches to measuring frailty in elderly people. Abgerufen von <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/summary?doi=10.1.1.118.6951>
- Rockwood, K., Fox, R. A., Stolee, P., Robertson, D., & Beattie, B. L. (1994). Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 150(4), 489–495.
- Rockwood, K., Hogan, D. B., & MacKnight, C. (2000). Conceptualisation and Measurement of Frailty in Elderly People. *Drugs & Aging*, 17(4), 295–302.
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in Relation to the Accumulation of Deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722–727.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., Bergman, H., Hogan, D. B., McDowell, I., & Mitnitski, A. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*, 173(5), 489–495. doi:10.1503/cmaj.050051
- Rolfson, D. B., Majumdar, S. R., Tsuyuki, R. T., Tahir, A., & Rockwood, K. (2006). Validity and reliability of the Edmonton Frail Scale. *Age and Ageing*, 35(5), 526–529. doi:10.1093/ageing/afl041

- Roos, N. P., & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging: a twelve-year study of Manitoba elderly. *Am J Public Health, 81*(1), 63–68. doi:10.2105/AJPH.81.1.63
- Roos, N. P., Roos, L. L., Mossey, J., & Havens, B. (1988). Using Administrative Data to Predict Important Health Outcomes: Entry to Hospital, Nursing Home, and Death. *Medical Care, 26*(3), 221–239.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2006). Self-Regulation and the Problem of Human Autonomy: Does Psychology Need Choice, Self-Determination, and Will? *Journal of Personality, 74*(6), 1557–1586. doi:10.1111/j.1467-6494.2006.00420.x
- Santos-Eggimann, B., Cuenoud, P., Spagnoli, J., & Junod, J. (2009). Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 64A*(6), 675–681. doi:10.1093/gerona/glp012
- Schuermans, M. J., Steverink, N., Lindenberg, S., Frieswijk, N., & Slaets, J. P. J. (2004). Old or frail: what tells us more? *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences, 59*(9), M962–965.
- Schwarzer, R. (1997). *Gesundheitspsychologie: Ein Lehrbuch* (2., überarb. u. erw. A.). Göttingen: Hogrefe.
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health, 5*(1-2), 165–173. doi:10.1300/J018v05n01_09
- Sherrington, C., Tiedemann, A., Fairhall, N., Close, J. C. T., & Lord, S. R. (2011). Exercise to prevent falls in older adults: an updated meta-analysis and best practice recommendations. *New South Wales Public Health Bulletin, 22*(4), 78–83.
- Sommeregger, U. (2003). Geriatrisches Assessment. In *Multiprofessionelle Altenbetreuung* (S. 121–146). Wien; New York: Springer.
- Sommeregger, U., & Frühwald, T. (2013). Akutgeriatrie. In *Kompendium der Gerontologie: interdisziplinäres Handbuch für Forschung, Klinik, und Praxis 2 [Grundwerk]*. (28. Auflage.). Landsberg/Lech: Ecomed.

- Song, X., Mitnitski, A., & Rockwood, K. (2010). Prevalence and 10-Year Outcomes of Frailty in Older Adults in Relation to Deficit Accumulation. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(4), 681–687. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02764.x
- Statistik Austria. (2011). *Demographische Indikatoren 1961-2010* (No. 8.1). Wien. Abgerufen von http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/index.html
- Steverink, N., Slaets, J. P. J., Schuurmans, H., & van Lis, M. (2001). Measuring frailty: Developing and testing the GFI (Groningen frailty indicator). *Gerontologist*, 41, 236–237.
- Strawbridge, W. J., Shema, S. J., Balfour, J. L., Higby, H. R., & Kaplan, G. A. (1998). Antecedents of Frailty Over Three Decades in an Older Cohort. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 53B, S9–S16. doi:10.1093/geronb/53B.1.S9
- Strotzka, S. (2004). 30 Jahre Mini-Mental State Examination. Eine kritische Würdigung. *Psychopraxis*.
- Theou, O., Jones, G. R., Overend, T. J., Kloseck, M., & Vandervoort, A. A. (2008). An exploration of the association between frailty and muscle fatigue. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 33(4), 651–665. doi:10.1139/H08-058
- Verres, R. (1998). Gesundheitsforschung und Verantwortung: Gedanken zur Differenzierung und Vertiefung der Rekonstruktion subjektiver Gesundheits- und Krankheitstheorien. In *Wann fühlen wir uns gesund? : subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. Weinheim; München: Juventa.
- Walston, J., Hadley, E. C., Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Newman, A. B., Studenski, S. A., ... Fried, L. P. (2006). Research Agenda for Frailty in Older Adults: Toward a Better Understanding of Physiology and Etiology: Summary from the American Geriatrics Society/National Institute on Aging Research Conference on Frailty in Older Adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54(6), 991–1001. doi:10.1111/j.1532-

5415.2006.00745.x

- Woo, J., Chan, R., Leung, J., & Wong, M. (2010). Relative Contributions of Geographic, Socioeconomic, and Lifestyle Factors to Quality of Life, Frailty, and Mortality in Elderly. *PLoS ONE*, 5(1), e8775. doi:10.1371/journal.pone.0008775
- Woo, J., Tang, N. L. S., Suen, E., Leung, J. C. S., & Leung, P. C. (2008). Telomeres and frailty. *Mechanisms of Ageing and Development*, 129(11), 642–648.
doi:16/j.mad.2008.08.003
- World Health Organization. (2001). *International classification of functioning, disability and health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- Xue, Q.-L., Bandeen-Roche, K., Varadhan, R., Zhou, J., & Fried, L. P. (2008). Initial Manifestations of Frailty Criteria and the Development of Frailty Phenotype in the Women's Health and Aging Study II. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 63(9), 984–990.
- Zank, S., Wilms, H.-U., & Baltes, M. M. (1997). Gesundheit und Alter. In *Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch* (2. überarb. und erweiterte.). Göttingen: Hofgreffe.

ANHÄNGE

1. Leitfaden

- Was ist für Sie Gebrechlichkeit? Was verbinden Sie mit dem Wort? Gibt es eine andere Bezeichnung dafür? Was ist das Gegenteil von Gebrechlichkeit?
- Glauben Sie, ist das Wort nur mit körperlichen Einschränkungen verbunden, oder spielen auch andere Faktoren hinein?
- Wann haben Sie zum 1. Mal über Gebrechlichkeit nachgedacht?
- Gibt es Zeiten oder Momente, in denen man sich gebrechlicher fühlt als sonst? Können Sie mir eine Situation erzählen, in der Sie sich gebrechlich gefühlt haben?
- Was glauben Sie, ist es möglich, Gebrechlichkeit zu verhindern? Gibt es eine sinnvolle Maßnahme dagegen?
- Haben Sie einen Einfluss darauf, Gebrechlichkeit zu beeinflussen? Was sind ihrer Meinung nach positive bzw. negative Einflussfaktoren auf den Zustand der Gebrechlichkeit?
- Was ist Gesundheit für Sie persönlich? Wann fühlen Sie sich gesund?
- Was ist Krankheit für Sie persönlich?
- Was belastet sie im Alltag?
- Fühlen Sie sich gebrechlich?
- Wie schätzen Sie Ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu anderen ein?

2. Einverständniserklärung

Sehr geehrte Damen und Herrn!

Sie kennen mich als ihre Ergotherapeutin auf der Station. Heute möchte ich mich mit einem Anliegen an Sie wenden:

Im Zuge meiner Diplomarbeit für Psychologie möchte ich das Thema Gebrechlichkeit im Alter genauer erforschen. Es geht mir darum, die Sichtweise der alten Menschen selbst zu Gehör zu bringen, um vergleichen zu können, ob sich diese mit den wissenschaftlichen Daten deckt. Ihre Meinung, Ihre Ansichten und Einstellungen sind das Zentrum meiner Arbeit. Ziel ist es, ein besseres Verständnis für die Vorstellungs- und Erlebniswelt der alten Bevölkerung zu gewinnen.

Informationen zum Gespräch:

Das Interview soll einem einfühlsamen Gespräch nahekommen. Ich werde Ihnen einige Fragen stellen, die sich allesamt auf Ihre Befindlichkeit, Ihre Erfahrungen bzw. Ihre subjektive Meinung zum Begriff Gebrechlichkeit beziehen. Es gibt also keine richtigen oder falschen Antworten.

Das Gespräch wird ungefähr eine dreiviertel Stunde dauern.

Es wird auf Tonband aufgezeichnet und erfolgt selbstverständlich anonym. Ihr Name wird nicht aufgeschrieben und Ihre persönlichen Daten werden nirgends aufscheinen.

Sie können das Gespräch jederzeit abbrechen oder eine Pause einfordern, ohne jegliche Konsequenzen.

Ich möchte Ihnen schon vorab herzlich für Ihre Zeit und Bereitschaft, an dem Interview teilzunehmen, danken. Ihre Unterstützung ermöglicht mir die Fertigstellung meiner Diplomarbeit zu einem wichtigen Thema. Sie leisten damit einen wichtigen Beitrag zur wissenschaftlichen Forschung.

Ich bin damit einverstanden, an dem Interview teilzunehmen und habe die Informationen diesbezüglich gelesen.

3. Datenblatt

Alter

Geschlecht

Schulbildung

Familienstand

Kinder

Sozialkontakte

Heimhilfe

chronische Erkrankungen

Stürze im letzten Jahr

Frakturen → Folgen

Gehbehelf

besondere Merkmale

BMI

4. Mini Mental State Examination

5. Geriatrische Depressionsskala

6. Barthel Index

7. IADL-Skala

8. Groningen Frailty Indicator in Originalversion und deutscher Übersetzung



KAV – Teilunternehmung
Krankenanstalten der Stadt Wien
Krankenhaus Hietzing mit
Neurologischem Zentrum Rosenhügel
Abteilung für Akutgeriatrie
Vorstand: Prim. Dr. Ulrike Sommeregger
Wolkersbergenstraße 1
A-1130 Wien
Tel.: (+43 1) 80110-3342
Fax: (+43 1) 80110-3813
E-Mail: khr.agr@wienkav.at
<http://www.wienkav.at/khr>

Name:

Datum:

Geburtsdatum:

Mini Mental State Examination

ORIENTIERUNG:

Datum o.....
Jahr.....0
Monat.....0
Wochentag.....0
Jahreszeit.....0
Arztname.....0
Stockwerk.....0
Anstalt.....0
Stadt.....0
Land.....0

KURZZEITGEDÄCHTNIS

Buch (Zitrone).....0
Haus (Schüssel).....0
Blume (Ball).....0

Anzahl der Versuche:

AUFMERKSAMKEIT UND RECHNEN: (100 – 7)

93.....0
86.....0
79.....0
72.....0
65.....0

oder “Woche” rückwärts

E.....0
H.....0
C.....0
O.....0
W.....0

MITTELFRISTIGES GEDÄCHTNIS

Pat. soll Worte von zuvor wiederholen)

Buch (Zitrone)..... 0
Haus (Schüssel)..... 0
Blume (Ball)..... 0

SPRACHE (Gegenstände benennen)

Armbanduhr..... 0
Bleistift..... 0

SPRACHE (Wiederholung)

Keine Wenns Unds oder Abers..... 0

DREISTUFENBEFEHL

Nehmen Sie dieses Blatt in die
rechte Hand..... 0
Falten Sie es in der Mitte..... 0
und legen sie es auf den Boden..... 0

LESEN

Schließt die Augen..... 0

SCHREIBEN

Schreibt Satz..... 0

KOPIEREN

Zeichnung..... 0

GESAMTSCORE.....

Name:

Datum:

Geburtsdatum:

Fragen der geriatrischen Depressionsskala (GDS)

1.	Sind Sie grundsätzlich mit ihrem Leben zufrieden?*	0	1
2.	Haben Sie viele Ihrer früheren Aktivitäten und Interessen aufgegeben?	1	0
3.	Haben Sie das Gefühl, Ihr Leben sei ohne Sinn?	1	0
4.	Langweilen Sie sich oft?	1	0
5.	Sind Sie meist gut gelaunt?*	0	1
6.	Haben Sie manchmal Angst, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird?	1	0
7.	Wachen Sie morgens gerne auf?*	0	1
8.	Fühlen Sie sich hilflos?	1	0
9.	Hadern Sie manchmal mit Ihrer Vergangenheit?	1	0
10.	Haben Sie das Gefühl, ein schlechteres Gedächtnis zu haben als andere Leute Ihres Alters?	1	0
11.	Finden Sie es schön, in unserer heutigen Zeit zu leben?*	0	1
12.	Würden Sie sich als kontaktfreudig bezeichnen?*	0	1
13.	Haben Sie viel Tatendrang?*	0	1
14.	Finden Sie Ihre Lage oft hoffnungslos?	1	0
15.	Haben Sie den Eindruck, dass es den meisten Leuten Ihres Alters besser geht als Ihnen?	1	0

Jede Ja-Antwort = 1 Punkt. Mit (*) bezeichnete Fragen sind umgekehrt zu verrechnen.

Für die 15-Fragen Version:

00 – 05 Punkte: normal

06 – 10 Punkte: leichte Depression

11 – 15 Punkte: schwere Depression

Name des Patienten

Arzt-/Klinikstempel

Geburtsdatum:

Selbsthilfefähigkeit

Barthel Index

Referenz: Mahoney FI, Barthel DW: Md State Med J 1965; 14: 61-65

Durchgeführt von, Datum

Durchgeführt von, Datum

Durchgeführt von, Datum

AUFNAHME

ENTLASSUNG

Richtige Punktezahl einkreisen

o Essen

selbständig, wenn das Essen in Reichweite steht	10	10	10
braucht Unterstützung, z.B. beim Schneiden oder Streichen	5	5	5
total hilfsbedürftig	0	0	0

o Baden/Duschen

selbständig	5	5	5
auf Hilfe angewiesen	0	0	0

o Persönliche Toilette (Waschen)

selbständig – wäscht Gesicht, putzt Zähne, kämmt und rasiert sich (Bereitstellen der Utensilien durch Hilfspersonal erlaubt)	5	5	5
braucht Unterstützung	0	0	0

o Ankleiden

selbständig (inkl. Schuhe anziehen, Knöpfe u. Reißverschlüsse bedienen)	10	10	10
braucht Unterstützung – kleidet sich aber ca. zur Hälfte ohne Hilfe an	5	5	5
total hilfsbedürftig	0	0	0

o Stuhlkontrolle

kontinent	10	10	10
kontinent mit höchstens 1 „Zwischenfall“ pro Woche	5	5	5
inkontinent	0	0	0

o Urinkontrolle

kontinent über mehr als 7 Tagen, oder selbstständige Versorgung eines DK	10	10	10
teilweise kontinent (max 1x/24 Stunden inkontinent)	5	5	5
inkontinent od. Katheter, den der Patient nicht selbst versorgen kann	0	0	0

o Toilettebenützung

selbständig (gehen, hinsetzen, aufstehen, Kleider u. Papier handhaben)	10	10	10
braucht Unterstützung, aber kann gewisse Dinge selbstständig	5	5	5
total hilfsbedürftig	0	0	0

o Transfer

selbständig	15	15	15
minimale physische oder verbale Assistenz	10	10	10
kann sitzen, braucht Hilfe von 1-2 Personen für den Transfer	5	5	5
bettlägrig, keine Sitzbalance	0	0	0

o Mobilität (Bewegung)

selbständig; darf Gehhilfe benutzen, ≥ 50m	15	15	15
geht mit zusätzlicher Unterstützung von einer Person (verbal oder physisch)	10	10	10
selbstständig mit Rollstuhl inkl. Wenden (nur wenn gehunfähig zu bewerten)	5	5	5
sitzt im Rollstuhl, immobil	0	0	0

o Treppensteigen

selbständig (Treppe hinauf, Treppe hinab)	10	10	10
braucht Unterstützung (verbal, physisch oder Hilfsmittel müssen nachgetragen werden)	5	5	5
kann nicht Treppen steigen	0	0	0

Gesamtpunkte (0 - 100):

Erweiterte Aktivitäten des tägl. Lebens (IADL – Instrumental Activities of Daily Living) modifizierte Version	Punkte	PH	private Hilfe
• Telefon			
benützt Telefon aus eigener Initiative, wählt Nummern	2		
wählt einige bekannte Nummern	2		
nimmt ab, wählt nicht selbständig	1		
benützt das Telefon überhaupt nicht	0		
• Einkaufen			
kauft selbständig ein	2		
tätigt wenige Einkäufe	1		
benötigt bei jedem Einkauf Begleitung	0		
unfähig zum Einkaufen	0		
• Kochen			
plant und kocht Mahlzeiten selbständig	2		
kocht Mahlzeiten nur nach Vorbereitung durch andere	1		
kocht selbständig, hält aber benötigte Diät nicht ein	1		
benötigt vorbereitete und servierte Mahlzeiten	0		
• Haushalt			
führt Haushalt alleine, benötigt nur zeitweise Hilfe bei schweren Arbeiten	2		
führt selbständig kleine Hausarbeiten aus	1		
führt selbst kleine Hausarbeiten aus, kann aber Wohnung nicht reinhalten	1		
benötigt Hilfe in allen Haushaltsverrichtungen	1		
nimmt überhaupt nicht teil an tgl. Verrichtungen im Haushalt	0		
• Wäsche			
wäscht gesamte eigene Wäsche	2		
wäscht kleine Sachen	1		
gesamte Wäsche muss auswärts versorgt werden	0		
• Transportmittel			
benützt unabhängig öffentliche Verkehrsmittel, eigenes Auto	2		
bestellt und benützt selbständig Taxi, benützt aber keine öffentlichen Verkehrsmittel	2		
benützt öffentliche Verkehrsmittel in Begleitung	1		
beschränkte Fahrten im Taxi oder Auto in Begleitung	1		
reist überhaupt nicht	0		
• Medikamente			
nimmt Medikamente in genauer Dosierung u. zu korr. Zeit eigenverantwortlich	2		
nimmt vorbereitete Medikamente korrekt	1		
kann korrekte Einnahme von Medikamenten nicht handhaben	0		
• Geldhaushalt			
regelt finanzielle Geschäfte selbständig (Budget/Schecks/Einzahlungen/Bankwege)	2		
erledigt tgl. kleine Ausgaben, benötigt Hilfe bei Einzahlungen/Bankgeschäften	1		
ist nicht mehr fähig mit Geld umzugehen	0		

Gesamtpunkte / 16

(nach Lawton M.P. und Brody E.M., 1964)

Für jede Tätigkeit, die völlig selbständig geleistet werden kann, werden 2 Punkte vergeben. Für Tätigkeiten, die teilweise selbständig erledigt werden, wird 1 Punkt vergeben. Es sind max. 16 Punkte erreichbar, das individuelle Ergebnis wird als Quotient von 16 angegeben.

GFI (Groningen Frailty Index)

Circle the appropriate answer and add scores

	YES	NO	
Mobility.			
Can the patient perform the following tasks without assistance from another person (walking aids such as a can or a wheelchair are allowed)			
1. Grocery shopping	0	1	
2. Walk outside house (around house or to neighbour)	0	1	
3. Getting (un)dressed	0	1	
4. Visiting restroom	0	1	
Vision			
5. Does the patient encounter problems in daily life because of impaired vision?	1	0	
Hearing			
6. Does the patient encounter problems in daily life because of impaired hearing?	1	0	
Nutrition			
7. Has the patient unintentionally lost a lot of weight in the past 6 months (6kg in 6 months or 3kg in 3 months)?	1	0	
Co-morbidity			
8. Does the patient use 4 or more different types of medication?	1	0	
	YES	NO	SOMETIMES
Cognition			
9. Does the patient have any complaints on his/her memory (or diagnosed with dementia)?	1	0	0
Psychosocial			
10. Does the patient ever experience emptiness around him? <i>e.g. You feel so sad that you have no interest in your surroundings. Or if someone you love no longer love you, how do you feel?</i>	1	0	1
11. Does the patient ever miss the presence of other people around him? <i>Or do you miss anyone you love?</i>	1	0	1
12. Does the patient ever feel left alone? <i>e.g. You wish there is someone to go with you for something important.</i>	1	0	1
13. Has the patient been feeling down or depressed lately?	1	0	1
14. Has the patient felt nervous or anxious lately?	1	0	1
Physical Fitness			
15. How would the patient rate his/her own physical fitness? (0-10 ; 0 is very bad, 10 is very good) 0 – 6 = 1 7 – 10 = 0	1	0	
TOTAL SCORE GFI			

Appendix 6 – PS (Performance Status)

0	Normal activity without restriction.
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out light work.
2	Ambulatory and capable for all self-care, unable to carry out any work and about >50% of waking hours.
3	Capable only limited self-care, confined to bed or chair and about <50% of waking hours.
4	Completely disabled, cannot carry on any self-care, totally confined to bed or chair.

Deutsche Übersetzung:

GRONINGEN GEBRECHLICHKEITS INDEX (GFI)

Mobilität:

Kann der Patient die folgenden Aufgaben ohne Hilfestellung von anderen Personen bewältigen (Gehhilfen wie Stock oder Rollstuhl sind erlaubt)

1. Einkäufe
2. Gehen außerhalb des Hauses (um das Haus, zum Nachbarn)
3. Aus- und ankleiden
4. Toilettenbesuch

Sehstärke:

5. Hat der Patient Schwierigkeiten im alltäglichen Leben wegen einer Sehschwäche?
6. Hat der Patient Schwierigkeiten im alltäglichen Leben wegen einer eingeschränkten Hörfähigkeit?

Ernährung:

7. Hat der Patient über die letzten sechs Monate ungewollt viel Gewicht verloren (6 Kilo in 6 Monaten oder 3 Kilo in 3 Monaten)?

Co-Morbidität

8. Verwendet der Patient 4 oder mehr Medikamentenarten täglich?

Kognition

9. Hat der Patient Beschwerden mit seinem Gedächtnis/ oder wurde Demenz diagnostiziert?

Psychosozial

10. Empfindet der Patient jemals eine Leere, die ihn umgibt? *zb.: Sie fühlen sich so schlecht, dass Sie an Ihrer Umwelt nicht interessiert sind. Oder: Wenn einer, den Sie liebt, dich nicht mehr liebt, wie fühlen Sie sich dann?*
11. Vermisst der Patient die Nähe/Präsenz anderer Menschen um ihn herum? Oder: Vermissen Sie eine Person, die Sie lieben?
12. Fühlt sich der Patient jemals alleine gelassen? *z.b: Sie wünschen sich eine Person, die Sie bei Wichtigem begleitet.*
13. Hat sich der Patient in der letzten Zeit depressiv oder niedergeschlagen gefühlt?
14. Hat sich der Patient in letzter Zeit nervös oder ängstlich gefühlt?

Körperliche Fitness:

15. Wie würde der Patient seine eigene, körperliche Fitness einstufen? (0-10; 0= sehr schlecht, 10 = sehr gut) 0-6=1 6-10=0

Anhang 6 – PS (Status der Performanz)

- | | |
|---|--|
| 0 | Normal Aktivität ohne Einschränkungen |
| 1 | Eingeschränkt in körperlich anstrengenden Tätigkeiten, aber ambulant und fähig, leichte Arbeiten durchzuführen |
| 2 | Ambulant und fähig, sich um sich selbst zu sorgen, unfähig irgendeiner Tätigkeit nachzugehen und mehr als 50% Stunden täglich im Wachzustand |
| 3 | Nur beschränkt fähig für sich selbst zu sorgen, bettlägerig oder im (Roll)stuhl sitzend und weniger als 50% der Stunden täglich im Wachzustand |
| 4 | Körperlich komplett unfähig, sich in irgendeiner Weise um sich selbst zu kümmern, absolut auf Bett oder Stuhl angewiesen |

LEBENS LAUF

Name: Veronika Heger

Geburtsdatum: 24.10.1961, Wien

Staatsbürgerschaft: Österreich

E-mail: a8000651@unet.univie.ac.at

Ausbildung

1972-1980: Bundesgymnasium, Neusprachlicher Zweig, Wenzgasse 7, 1130 Wien

10.06.1980: Matura mit gutem Erfolg abgeschlossen

WS 1980: Studium der Biologie an der Universität Wien

04/1981- 06/1982: Praktikum auf der Bettenstation des Pensionistenheims Föhrenhof, 1130 Wien

09/1981 – 08/1984: Ausbildung zur Ergotherapeutin an der Schule für den beschäftigungs- und arbeitstherapeutischen Dienst im AKH Wien, mit ausgezeichnetem Erfolg abgeschlossen.

1995-2013: Berufsbegleitendes Diplomstudium der Psychologie an der Universität Wien

WS 2005-SS 2006: Ausbildung zur Validationseinzelanwenderin

Chronologie der Beschäftigung

01/1985- 06/1988: Ergotherapeutin am Institut für Physikalische Medizin des Kaiser Franz Josef Spitals, 1010 Wien

Geburt von drei Kindern (1988, 1990, 1993)

2000-2003: geringfügige Beschäftigung als Ordinationshilfe in einer gynäkologischen Praxis

08/2004-jetzt: Ergotherapeutin im Krankenhaus Hietzing, Akutgeriatrie, Wolkersbergenstraße 3, 1130 Wien

ORIGINALITÄTSERKLÄRUNG

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich die Diplomarbeit mit dem Titel: „Frailty – Gebrechlichkeit - eine Frage der Einstellung oder des Alters?“ selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst und keine anderen Quellen, als die angegebenen, benützt habe. Weiters versichere ich, dass ich diese Diplomarbeit weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Wien im April 2013

Unterschrift: