



universität
wien

DIPLOMARBEIT

TITEL der Diplomarbeit

„DAHOAM ist DAHOAM“ –
Autonomes Altern im ländlichen Raum
unter
Berücksichtigung
des sozialen Netzwerks

Verfasserin

Ramona Margarete Scherbler

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, im September 2009

Studienkennzahl lt. Studienblatt:
Diplomarbeitsgebiet lt. Studienblatt:
Matrikelnummer:
Betreuerin:

A 057 122
IDS Pflegewissenschaft
0406840
Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl

EHRENWÖRTLICHE ERKLÄRUNG

Ich versichere,

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

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

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

.....

Datum

.....

Unterschrift

DANKSAGUNG

Um eine solche Arbeit verfassen zu können, bedarf es der Unterstützung zahlreicher Menschen, bei denen ich mich ganz herzlich bedanken möchte. Besonderen Dank möchte ich meiner Betreuerin Frau Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl aussprechen, die mich von der ersten Minute an über eine lange Zeit bis zur Beendung der Arbeit mit Rat und Motivation begleitet hat.

Weiters möchte ich mich bei jenen lieben Menschen bedanken, die in den vergangenen Jahren mit mir durch Höhen und Tiefen gegangen sind und mich in allen Lebenslagen tatkräftig unterstützt haben. Ohne sie wäre es mir nicht gelungen, dieses Studium zu absolvieren sowie die laufende Ausbildung zu bewerkstelligen. Ein großes Dankeschön gilt meinen Eltern Maria & Kurt Scherbler, welche mir diese Ausbildung ermöglicht haben. Ein dickes „Bussi“ meiner Schwester Eva, die mir immer in meiner Formatierungsnot zur Seite gestanden ist und alles gerettet hat, was noch zu retten war. Des Weiteren möchte ich mich bei meinem Freund Thomas König bedanken, der in Zeiten der subjektiven Verzweiflung immer die richtigen Worte gefunden und mich durch Ablenkung immer wieder zu Neuem motiviert hat.

Abschließend möchte ich mich bei meinen InterviewpartnerInnen bedanken, bei denen ich oft viele Stunden verbracht habe. Ohne ihre Mitarbeit wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

ZUSAMMENFASSUNG

Mit dem kontinuierlichen Anstieg der Anzahl an älteren Menschen in Österreich treten auch verstärkt altersassoziierte Erkrankungen in der Gesellschaft auf. In der Gruppe der Betroffenen rückt parallel dazu der Wunsch nach Erhalt der persönlichen Unabhängigkeit, nach einer autonomen Lebensführung immer mehr in den Vordergrund. Gerade am Land, wo oftmals die Infrastruktur sowie soziale Einrichtungen nicht in der Form ausgebaut sind wie in urbanen Regionen, können sich daher mit fortschreitendem Alter große Herausforderungen in der Lebensbewältigung auftun. Trotzdem steigt nach Angaben der Familien- und Haushaltsstatistik (2009) die Zahl der Einpersonenhaushalte mit dem Alter signifikant an.

Das Ziel der empirischen Untersuchung war es, das subjektive Erleben des Alltags im ländlichen Raum von alleinlebenden älteren Menschen über 75 Jahren zu thematisieren. Dazu wurden sechs qualitative Interviews mit Personen dieser Zielgruppe durchgeführt. Diese wurden anschließend in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die drei Hauptkategorien Darstellung der eigenen Selbstständigkeit, Stützen der eigenen Selbstständigkeit und Grenzen der eigenen Selbstständigkeit bilden das Gerüst der Untersuchung.

Die Selbstdarstellung der alleinlebenden älteren Personen ist primär von Autonomie geprägt: die Interviewten sind stolz auf jene Fähigkeiten und Fertigkeiten, welche ihnen zu einer autarken Lebensführung verhelfen. Sie nutzen ihre eigenen Ressourcen und versuchen, den Alltag so gut als möglich selbstständig zu bewältigen, auch wenn sie dafür zwischenzeitlich, aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen, über ihre Grenzen treten müssen. Es ist ihnen bewusst, worin der Wert der Selbstständigkeit liegt: sich selbst versorgen zu können, Privatheit zu erleben und unabhängig den Alltag zu organisieren. Sie setzen sich eigene Ziele, wie die Gesundheit und die Mobilität aufrechtzuerhalten und zu fördern. Wenngleich die Eigeninitiative und Motivation von Seiten der älteren Personen in Bezug auf eine autonome Lebensführung in einem hohen Maß gegeben ist, so wäre es in einzelnen Fällen nur schwer möglich, ohne die Unterstützung des sozialen Umfeldes ein selbstständiges Leben im vertrauten Eigenheim zu führen.

Die Familie stellt die wichtigste Stütze für die älteren Personen dar. Dabei ist ein differentes Bild hinsichtlich der Hauptpflegepersonen zu erkennen, welches von der

Familienkonstellation bzw. vom Familienstand abhängig ist. Nicht nur die eigenen Kinder, sondern auch Nichten und Neffen nehmen eine wesentliche Rolle in der Pflege ihrer älteren Angehörigen ein. Sie tragen Sorge dafür, dass es ihren Angehörigen gut geht, haben zu ihnen in regelmäßigen Abständen Kontakt und kümmern sich um die hauswirtschaftliche, organisatorische und auch pflegerische Versorgung. Des Weiteren wird deutlich, dass auch Freunde und Nachbarn als Unterstützungspersonen auftreten. In einigen Fällen hat sich sogar ein konstantes, Unterstützung bietendes Nachbarschaftsverhältnis entwickelt, das ganz nach den individuellen Bedürfnissen der älteren Menschen agiert. Professionelle Betreuung wird nur dann gewählt, wenn wirklich Hilfe nötig ist, so beispielsweise bei der Wundversorgung.

Auch mobile Dienste des Hausarztes werden nur sehr selten in Anspruch genommen. Außerdem zeigt die Untersuchung die Grenzen der eigenen Selbstständigkeit im Alltag auf, wobei sehr oft der Gesundheitszustand das entscheidende Kriterium ist. Weiters lassen sich Sorgen und Ängste erkennen, die mit dem eigenen Gesundheitszustand wie auch mit dem Gesundheitszustand der Kinder zu tun haben. Zudem machen sich die älteren Personen Sorgen darüber, wo ihr Leben in Zukunft stattfinden wird, denn sie möchten ihren Lebensabend in der vertrauten Umgebung genießen können.

Auch das Verlangen nach sozialen Kontakten wird deutlich, da sich durch das Ableben von Freunden und Nachbarn das soziale Netzwerk in seiner Struktur immer mehr reduziert. Die älteren Personen sind die meiste Zeit alleine, erhalten selten Besuch und haben wenige Menschen, bei welchen sie sich ihre Sorgen von der Seele reden können. Diese Forschungsarbeit weist darauf hin, dass den älteren alleinlebenden Menschen im ländlichen Raum mehr Beachtung geschenkt werden muss. Es wäre wünschenswert, diese verstärkt in die Gesellschaft zu integrieren, um sie aus ihrem oft einsamen Alltag zu holen. Der Einsatz von ehrenamtlichen Besuchsdiensten wäre hier eine mögliche Maßnahme, die verstärkt umgesetzt werden könnte. Zudem wäre eine multidisziplinäre Zusammenarbeit der mobilen sozialen Dienste erforderlich, um eine kontinuierliche bedürfnisorientierte Unterstützung zu gewährleisten.

ABSTRACT

The steady increase in the number of elderly people in Austria also leads to an increased appearance of illnesses related to this age group. Parallel to this the desire to preserve personal independence and an autonomous way of life are on the fore in the group affected. Especially in the country, where infrastructure and social institutions often are not as well developed as in urban regions, great challenges concerning lifestyle arise due to the advancing age of people. Nevertheless, family statistics and budgetary statistics (2009) show that there is a significant rise in the number of single-person households.

The aim of the empirical investigation was to pick out as a central theme the subjective experiences of everyday life of solitary people over 75 years in rural areas. Therefore, six qualitative interviews with people of this target group were made which afterwards were evaluated in support of the qualitative content analysis according to Mayring.

Three main categories form the theoretical framework of the investigation, which are the presentation of the own independence, the props of the own independence and the limits of the own independence.

The self-presentation of the older solitary people is marked primarily by autonomy: the interviewed are proud of the abilities and skills which help them to manage a self-sufficient lifestyle. They use their own capabilities and try independently to master their everyday life as well as possible, even if this means to cross their limitations due to health restrictions. They are aware of the value of their independence: to be able to look after themselves, to experience privateness and to organise independently their everyday life. They set their own objectives, such as to maintain and support health and mobility. Concerning an autonomous lifestyle initiative and motivation are given in a high degree on the part of the older people. Nevertheless, for individual cases it would hardly be possible to lead an independent life in their own home without the support of the surroundings.

Family presents the mainstay for the elderly. In regard to the main care different perceptions can be made, depending on family constellation or marital status. Not only their own children, but also nieces and nephews take an essential role in the care of their older relatives. They have to make sure that their family members are fine. Furthermore, they have contact to them at regular intervals, they look after housekeeping and organizational and nursing care. Besides it becomes clear that also friends and

neighbours support the elderly. In some cases a steady kind of neighbourly help has established which completely operates after the individual needs of the older people. Professional care is only chosen when real help is needed, for example with wound treatment.

Mobile services of the family doctor are also very seldom enlisted. Moreover, the investigation demonstrates the limits of independence in everyday life at which the state of health very often is the determining criterion. Furthermore, worries and fears are identified which deal with the own state of health as well as with the children's. Besides, older people worry about where their life will take place in future because they would like to spend their remaining years in their familiar surroundings.

The desire for social contacts also becomes clear, because the social network decreases due to the demise of friends and neighbours. Most of the time older people are alone, they are rarely visited and there are few people to whom they could get their sorrows of their chest.

This research project points out the fact that more attention must be given to older solitary people living in the country. It would be preferable to integrate these people more into society in order to get them from their lonesome everyday life.

The service of volunteer visitors would be a possible measure which could be realised. Additionally, multi disciplinary cooperation of mobile social services would be necessary to guarantee a continuous support for those in need.

INHALTSVERZEICHNIS

I. EINLEITUNG.....	1
1 PROBLEMLAGE	1
1.1 FORSCHUNGSFRAGEN & ZIELE DER FORSCHUNG	3
II. THEORETISCHER TEIL	5
2 DER ALTE(RNDE) MENSCH IN DER ALTERNDEN GESELLSCHAFT	5
2.1 DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG UND STRUKTURWANDEL DER GENERATIONEN	5
2.2 DAS ALTER(N).....	11
2.3 AUTONOMES ALTERN	22
3 WOHNEN IM ALTER	29
3.1 HAUSHALTSFORMEN IM ALTER	29
3.2 STELLENWERT DES WOHNENS IM ALTER	32
3.3 WOHNUNGSANPASSUNG	36
4 DAS SOZIALE NETZWERK	41
4.1 INFORMELLE PFLEGE	43
4.2 FORMELLE PFLEGE.....	49
III. EMPIRISCHER TEIL	59
5 FORSCHUNGSDESIGN.....	59
5.1 DATENERHEBUNG	59
5.2 DATENAUSWERTUNG	63
6 ERGEBNISSE	65
6.1 DARSTELLUNG DER EIGENEN SELBSTSTÄNDIGKEIT	69
6.1.1 ARBEIT	71
6.1.2 BESCHÄFTIGUNG	75
6.1.3 BEWÄLTIGUNG	84
6.1.4 ZIELE.....	89
6.1.5 WERT DER SELBSTSTÄNDIGKEIT	95
6.2 STÜTZEN DER SELBSTSTÄNDIGKEIT.....	100
6.2.1. FAMILIE	100
6.2.2. FREUNDE UND NACHBARN	114
6.2.3. PROFESSIONELLE DIENSTE	118
6.2.4. MATERIELLE STÜTZEN.....	120
6.3 GRENZEN DER EIGENEN SELBSTSTÄNDIGKEIT.....	126
6.3.1. GESUNDHEITZUSTAND.....	127
6.3.2. ÄNGSTE UND SORGEN	133
6.3.3. VERLANGEN NACH SOZIALEN KONTAKTEN	139
6.4 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION.....	143
LITERATURVERZEICHNIS	154
TABELLENVERZEICHNIS	163
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	163

I. EINLEITUNG

„Mein Verstand soll i holt hobn,
bis i sterben tua,
dass mir des holt nit versogt.
Und gsund sein,
so vü, dass i holt hin und hergehn mog,
dass i nit bettlegrig bin,
dass i auf ka fremde Hüf augstandn bin,
dos wa mei Wunsch.“
(IP II: Z. 211–215)

1 PROBLEMLAGE

Unsere Gesellschaft unterliegt einem erheblichen Altersstrukturwandel u.a. aufgrund des raschen Fortschrittes in den Bereichen Medizin und Technik. In den letzten Jahrzehnten ist der Anteil der älteren Generation an der Gesamtbevölkerung erheblich gestiegen. Dieser Anstieg ist zweifach zu erklären: mit der steigenden Lebenserwartung und der Verschiebung der Erstgeburten in spätere Phasen des Lebens einer Frau. Somit ist gegenwärtig eine kontinuierliche Ausdehnung der Alterspopulation zu verzeichnen. Prognosen besagen, dass sich die Zahl der Menschen, die die jüngeren Generationen stellen, weiterhin minimieren wird.¹

Mit der starken Zunahme an älteren Menschen treten auch verstärkt altersbedingte Krankheiten wie Diabetes, chronische Krankheiten sowie mentale Krankheiten (beispielsweise Demenz) auf. Dadurch ist – neben einer erhöhten Morbiditätsstruktur – ein Anstieg der Pflege- und Hilfsbedürftigkeit zu erwarten, was wiederum einen steigenden Bedarf an Pflegeeinrichtungen sowie an neuen Wohnstrukturen nach sich zieht.²

Zusätzlich ist zu erwähnen, dass sich die Haushaltsformen in den vergangenen Jahren signifikant verändert haben. Nach Angaben der Statistik Austria lebten 2008 etwa 1,261 Mio. Menschen in Österreich in einem Einpersonenhaushalt, wobei sich auch die Zahl der alleinwohnenden Menschen mit steigendem Alter erhöht. Dabei lassen sich

¹ vgl. Bramberger 2005, S. 18

² vgl. Stanjek 1998, S. 70

geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen: so lebt bereits jede zweite Frau in Österreich alleine, bei den Männern ist es jeder fünfte.³

Im Hinblick auf die bereits erwähnten Merkmale einer Veränderung unserer Gesellschaft hin zu einer *alternden Gesellschaft* wird bereits seit geraumer Zeit in den verschiedenen Disziplinen der Wissenschaft an Lösungsmodellen und Präventivmaßnahmen gearbeitet, um möglichen künftigen Problemen, die aus diesem Trend resultieren, entgegenzuwirken.

Ein zurzeit sehr aktuelles Thema ist *Wohnen und Alter*. Nicht nur im In- sondern auch im Ausland hat diese spezielle Thematik in den vergangenen Jahren einen hohen Stellenwert in der Forschung eingenommen. So hat beispielsweise die Schweizer Age Stiftung den *Age Report 2004 – Traditionelles und neues Wohnen und Alter* in Auftrag gegeben. Des Weiteren wurden im *zweiten und vierten Altenbericht* (2001 und 2003) des deutschen Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend die Aspekte des Wohnens im Alter u.a. unter spezieller Berücksichtigung des Wohnens von Hochaltrigen veröffentlicht.⁴ Dieses Thema wird nicht nur in unseren Nachbarländern behandelt. Österreich hat mit dem Seniorenbericht aus dem Jahre 2000, in dem es auch um die Wohnsituation der älteren Generation ging, sowie einer Reihe an weiteren Studien bereits wichtige Vorarbeit geleistet.

Viele SeniorInnen wünschen sich, wenn irgend möglich, bis ans Lebensende in jenen Räumlichkeiten bleiben zu können, welche ihnen vertraut sind und ihnen Privatsphäre bieten. Sie möchten dort verweilen und alt werden, wo sie aufgewachsen sind und ihre Vergangenheit verbracht haben, und das in größtmöglicher Autonomie.⁵

Es ist wohl einer der größten Wünsche eines älteren Menschen, so lange als möglich ein selbstständiges, freies Leben führen bzw. eine autonome Haushaltsführung tätigen zu können.

„Auch der alte Mensch möchte seine Wohnumgebung frei gestalten können, über seinen Tagesablauf frei bestimmen und frei sein von der Abhängigkeit Dritter.“⁶

Doch leider ist eine solche Lebensführung – ohne informelle oder formelle Hilfeleistung – nicht immer möglich. Im Laufe der Zeit können sich aufgrund von physischen,

³ vgl. Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2009, S. 17

⁴ Bramberger 2005, S. 9

⁵ vgl. Ullrich 1997, S. 57

⁶ Klapfer 2001, S. 21

psychischen oder sozialen Faktoren Einschränkungen bzw. Defizite auf, durch die alte Menschen bestimmte Tätigkeiten nicht mehr oder nicht mehr in vollem Umfang bewerkstelligen können und somit in ihrer Selbstpflege eingeschränkt werden.

Gerade im ländlichen Raum sind ältere Menschen häufig durch die mangelhafte Infrastruktur in der Selbstversorgung (Geschäfte, Ärzte, Apotheken) von Familie, Verwandten, Freunden und Nachbarn (u.a. Laienhelfern) sowie von Personen der formellen Betreuung abhängig.

Zusätzlich scheint sich der Trend durchzusetzen, dass ältere Menschen immer öfter aus den Städten in suburbane und ländliche Regionen ziehen. Dies ist ein weiterer Grund, sich dem *Altwerden* auf dem Lande zu widmen, einem Thema, das bislang nur sehr wenig Forschungsinteresse erhalten hat.⁷

All diese Themen der beschriebenen Sachlage bilden den ersten Teil dieser Arbeit. Der zweite Part befasst sich mit dem qualitativen Forschungsansatz mittels teilstrukturierten Interviews. In diesem Zusammenhang haben alleinlebende Personen ab 75 Jahren aus dem südlichen Burgenland, Bezirk Jennersdorf (Gemeinde: St. Martin an der Raab) über ihr selbstbestimmtes Leben im ländlichen Raum berichtet. Dabei wurde der Aspekt des sozialen Netzwerks besonders berücksichtigt und aus Sicht der SeniorInnen reflektiert.

„Netzwerke im Alter dienen der Verknüpfung wirtschaftlicher Ressourcen und der Verbindung von Fachwissen.“ Das wichtigste jedoch: „Sie tragen dazu bei, dass die individuellen Bedürfnisse älterer Menschen adäquat erfüllt werden können.“⁸

1.1 FORSCHUNGSFRAGEN & ZIELE DER FORSCHUNG

Die nachfolgenden drei Forschungsfragen bilden das strukturelle Gerüst dieser Arbeit:

1. Wie erleben alleinlebende ältere Menschen ab 75 Jahren ihren Alltag in der ländlichen Gemeinde St. Martin an der Raab?
2. Welche Rolle nimmt das soziale Netzwerk im Alltag bei alleinlebenden älteren Menschen ab 75 Jahren im ländlichen Raum ein.
3. Welche Wünsche und Bedürfnisse haben alleinlebende ältere Menschen ab 75 Jahren im ländlichen Raum?

⁷ vgl. Schilling – Wahl 2002, S. 304; Lehr 2007, S. 323

⁸ Bunzendahl 2004, S. 9

Mit dieser Forschungsarbeit wird nicht nur versucht, die Problematik des alleinlebenden alten Menschen auf dem Land aufzuzeigen, es sollen auch zukunftsweisende Aspekte dargestellt werden. Bislang gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenig Literatur über diese Personengruppe im ländlichen Gebiet. Dieses Defizit wird mit dieser Arbeit in einem ersten Schritt auszugleichen versucht. Sie soll auch eine Sensibilisierung für die Wichtigkeit dieses Themas der alleinwohnenden alten Menschen auf dem Lande leisten, da – wie bereits im Vorfeld erwähnt – der Anteil der im Alter alleinwohnenden Menschen an der Gesamtbevölkerung tendenziell steigt und sich gerade der ländliche, periphere Raum in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht als eine Herausforderung darstellt.⁹

⁹ vgl. Heilig 2002, S. 11f

II. THEORETISCHER TEIL

2 DER ALTE(RNDE) MENSCH IN DER ALTERNDEN GESELLSCHAFT

Einleitend wird kurz über die demographische Entwicklung in den vergangenen Jahrzehnten sowie über deren Auswirkungen im ländlichen Raum berichtet. Im Weiteren wird über Alter referiert, danach folgt ein Überblick über die Dimensionen des Alterns. Im Anschluss daran wird das autonome Altern unter Einbeziehung des Kompetenzmodells vorgestellt.

2.1 DEMOGRAPHISCHE ENTWICKLUNG UND STRUKTURWANDEL DER GENERATIONEN

Österreich befindet sich, wie andere europäische Industrieländer auch, in einem Prozess des demographischen Alterns. Bis zu Anfang des 20. Jahrhunderts war eine Steigerung der Bevölkerungsdichte zu verzeichnen, was bedeutet, dass die Bevölkerung jünger wurde. So belegen Daten aus dem Jahre 1869, dass fünfzig Prozent der ÖsterreicherInnen unter 27 Jahre alt waren. In den darauffolgenden Jahren senkte sich dieses Durchschnittsalter weiter auf 26 Jahre, erst ab der Jahrhundertwende erfolgte wieder ein leichter Anstieg. Kurz nach dem Ende des Ersten Weltkrieges überschritt der Anteil der über 60-jährigen Personen erstmals die 10-Prozent-Marke: das waren zu dieser Zeit 650.000 Menschen. Nur ein halbes Jahrhundert später, im Jahre 1970, war bereits jeder fünfte erwachsene Österreicher 60 Jahre alt oder älter: dies ergab eine Summe von 1,5 Mio. in der Altersgruppe der über 60-Jährigen.¹⁰ Momentan leben etwa 20 Prozent der österreichischen Bevölkerung in dieser Altersgruppe, wobei diese Zahl weiterhin signifikant steigt.

In diesem Zusammenhang wird von einer *doppelten demographischen Alterung* gesprochen, was eine überproportional starke Zunahme an Hochbetagten¹¹ bedeutet. So lebten in Österreich im Jahre 2007 etwa 500.000 Personen im Alter zwischen 75 und 85 Jahren. Aktuelle Prognosen besagen, dass sich diese Zahl bis ins Jahr 2035 auf rund

¹⁰ vgl. Kytir 2003, S. 131f

¹¹ Nach Angaben der World Health Organization (WHO) versteht man unter hochbetagten Menschen solche, die bereits das neunzigste Lebensjahr erreicht haben – vgl. Kap. 2.2

700.000 erhöhen wird. Hinsichtlich der Altersgruppe der über 85-Jährigen ist eine Verdoppelung bzw. sogar eine Verdreifachung zu erwarten.¹²

Bis zum Jahr 2030 sind vorerst keine Veränderungen dieser Entwicklung zu erwarten. Dies wird auch durch die folgende Darstellung der Bevölkerungspyramide belegt, welche sich in ihrer Form zu einem Pilz hin verändert.

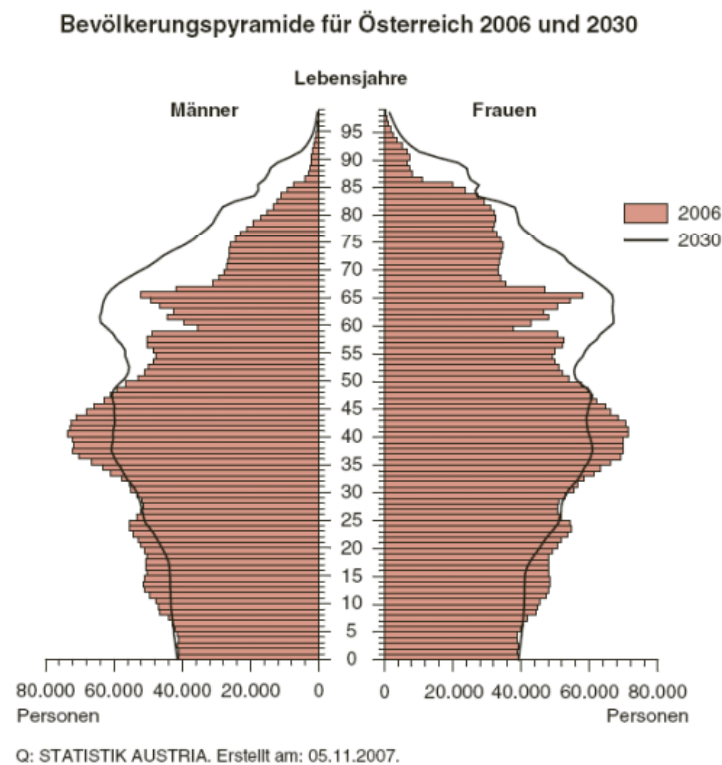


Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für Österreich 2006 bis 2030¹³

Gründe für diesen rasanten Altersstrukturwandel sind die kontinuierliche Verbesserung sowohl der Lebensverhältnisse als auch der Lebensbedingungen, zu denen unter anderem die raschen Fortschritte im medizinischen Bereich und der leichtere Zugang zu gesundheitlicher Versorgung beitragen.¹⁴

Aus demographischer Perspektive ist eine Änderung der Bevölkerungsstruktur von drei aussagekräftigen Faktoren abhängig: erstens der Fertilität (Geburten), zweitens der Mortalität (Sterbefälle) und drittens der Migration (Zu- und Abwanderung). Im Hinblick auf die alternde Gesellschaft ist der Faktor der Fertilität besonders hervorzuheben.¹⁵

¹² vgl. BMWFJ 2008, S. 43

¹³ Quelle: Statistik Austria: Bevölkerungsprognose

¹⁴ vgl. Noack – Reis-Klingspiegl 1999, S. 16

¹⁵ vgl. Kytir, 2003, S. 137

Seit einigen Jahren ist ein deutlicher Rückgang der Gesamtfertilitätsrate zu verzeichnen: 1993 waren es 1,48 geborene Kinder pro Frau, 2001 nur noch 1,31 Kinder. Anfang der 90er Jahre des zwanzigsten Jahrhunderts kamen nach Angaben des Bundesministeriums für Soziales und Gesundheit 95.000 Kinder zur Welt, im Jahre 2006 waren es nur mehr 77.914 Babys. Aufgrund dieses Geburtenrückgangs wird in den zukünftigen Jahren eine Stagnation der jüngeren Generation ersichtlich werden, wohingegen die Zahl der Älteren sich aufgrund einer graduell steigenden Lebenserwartung erhöhen wird. 2007 lag die Lebenserwartung von Männern bei etwa 77,1 Jahren, Frauen lebten im Durchschnitt 82,7 Jahre.¹⁶

Mit dem kontinuierlichen Anstieg der älteren Menschen in Österreich treten auch verstärkt altersassoziierte Erkrankungen in der Gesellschaft auf. Als Beispiele gelten hier Herzinfarkt und Schlaganfall, dementielle Erkrankungen, Diabetes, Rheuma, u.Ä. Zudem steigt die Zahl der an Multimorbidität leidenden Menschen an (d.h. gleichzeitiges Vorhandensein mehrerer Erkrankungen).¹⁷ In Folge dessen nimmt auch die Zahl der hilfe- und pflegebedürftigen Menschen in Österreich mit steigendem Alter zu. Dies wird sehr gut in Abbildung 2 ersichtlich, in welcher die österreichischen PflegegeldbezieherInnen nach aufsteigenden Altersgruppen erfasst werden.

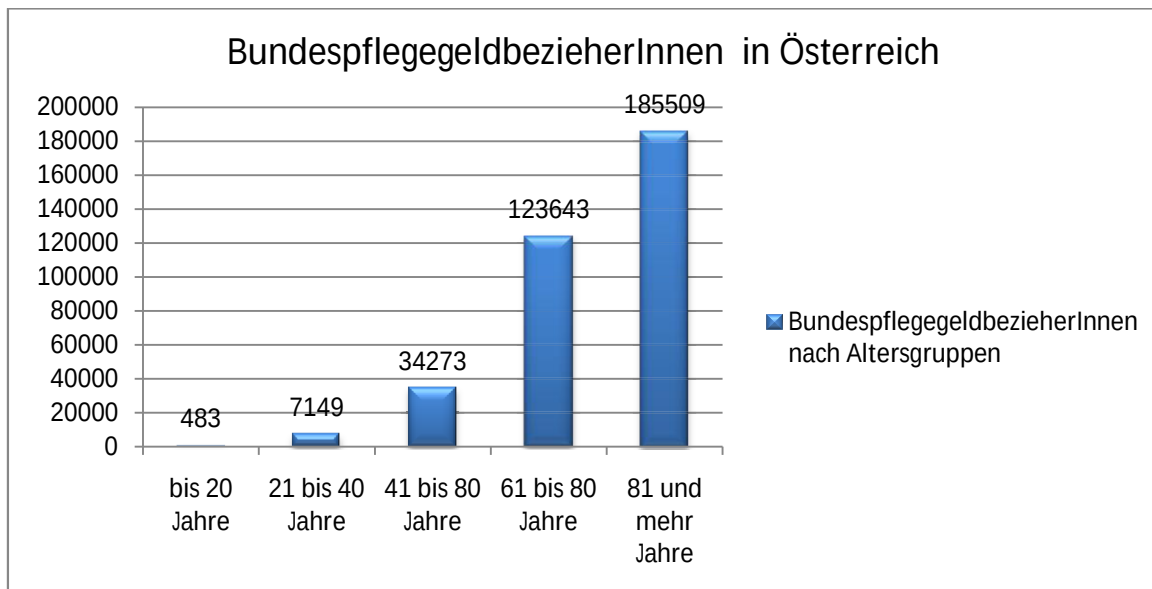


Abbildung 2: BundespflegegeldbezieherInnen in Österreich nach Altersgruppen¹⁸, eigene Darstellung

¹⁶ vgl. Fernandez de la Hoz – Pflegerl 1999, S. 12; BMSK 2008 (online)

¹⁷ vgl. Stanjek 1998, S. 70

¹⁸ Quelle: Statistik Austria: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz; Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2007 (online)

Ersichtlich ist daraus, dass es ab der Altersgruppe *61 bis 80 Jahre* zu einem signifikanten Anstieg der Pflegegeldbezieher kommt und somit auch ab diesem Alter die Hilfe- und Pflegebedürftigkeit der Bevölkerung steigt. Wonach sich die Zahl der PflegegeldbezieherInnen in der Altersgruppe der *über 81 Jährigen* sogar um ein Drittel zur vorangegangenen Altersgruppe der *61 bis 80 Jährigen* erhöht. 2007 lebten 351.057 PflegegeldbezieherInnen in Österreich, davon sind 237.109 Frauen und nur 113.948 Männer. Insgesamt wird jedoch von 540.000 Hilfe- und Pflegebedürftigen gesprochen.¹⁹ Wobei etwa 351.000 Personen, davon etwa 240.000 Frauen und 114.000 der Männer Pflegegeld beanspruchen. Für das Jahr 2011 wird mit einem Anstieg auf 800.000 hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Österreich gerechnet.²⁰ Woraus sich höhere Anforderungen für Medizin und Pflege ergeben.

Die Veränderungen der Bevölkerungsstruktur lassen erkennen, dass sich neue Herausforderungen und mögliche Problemfelder in den verschiedensten Forschungsdisziplinen (Pflegewissenschaft, Medizin, Soziologie, Gerontologie, Sozialökonomie, Politikwissenschaft, ...) auftun werden.

Im Weiteren werden nun die Auswirkungen der demographischen Entwicklung bezogen auf den ländlichen Raum in Europa dargestellt, um die Veränderungen wie auch Herausforderungen, die diese Entwicklung an den ländlichen Raum in der Gegenwart und der Zukunft stellt, aufzuzeigen. Diese Beobachtungen sind im Hinblick auf den empirischen Teil dieser Arbeit entscheidend, in dem dieser Lebensraum eine große Rolle spielt.

AUSWIRKUNGEN AUF DEN LÄNDLICHEN RAUM

Da der Großteil Europas ländlich geprägt ist und dieser Raum für den überwiegenden Teil der europäischen Bevölkerung als Lebensraum gilt, ist es insbesondere bei dieser Thematik wichtig, den ländlichen Raum anzusprechen. So leben beispielsweise in Österreich 78 Prozent der Bevölkerung im ländlichen Umfeld. Der ländliche Raum steht wohl seit vielen Jahren im Blickpunkt der politischen Entwicklung, dennoch gibt es in Europa diesbezüglich immer noch Schwierigkeiten, die allerdings als Herausforderung angesehen werden können. Damit gemeint sind die Überalterung der Gesellschaft, die

¹⁹ Eingerechnet sind hier Hilfe- und Pflegebedürftige, die kein Pflegegeld beanspruchen.

²⁰ vgl. Hofer 2009, S. 9; vgl. Kapitel 4

hohe Arbeitslosigkeit, die soziale Ungleichheit und die fehlenden Anpassung an den globalen Markt.²¹

Die Folgen der gesamteuropäischen demographischen Entwicklung wird vor allem der ländliche Raum früher und auch stärker als der städtische Raum zu spüren bekommen. In vielen Regionen gibt es bereits ganze unbewohnte Landstriche, was auf die Abwanderung sowie auf die Geburtenrückgänge zurückzuführen ist. Größtenteils werden diese peripheren, ländlichen Gebiete von älteren Menschen bewohnt, die ihren Lebensabend dort verbringen. Junge Familien siedeln sich kaum noch an bzw. sind dort überhaupt eher selten anzutreffen. Man geht von der Annahme aus, dass es in ländlichen Regionen weiterhin zu einem Bevölkerungsrückgang aufgrund der erheblichen Geburtendefizite kommen wird, der durch Einwanderung relativ schwer auszugleichen sein wird. Natürlich lassen sich in den verschiedenen Staaten Europas unterschiedliche Ausprägungen hinsichtlich der ländlichen Entwicklung finden, dennoch kann allgemein gesagt werden, dass der Verlauf der demographischen Entwicklung mit einer Ausdünnung und Überalterung der ländlichen Bevölkerung einhergeht, was sich in verschiedenartigen, dabei auch ähnlichen, aber noch nicht genau absehbaren Auswirkungen zeigen wird.²²

So sind schon jetzt die wirtschaftlichen bzw. sozialen Folgen dieser Entwicklung wahrzunehmen: einzelne Handels- und Dienstleistungsbetriebe siedeln sich vorwiegend in suburbanen bzw. stark besiedelten Gebieten an, da sich die Kundenzahlen in den ländlichen Räumen reduzieren. Zudem schließen immer häufiger kleine Betriebe, wie Greißler, Frisöre, Bäckereien, Postfilialen u.a., weil sich der Kundenstock in den ländlichen Gebieten zu stark reduziert und es häufig auch zu finanziellen Problemen kommt. Zudem werden in Regionen, welche eine stark schrumpfende Bevölkerung aufweisen, die Bahn und Busanbindungen ausgedünnt. Wodurch sich auch für alle älteren Menschen, die sich im ländlichen Raum noch selbst versorgen, Schwierigkeiten in der Selbstversorgung auftun werden, da sich wichtige Versorgungseinrichtungen zum einen nicht mehr in nächster Nähe befinden, und sich zudem die Erreichbarkeit benötigter Einrichtungen durch die fehlende bzw. schlecht ausgebaute Infrastruktur als echte Herausforderung herausstellt.²³

²¹ vgl. Naumann – Frangenberg 2009, S. 168; Lebensministerium (online)

²² vgl. Heilig 2002, S. 11f

²³ vgl. ebenda 2002, S. 13

Auch in Bezug auf den gesundheitlichen Sektor ergibt sich für die ländlichen, dünn besiedelten Räume die Gefahr, dass es durch die rückläufige Bevölkerungszahl auch zu einer unzureichenden Auslastung in beispielsweise stationären Einrichtungen kommt und diese in Folge geschlossen werden.²⁴

In Bezug auf diese Entwicklung ist zu erwähnen, dass in einer gerontologischen Forschungen über Stadt-Land-Unterschiede von herausgefunden wurde, dass die Lebensqualität älterer Menschen in städtischen Regionen höher ist als die von älteren Personen in ländlichen Gebieten, sowohl was die finanzielle Situation betrifft, als auch im Hinblick auf die Gesundheit und die Versorgung durch soziale Dienstleistungen. Im Hinblick auf die Gesundheit ländlicher Bewohner wurde des Weiteren herausgefunden, dass die Gesundheit jener Aspekt ist, welcher am häufigsten als echte Benachteiligung in den ländlichen Gebieten angeführt wird: so lassen sich chronische Erkrankungen bei Personen aus dem ländlichen Raum häufiger feststellen als bei Stadtbewohnern derselben Altersgruppe. Neuere Erkenntnisse sprechen dafür, dass diese Form der gesundheitlichen Einschränkung zudem von der Beschäftigung in früheren Jahren abhängig ist. Das bedeutet, dass ältere LandwirtInnen einen besseren Gesundheitszustand zu verzeichnen haben, als gleichaltrige städtische Personen. Im Gegensatz dazu weisen jedoch BewohnerInnen ländlicher Regionen, welche nicht im landwirtschaftlichen Bereich tätig waren, mehr gesundheitliche Probleme auf als StadtbewohnerInnen.²⁵

Aus dieser Entwicklung und den dargestellten Ergebnissen aus dem Bereich der gerontologischen Forschung wird ersichtlich, dass sich der ländliche Raum in naher Zukunft als ein großes Problemfeld darstellen wird, welchem mehr Aufmerksamkeit sowie Sensibilität gewidmet werden muss. Um diesen Schwierigkeiten des ländlichen Raumes entgegenwirken zu können, muss eine Vernetzung zwischen öffentlichen, privaten und intersektionalen Initiativen gesetzt werden, um den Erhalt bzw. eine Verbesserung der Lebensqualität der dort lebenden Bevölkerung zu gewährleisten, damit diese auch in Zukunft (noch) in einem adäquaten, bedürfnisorientierten Umfeld leben kann.²⁶

²⁴ vgl. Lehr 2007, S. 324

²⁵ vgl. Lehr 2007, S. 324

²⁶ vgl. Kytir 5/2008, S. 60

2.2 DAS ALTER(N)

Bislang gibt es unter Experten keine allgemein gültige Definition von *Alter* bzw. *alter Mensch*, obwohl diese Formulierungen sehr häufig Verwendung finden. Gründe dafür sind die Unterschiedlichkeit der Individuen sowie die Differenzierungen unter den einzelnen Arten von Lebewesen. So werden differente Beschreibungen ersichtlich.²⁷

Alter gilt als eine Bezeichnung für eine spezielle Lebensphase am Ende des menschlichen Lebens.²⁸ Die allgemeine Ansichtsweise darüber, wer als *alt* zu bezeichnen ist und wer nicht, hat sich in den vergangenen Jahrhunderten einem Wandel unterzogen.

Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts war die Definition von *Alter* eng an die persönliche Arbeits- und Leistungskraft gebunden. Die Leistungsfähigkeit galt als ein wesentliches Kriterium für Vitalität und Jugend. Hinsichtlich dieses Aspekts wurden Menschen als alt oder jung eingestuft. Dahinter stand die damals gängige Auffassung, dass Personen im höheren Alter den wirtschaftlichen Veränderungen nicht standhalten könnten. Das Alter wurde mit Krankheit, Fragilität, mit physischen Einschränkungen im Leben gleichgestellt bzw. mit nachteiligen biologischen Veränderungen assoziiert.²⁹

Ende des 19. Jahrhunderts kam es zur Verstaatlichung der Sozial- und Rentenversicherung. Rentner – damals Personen ab dem 70. Lebensjahr – erhielten so eine finanzielle Altersversorgung. Dieser Schritt war eine Revolution, ein entscheidender Umbruch für die Lebensphase *Alter*. Zum ersten Mal in der Geschichte wurde eine *normierte*, am kalendarischen Alter festgelegte Altersgrenze für den Eintritt in die Altersphase manifestiert.³⁰

Sozialpolitischen Definitionen zufolge beginnt mit dem Renteneintritt auch das *Alt-Sein*. Das Regelpensionsalter für die Alterspension ist bei Frauen das 60. Lebensjahr, bei Männern das 65. Lebensjahr. Auch aus Studien zur Alterswahrnehmung lässt sich erkennen, dass die Mehrheit der Allgemeinbevölkerung das *Alt-Sein* auf das

²⁷ vgl. Danner – Schröder 1992 - zitiert in: Backes – Clemens 1998, S. 88

²⁸ vgl. de Gruyter 2003, S. 19

²⁹ Backes – Clemens 1998, S. 23ff

³⁰ ebenda 1998, S. 23ff

kalendarische Alter bezieht – sich somit diese Verlautbarung zum Rentenantrittsalter aus gesellschaftlicher Sicht bestätigt.³¹

Es ist aber ein Faktum, dass es gravierende Unterschiede beim tatsächlichen Rentenantrittsalter gibt. Zu nennen sind an dieser Stelle beispielsweise die sogenannten FrührentnerInnen oder Selbstständige, die oft deutlich länger erwerbstätig sind.³²

Bei den bisherigen Ausführungen handelt es sich um Ansichtsweisen des Alters, welche unter anderem von der zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstandenen *Defizittheorie* beeinflusst wurden – einem Altersbild, das auf der Verabschiedung des gealterten Menschen aus dem Wirtschaftsprozess basiert, und das sich bis zur zweiten Hälfte desselben Jahrhunderts gehalten hat.³³

Die *Defizittheorie* enthält folgende Kriterien für eine Alterszuschreibung: „Nachlassende Leistungsfähigkeit und fehlende gesellschaftliche Nützlichkeit; eingeschränkte Gesundheit; häufigere, oftmals chronische Erkrankungen; sich verändernde Psychostrukturen, die sozial wirksam werden, wie Rigidität und Misstrauen.“³⁴ Heute kann man sagen, dass diese Theorie weitgehend als widerlegt zu betrachten ist. Auch Noack – Reis-Klingspiegl lehnen die *Defizittheorie* ab und sehen die Spezies Mensch als ein analoges Wesen: „Krankheiten und krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen sind die augenfälligsten Begleiterscheinungen des Alterns, vornehmlich in den letzten Lebensjahren. Aber bei weitem nicht alle Mitglieder einer Spezies – auch nicht der Spezies Mensch – entwickeln dieselben Defizite und Krankheiten. Nur wenn dies der Fall wäre, könnte man Altern mit Krankheitsentstehung (Pathogenese) gleichsetzen. Deshalb greift die biologische oder biomedizinische Defizittheorie des Alterns zu kurz. Pathogenese und Altern sind unabhängige Prozesse.“³⁵

Aus diesem Zitat geht hervor, dass der Mensch als Individuum betrachtet werden muss. Funktionseinschränkungen treten im höheren Alter sicher häufiger auf, dennoch erfolgt dieser Prozess individuell. Alter und Krankheitsentstehungen sind zwei unabhängige Komponenten, welche nicht miteinander in direkten Zusammenhang gebracht werden können.

³¹ vgl. PV: Die Pensionsreform 2004, S. 23; Walter – Flick et al. 2006, S. 41

³² vgl. Backes - Clemens 2003, S. 23; Walter – Flick et al. 2006, S. 40ff

³³ vgl. Fuchs 1994 - zitiert in Jenny 1996, S. 33

³⁴ Backes – Clemens 1998, S. 57

³⁵ Noack – Reis-Klingspiegl 1999, S. 17

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden die negativen Ansichtsweisen der Defizittheorie in Frage gestellt, indem man nicht mehr ausschließlich die biologischen Faktoren sondern – umfassender – die Potentiale und Vorzüge³⁶ des fortgeschrittenen Alters untersuchte.³⁷

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gibt eine Differenzierung des Alters, in der sie Menschen der zweiten Lebenshälfte in Altersklassen unterteilt. In Tabelle 1 wird diese Differenzierung ersichtlich.³⁸

Differenzierung der zweiten Lebenshälfte	
Ältere Menschen	60 – 75 Jahre
Alte Menschen	75 – 90 Jahre
Hochbetagte / Sehr Alte	Über 90 Jahre
Langlebige	Über 100 Jahre

Tabelle 1: Differenzierung der zweiten Lebensphase³⁹, eigene Darstellung

Gut zu sehen bei dieser Differenzierung nach Lebensjahren ist, dass keine qualitativen Kriterien hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen des Alters verwendet werden.⁴⁰ Diese Einteilung ist nur als Richtlinie anzusehen, nicht aber als definiertes Merkmal für das Alter selbst, da die Anzahl der Lebensjahre nicht als einziger Faktor für das Alter bzw. das Altsein stehen darf bzw. so ein Vorgehen als unzulänglich zu betrachten wäre.⁴¹ Es wird davon gesprochen, dass das „Lebensalter nicht normativ nach einem physikalischen Zeitbegriff zu strukturieren ist“.⁴² Das bedeutet, dass jeder Mensch als Individuum zu sehen ist und jeder anders altert.⁴³

Der Prozess *Altern* ist von vielerlei Indikatoren abhängig, so beispielsweise von physiologischen, psychologischen, sozialen wie auch von gesellschaftlichen und kulturellen. So nehmen u.a. das Fehlen an medizinischer Versorgung und die Ausübung von Schwerarbeit erheblichen Einfluss auf die physiologischen bzw. biologischen Alterungsprozesse und die subjektive Wahrnehmung des Alters.⁴⁴

³⁶ wie beispielsweise eine bessere Emotionsregulation oder Weisheit bei älteren Menschen - vgl. Weber et al. 2005, S. 73

³⁷ vgl. Fuchs 1994 - zitiert in Jenny 1996, S. 33; Weber et al. 2005, S. 72f

³⁸ vgl. Backes – Clemens 2003, S. 23; BMGF 2007, S. 9

³⁹ Quelle: Backes – Clemens 2003, S. 23

⁴⁰ vgl. Walter – Flick et al. 2006, S. 41

⁴¹ vgl. Schneekloth – Wahl 2006, S. 20

⁴² Bunzendahl 2004, S. 12

⁴³ vgl. Kap. 2.2

⁴⁴ Vgl. Rosenmayr 1990, S. 21ff - zitiert in Breyll 2009, S. 6

Es wäre ebenso unzulänglich die Lebensphase Alter ausschließlich in seinen Differenzierungen nach Zahlen zu beschreiben, weshalb im weiteren Verlauf zusätzliche Dimensionen des Alterns beschrieben werden.

DIMENSIONEN DES ALTERNS

Altern ist ein natürlicher Prozess, der einen lebenslangen Verlauf von Beginn der Geburt an einnimmt und mit organischen wie auch funktionellen Veränderungen einhergeht.⁴⁵ Dieser Prozess ist als irreversibel, universal bzw. individuell und als nicht direkt beeinflussbar zu beschreiben, und endet schlussendlich mit dem Tod des Organismus.⁴⁶ Aus biologischer Sicht ist Altern primär durch das Einhergehen von Abbauprozessen bestimmt (stochastischer und deterministischer Ansatz).⁴⁷ Aufgrund dessen, dass das biologische Altern jedoch auch immer von biographischen, psychosozialen sowie genetischen und kulturellen Faktoren bestimmt ist, besteht eine *wechselseitige Überlagerung und Beeinflussung*.⁴⁸ Diese Faktoren beeinflussen somit auch die pflęgetherapeutische und sozialwissenschaftliche Ansichtsweise des Alter(n)s, welche unter Einbezug dieser Faktoren nicht nur Abbauprozesse kennt sondern auch das *Wachstum und die Weiterentwicklung*. Somit kann gesagt werden, dass Alter(n) sowohl *positive als auch negative Veränderungen* bewirkt. „Diese inzwischen akzeptierte Definition von Alter(n) bewirkte u.a. auch, dass Altersmedizin (Geriatric) und Altenpflege auf die aktivierende Rehabilitation alter Menschen setzten.“⁴⁹

In der Literatur wird für den Beginn des Alter(n)s eine zeitliche Angabe definiert: in Anlehnung an diese, hat der Organismus etwa mit dem 30. Lebensjahr den Höhepunkt der Reifung bzw. des Wachstums erreicht. Ab diesem Zeitpunkt kommt es zu einem langsam fortschreitenden Abbau der physiologischen Funktionen. Dieser Verlauf ist als ein normaler Alternsprozess zu sehen, welcher in Verbindung mit einer steigenden Sensibilität des Organismus einhergeht. In Folge dessen kommt es zu einer größeren Erwartungswahrscheinlichkeit von Erkrankungen wie auch der Mortalität.⁵⁰ Somit

⁴⁵ vgl. Menche, 2004, S. 434; Schneider 2007, S. 40

⁴⁶ vgl. Schneider 2007, S. 40

⁴⁷ vgl. de Gruyter 2007, S. 20: Der stochastische Ansatz „stellt zufällige Prozesse als Ursachen des Alterns in den Mittelpunkt“;... nach dem deterministischen Ansatz nimmt die Funktionsfähigkeit einzelner Organe mit zunehmenden Alter ab, weil genetische (erbliche) Programme die unbegrenzte Teilungsfähigkeit einzelner Zellen einschränken.“

⁴⁸ Schneider 2007, S. 40

⁴⁹ de Gruyter 2007, S. 20

⁵⁰ vgl. Hayflick 1997 – zitiert in Kruse – Martin 2004, S. 189

stellen Alternsprozesse die größten Risikofaktoren für den Eintritt einer Krankheit bzw. den Tod dar, sind aber nicht als deren Ursache anzusehen.⁵¹

BIOLOGISCHES ALTERN

„Biologisches Altern meint die gesundheitliche Situation, die körperliche und geistige Leistungsfähigkeit einer Person.“⁵² Zudem ist biologisches Altern als ein natürlicher biologischer Prozess zu beschreiben.⁵³ Aus biologischer Sicht wird das biologische Altern von multifaktoriellen Faktoren beeinflusst: das sind der genetische Aspekt, die Umgebung (kulturelle Gegebenheiten, toxische Substanzen etc.), der Lebensstil eines Menschen (z. B. Tabak- und Alkoholkonsum) und die medizinische Versorgung. Dieser multifaktorielle Ansatz lässt sich durch das Argument der Individualität im Hinblick auf das Alter und seine Auswirkungen, das Auftreten von Veränderungen im Alter erklären, welches bei jedem Menschen unterschiedlich in Erscheinung tritt.⁵⁴

Als natürliche biologische Veränderungen sind ein verlangsamter Stoffwechsel, die verminderte Fähigkeit zur Regulation des Wasserhaushalts – wodurch sich das Durstgefühl verringert und die Anpassungsfähigkeit der Niere durch den veränderten Flüssigkeitshaushalt reduziert –, zudem nimmt die Knochendichte durch den veränderten Stoffwechsel ab, was in Folge zu brüchigen, instabilen und weniger belastbaren Knochen führt. Zudem nimmt auch die Muskelmasse ab, welche prinzipiell durch Fettgewebe ersetzt wird, wodurch die Kraft der Muskeln insgesamt geringer ausfällt. Des Weiteren wird die Herzleistung geringer. Auch im Hinblick auf Infektionen steigt die Anfälligkeit mit dem Alter, zudem kommt es zu Veränderungen der Gedächtnisleistung.⁵⁵

Altersassoziierte Veränderungen haben im Normalfall keine Symptome, führen jedoch zu reduzierten Leistungskapazitäten sowie -reserven, wodurch eine ständige Anpassung der täglichen Lebensaktivitäten gefordert wird.⁵⁶ Alter ist also nicht direkt mit Krankheit in Verbindung zu bringen. „Nicht Alter ist eine Krankheit, sondern

⁵¹ vgl. Hartmann 2001, - zitiert in Kruse – Martin 2004, S. 195

⁵² Schneider 2007, S. 25

⁵³ vgl. Ennker – Pietrowski 2006, S. 17

⁵⁴ vgl. Zglinicki 2007, S. 954

⁵⁵ vgl. Ennker – Pietrowski 2006, S. 17–24 (Zusammenfassung)

⁵⁶ vgl. Resnick 1994 - zitiert in Walter – Flick et al. 2006, S. 23

zunehmendes Alter verändert die Krankheitsbereitschaft.⁵⁷ So nehmen in der zweiten Lebenshälfte chronische Erkrankungen sowie Behinderungen und Beeinträchtigungen insgesamt deutlich zu.⁵⁸

Charakteristisch für das Altern ist das Auftreten von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität.⁵⁹ Chronische Erkrankungen lassen sich aus medizinisch/krankenpflegerischer Sicht als ein dauerhafter Prozess beschreiben, der auf degenerative Art und Weise mit physischen, sozialen sowie psychischen Behinderungen bzw. Beeinträchtigungen einhergeht – und auf lange Sicht bestehende medizinische sowie pflegerische Betreuung erforderlich macht.⁶⁰

Unter Multimorbidität wird das gleichzeitige Auftreten mehrerer Erkrankungen verstanden, welche sich durch die Abnahme der funktionellen Reservekapazitäten im Alter beschreiben lässt, und in Folge derer mehrere Organe von Krankheiten betroffen sind. Wobei hier zu ergänzen ist, dass nicht nur somatische Erkrankungen in diesem Rahmen zu finden sind, sondern sich Multimorbidität auch auf psychische und psychosoziale Krankheiten bezieht.⁶¹ So kann es vorkommen, dass ein multimorbider Patient an einer Herzinsuffizienz, einer Hypertonie und Demenz gleichzeitig leidet. Wodurch sich für das medizinische und pflegerische Personal ein hoher Behandlungsaufwand aufgrund der verschiedenen Diagnosen und der Korrelation der jeweiligen Erkrankungen ergeben kann.⁶²

Die im höheren Alter auftretenden Krankheiten können in drei Gruppen eingeteilt werden:

1. *Altersabhängige und Altersbegleitende Erkrankungen:* diese Erkrankungen stehen im engen Zusammenhang mit dem Alternsprozess und stammen somit aus früheren Lebensphasen (Arthrosen, Arteriosklerose, Lungenemphysem etc.),
2. *Typische Alterskrankheiten:* diese lassen sich durch die mit dem Altern steigende Zahl an Neuerkrankungen beschreiben (Demenz, Krebserkrankungen etc.),

⁵⁷ Juchli 1997, S. 594

⁵⁸ vgl. Walter – Flick et al. 2006, S. 24; Juchli 1997, S. 594

⁵⁹ vgl. Walter – Schwartz – Seidler 1999, S. 234; Böhmer – Fusgen 2008, S. 83

⁶⁰ vgl. Mischo-Kelling 1992 - zitiert in de Gruyter 2003, S. 203

⁶¹ Böhmer – Fusgen 2008, S. 83

⁶² vgl. Nigg – Steidl 2005, S. 60

3. *Krankheiten im Alter*: diese Gruppe der Erkrankungen hätte bei jüngeren Menschen keine erheblichen, ernstzunehmenden Auswirkungen, bei älteren Menschen können diese jedoch durch eingeschränkte Organreserven fatale Folgen haben, mitunter zum Tod führen (Bronchopneumonien, Influenza, Unfälle wie beispielsweise Stürze).⁶³

In Anlehnung daran, ergeben sich die am häufigsten auftretenden Krankheiten im Alter:

- „Krankheiten des Kreislaufsystems (z. B. Hochdruckkrankheiten),
- Krankheiten des Skeletts sowie der Muskeln und des Bindegewebes (wie beispielsweise Arthritis)
- Stoffwechselerkrankungen (wie beispielsweise Diabetes mellitus)
- Krankheiten der Atmungsorgane (z. B. chronische Bronchitis)“⁶⁴

Zudem führen vorwiegend Symptome bzw. Beschwerden wie Rückenschmerzen, Schwindelgefühl und das Gefühl der Benommenheit, Mobilitätseinschränkungen und Sehstörungen dazu, dass ein Arzt aufgesucht wird und im Anschluss daran eine eventuelle Einweisung in ein Krankenhaus erfolgt.⁶⁵

Bezogen auf die *Krankheiten im Alter*, die – wie oben erwähnt – bei jüngeren Menschen keine erheblichen, ernst zu nehmenden Folgen hätten, wird der Aspekt *Stürze im Alter* relevant, da diese als eine zentrale Todesursache einzustufen sind und eine der häufigsten Ursachen für das Zustandekommen einer Pflegebedürftigkeit darstellen. Der *Ort des Geschehens* ist überwiegend das eigene Haus bzw. das private Wohnumfeld, wobei Hindernisse im Umfeld, Inaktivität im Alltag, wie auch zahlreiche Erkrankungen wie beispielsweise ein erhöhter Blutdruck, Herzrhythmusstörungen bzw. eine Medikamenteneinnahme Gründe für das Zustandekommen von Stürzen darstellen. Es sind überwiegend alleinstehende Personen von Stürzen betroffen. Beschreiben lässt sich dies dadurch, dass Einsamkeit sowie geringes seelisches Wohlbefinden und Depression eher zu Unfällen führen.⁶⁶

⁶³ vgl. Kruse – Martin 2004, S. 159f

⁶⁴ Juchli 1999, S. 594

⁶⁵ vgl. ebenda 1999, S. 594

⁶⁶ vgl. Tomek 10/2005, S. 13ff

Bereits jede/r dritte ÖsterreicherIn über 65 Jahren ist bereits einmal in seinem/ihrer Leben gestürzt, wobei sich mit dem Alter die Anzahl erhöht: in der Altersgruppe der 80–89-Jährigen liegt die Sturzrate bereits bei 40–50 Prozent, bei den über 90-Jährigen sind es mehr als die Hälfte der Hochbetagten. Einen Sturz zu erleiden ist oftmals mit langen Krankenhausaufenthalten verbunden.⁶⁷

Vorwiegend bei Personen ab 60 Jahren, welche zusätzlich eine Osteoporose – „bedingt durch eine niedrige Knochenmasse sowie eine Störung der Mikroarchitektur des Knochengewebes“⁶⁸ – aufweisen, treten Knochenbrüche, insbesondere Schenkelhalsfrakturen, gehäuft auf. Vorwiegend Frauen sind davon betroffen. Die Gründe dafür liegen in der generell geringer zu erreichenden maximalen Knochenmasse sowie in ihrer Abnahme während der Menopause. Schenkelhalsfrakturen sind mit einem längeren stationären Aufenthalt und einer Operation verbunden, zudem ist die Remobilisation ein oftmals langwieriger Prozess. Nur etwa 50 Prozent der Betroffenen mit Schenkelhalsbruch erlangen innerhalb eines Jahres ihre ursprünglichen Mobilitätsfunktionen zurück. Ganze 15–25 Prozent sterben innerhalb eines Jahres an den Folgen eines Sturzes. In etwa 10 Prozent der Fälle müssen die Betroffenen in einem Seniorenwohnhaus o. Ä. untergebracht werden, da sie nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu versorgen.⁶⁹

„Es brechen nicht nur Knochen, sondern oft auch das Selbstvertrauen.“⁷⁰ Runge (1997) beschreibt in seiner Forschungsarbeit über Stürze, Gehstörungen und Hüftfrakturen im Alter, dass etwa 40–70 Prozent der Personen, die bereits gestürzt sind, Angst vor weiteren Stürzen haben. Etwa 20–46 Prozent der Personen, welche noch nicht gestürzt sind, beschreiben, dass sie Angst vor Stürzen hätten. Das Erleben eines Sturzes ist oftmals mit einer Verminderung des Aktionsradius verbunden: so reduzieren etwa 40 Prozent jener, die gestürzt sind, zumindest für einige Monate ihr Bewegungsumfeld.⁷¹

PSYCHOLOGISCHES ALTERN

Einleitend ist hier zu erwähnen, dass auch das Gehirn als Organ von biologischen Altersveränderungen betroffen ist. Im höheren Lebensalter treten in diesem Organ morphologische Veränderungsprozesse auf: so kommt es beispielsweise zu einer

⁶⁷ vgl. Haberfeld 2008, (online); Tomek 10/2005, 13f

⁶⁸ Walter – Flick et al. 2006, S. 24

⁶⁹ vgl. Tomek 10/2005, S. 13

⁷⁰ Runge 1997, S. 268

⁷¹ vgl. Runge 1997, S. 268

Dezimierung der Nervenzellen, Pigmentablagerungen in den Zellen, einer Verdickung der Hirnhäute etc. Des Weiteren kommt es zu einer Abnahme des Gehirngewichts, z. B. sinkt dieses bei einer 75-jährigen Person im Mittel um 56 Prozent im Vergleich zum Gewicht eines Gehirns eines etwa 30-jährigen Menschen. In Folge dieser biologischen Veränderungen des Gehirns treten auch psychologische Folgen bzw. Veränderungen mit dem Alter auf, welche die kognitiven und emotionalen Fähigkeiten beschreiben.⁷²

Bei kognitiven Fähigkeiten lassen sich angeborene Fähigkeiten von jenen unterscheiden, die während des Lebens erworben wurden: die *flüssigen* und die *kristallisierten* Fähigkeiten bzw. Intelligenzen. Mit *flüssigen Fähigkeiten* ist das Kombinations- und Schlussfolgerungdenken, das Verarbeitungspotential verschiedener Informationen zudem die Geschwindigkeit des Denkprozesses gemeint. Diese werden auch als *kognitives Leistungstempo* bzw. *speed-Leistungen* beschrieben, da sie tempoorientiert sind. Diese Fähigkeit ist von einem *alterskorrelierten Abbau* gekennzeichnet, wodurch es zu einer abnehmenden Leistungsgeschwindigkeit bzw. Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit im Alltag kommt.⁷³

Unter *kristallisierten Leistungen* werden jene Funktionen verstanden, die man sich während des Lebens aneignet. Sie sind von verschiedenen Umständen abhängig, wie beispielsweise von der Bildung, den Lebensleistungen sowie von Übungs- und Lernprozessen.⁷⁴ Sie repräsentieren sich im Allgemeinwissen, in erworbenen Sprachkenntnissen, dem Wortschatz, speziellen Fachkenntnissen usw. Da sie das *allgemeine intellektuelle Leistungsniveau* abdecken, werden sie auch als *power-Leistungen* beschrieben. Diese nehmen im Gegensatz zu den *flüssigen Fähigkeiten* mit dem Alter nicht ab, sondern können durch aktive, geistige Betätigungen, wie beispielsweise Trainings oder Übungssequenzen (Schachspielen, Kartenspielen), erhalten bleiben bzw. in ihrer Kompetenz sogar gesteigert werden.⁷⁵

Aus vielen Studien gehe hervor, meint Lehr (2007), dass hinsichtlich der Intelligenzleistungen im Alter eine *interindividuelle Variabilität* bestehe, welche zum einen von Komponenten der Intelligenz, vorwiegend aber von der Gesundheit, sozialen Gegebenheiten und der Schulbildung abhängig ist.⁷⁶

⁷² vgl. Havemann – Stöppler 2004, S. 41

⁷³ vgl. Oswald – Gunzelmann 1991, S. 29f

⁷⁴ vgl. Jenny 1996, S. 47

⁷⁵ vgl. Oswald – Gunzelmann 1991, S. 29ff

⁷⁶ vgl. Lehr 2007, S. 77f

Zu den kognitiven Fähigkeiten gehören auch die *Gedächtnisleistungen*, bei denen es in verschiedenen Bereichen zu altersbedingten Gedächtnisveränderungen bzw. Defiziten kommt. Vorwiegend das Kurzzeitgedächtnis, bestehend aus *Primärgedächtnis* und *Sekundärgedächtnis*, sind von altersassoziierten Veränderungen betroffen. Mit dem Primärgedächtnis ist die Fähigkeit gemeint, Informationen aus der Umwelt aufzunehmen und diese für einige Minuten im Bewusstsein zu behalten (z. B. das Merken einer Telefonnummer bis zum unmittelbaren Zeitpunkt, wo diese gewählt wird). Diese wird als eine kurzfristige oberflächliche Merkfähigkeit beschrieben, die auch im höheren Alter erhalten bleibt.⁷⁷ Eine Verschlechterung dieser Leistungen wird vorwiegend erst mit Beginn des 80sten Lebensjahres wahrgenommen. Auch die *Aufmerksamkeit* nimmt mit dem höheren Alter ab. Daraus folgt, dass ältere Menschen oft sehr schnell abgelenkt werden können. Vorwiegend in neuen Situationen werden die Aufmerksamkeitsschwierigkeiten deutlich. Daraus lässt sich schließen, dass ältere Menschen bei geringem Zeitdruck in einem gewohnten, vertrauten Umfeld sowie bei dem Ausbleiben von Störfaktoren ein besseres Primärgedächtnis aufweisen können.⁷⁸

Das *Sekundärgedächtnis*, ein Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, dient der Funktion, Informationen aus dem Primärgedächtnis für längere Zeit abzuspeichern und im nachhinein darauf zurückgreifen zu können. Dabei lassen sich *passive und aktive Gedächtnisleistungen* unterscheiden. *Aktive Gedächtnisleistungen/aktives Sekundärgedächtnis* meint die Fähigkeit, sich etwas willentlich und bewusst zu merken bzw. einzuprägen (z. B. eine bestimmte Anfahrtstrecke etc.). Diese Fähigkeit lässt mit zunehmendem Alter bedeutend nach, wodurch es für ältere Menschen immer schwerer wird, sich mehrere Dinge auch nur für eine kurze Zeit zu merken. Als ein Grund dafür wird die Reduzierung der kognitiven Geschwindigkeit angegeben, da Informationen nur in langsamer Form aufgenommen, verarbeitet, gespeichert und ebenso langsam wieder ins Gedächtnis gerufen werden können.⁷⁹

Zudem lassen sich Schwierigkeiten in der Aufnahme von gänzlich neuen Lerninhalten erkennen, im Gegensatz dazu werden jedoch Informationen, welche bereits eine Basis des subjektiven Wissens bilden, zum einen gespeichert, zum anderen auch weiterentwickelt und bei Bedarf abgerufen.⁸⁰

⁷⁷ Fleischmann 1989 - zitiert in Jenny 1996, S. 54

⁷⁸ vgl. Jenny 1996, S. 54f

⁷⁹ vgl. ebenda S. 55ff

⁸⁰ vgl. ebenda S. 56

Unter den passiven *Gedächtnisleistungen/passivem Sekundärgedächtnis* wird die Fähigkeit, sich etwas automatisch zu merken, verstanden. Diese ist überwiegend als altersstabil anzusehen. Die Fähigkeit, Menschen, Umgebungen usw. wiederzuerkennen – basierend auf bestehendem Wissen, bleibt auch im höheren Alter bestehen. Veränderungen bzw. ersichtliche Leistungsabnahmen treten erst mit Ende des 90. Lebensjahres ein.

Die erwähnten Bereiche des Gedächtnisses sind wesentlich für die Bewältigung des Alltags und für die Möglichkeit einer selbstständigen Lebensführung. Aus diesen Grund sollen regelmäßige, gezielt aktivierende Übungen getätigt werden, um Informationsmaterial schnell aufnehmen und verarbeiten zu können.⁸¹

Des Weiteren nehmen auch subjektive Faktoren, wie das Erleben des Alterns, Einfluss auf den Verlauf der Alterungsprozesse (wie beispielsweise die Biographie eines Menschen, seine Zukunftsperspektiven usw.). Es kann hier festgehalten werden, dass in Bezug auf psychische Veränderungen im Alter von keiner Unität gesprochen werden sollte, da die Persönlichkeit eines Menschen wie auch das psychische Befinden primär von den Charaktereigenschaften sowie von der Gesundheit und den sozialen Faktoren abhängig ist, und nicht vom kalendarischen Alter.⁸²

Neben Veränderungen der Psyche können auch psychische Krankheiten auftreten, wobei zwischen zwei Krankheitsgruppen unterschieden wird. Das sind zum einen die *hirnorganischen Krankheiten*, zum anderen die *funktionellen psychischen Leiden*.⁸³

Unter *hirnorganischen Krankheiten* werden vom Gehirn ausgehende Erkrankungen bezeichnet, welche sich durch verschiedene Symptome wie beispielsweise Vergesslichkeit, Verwirrtheit usw. repräsentieren. Die *Demenz* ist eine dieser Erkrankungen und gilt als schwere hirnorganische Krankheit. Von einer Demenz kann gesprochen werden, wenn die intellektuellen Fähigkeiten soweit verloren gegangen sind, dass der/die PatientIn den beruflichen sowie den Alltagsanforderungen nicht mehr standhalten kann, weil eben diese Gedächtnisstörung vorhanden ist. Zudem muss im Falle einer Demenz entweder eine Aphasie, Aprasie, Agnosie oder eine Persönlichkeitsveränderung vorliegen, und es darf keine Trübung des

⁸¹ vgl. Oswald – Gunzelmann 1991, S. 32

⁸² vgl. Havemann – Stöppler 2004, S. 42

⁸³ vgl. Juchli 1997, S. 596f

Bewusstseinszustandes bestehen. Es sind verschiedene Formen der Demenz zu unterscheiden: die am häufigsten vorkommende ist jedoch die Alzheimer-Demenz, gefolgt von der vaskulären Demenz.⁸⁴

Bei den *funktionellen psychischen Leiden* sind keine hirnorganischen Störungen vorhanden. Zu ihnen gehören die Neurosen und Psychosen sowie Depressionen. Diese können erheblich in den Alltag eingreifen und die Lebensqualität jedes einzelnen Betroffenen erheblich stören.⁸⁵

SOZIALES ALTERN

Es wird davon ausgegangen, dass vorwiegend soziale Indikatoren den Alterungsprozess beeinflussen.⁸⁶ Aspekte wie der allgemeine Gesundheitszustand, die Familie, der Kontakt zu Freunden, der Beruf, das soziale Umfeld usw. haben Einfluss auf die Lebensqualität und auch darauf, wie Menschen die unterschiedlichen sozialen Abschnitte – vom Einstieg ins Berufsleben über die Familiengründung bis hin zur Selbstfindung – erleben. Des Weiteren kann es zu Herausforderungen und Problemen, also diversen körperlichen Gebrechen oder dem Ausstieg aus dem Berufsleben kommen, die beide einen Verlust des beruflichen Umfeldes und oftmals eine Dezimierung der sozialen Kontakte mit sich bringen. Gerade der Verlust von sozialen Kontakten und die damit verbundene Vereinsamung fördern den Alterungsprozess.

Freizeitaktivitäten oder Hobbies können entscheidend zu einem erfüllten Leben im Alter beitragen, wobei es vorteilhaft ist, prophylaktisch zu agieren und schon in jüngeren Jahren auf Körper und Geist zu achten, um Alterskrankheiten vorzubeugen. Natürlich besteht die Möglichkeit, durch technische Hilfsmittel wie Rollstuhl, Gehhilfen, Lift, Gedächtnistraining, Sehhilfen, Hörgeräte usw. die eigene Mobilität und Kommunikationsfähigkeit aufrechtzuerhalten.⁸⁷

2.3 AUTONOMES ALTERN

Wie auch die Ergebnisse der empirischen Analyse zeigen werden, sind von den Beteiligten primär Autonomie und Selbstständigkeit gefordert. Diese beiden zentralen Begrifflichkeiten, welche sich (je nach Zugang) in ihrer Bedeutung unterscheiden,

⁸⁴ vgl. ebenda 1997, S. 605

⁸⁵ vgl. Juchli 1997 S. 597

⁸⁶ vgl. Thomae 1968- zitiert in Havemann – Stöppler 2004, S. 41

⁸⁷ vgl. Medizininfo: Geriatrie, Alter, Soziales, Altern (online)

nehmen erheblichen Einfluss auf die Lebenssituation eines Menschen und werden in den folgenden Zeilen diskutiert.⁸⁸ Im Anschluss daran wird das *Kompetenzmodell* als Ansatz für eine selbstständige Lebensführung beschrieben und anhand der (*instrumentellen*) *Aktivitäten des täglichen Lebens* (ADL/IADL) näher beleuchtet.

Autonomie ist mit dem Begriff der Selbstbestimmung äquivalent zu verstehen und leitet sich von den griechischen Wörtern *autós* (selbst) und *nómos* (Gesetz) ab.⁸⁹ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Autonomie so: "Autonomy is the perceived ability to control, cope with and make personal decisions."⁹⁰ Zudem werden zur Autonomie auch Begriffe gezählt, welche als Basis für die Durchführung von Autonomie relevant sind – wie beispielsweise *Fähigkeit*, *Macht* oder *Erlaubnis*.⁹¹

Selbstständigkeit hingegen ist eher handlungsorientiert und setzt „die Fähigkeit eines Menschen, sein Leben aus eigener Kraft so führen zu können, dass er der Hilfe und Unterstützung durch andere nicht regelmäßig bedarf“, voraus.⁹²

Aus diesen Definitionen ergibt sich, dass Selbstständigkeit unabhängig von Selbstbestimmung auftreten kann: eine unselbstständige Person kann demnach trotz Einschränkungen der Selbstständigkeit in der Lage sein, autonom bzw. selbstbestimmt zu handeln.

Wenngleich *Autonomie* in den unterschiedlichen Disziplinen anders definiert und beschrieben wird, so mitunter auch in der Pflegeliteratur, besteht dennoch die Möglichkeit einer Interpretation des Begriffs, in der Theorie und Praxis in Einklang zu bringen sind.⁹³

Kruse et al. teilen Autonomie beispielsweise in folgende Bereiche ein: „Mobilität in der räumlichen Umwelt, Selbstständigkeit in der täglichen Lebensführung, Selbstverantwortung in der täglichen Lebensführung, Selbstverantwortung in der Lebensplanung, Selbstständigkeit und Selbstverantwortung in Entscheidungssituationen, Selbstständigkeit bei der Nutzung von Dienstleistungen.“⁹⁴

Ein autonomer Mensch soll demnach die Möglichkeiten besitzen, sich selbstständig in seinem Lebensraum zu organisieren. Außerdem soll er die Fähigkeit haben,

⁸⁸ Im weiteren Verlauf dieser Forschungsarbeit werden die Begriffe „Autonomie“ und „Selbstständigkeit“ synonym verwendet, um keine Verwirrungen zu bereiten.

⁸⁹ vgl. ebenda S. 21

⁹⁰ WHO 2002, S. 13

⁹¹ vgl. Seidl – Walter, 2000, S. 46

⁹² vgl. Fenchel – Brandenburg 1999, S. 25 - zitiert in: Huber – Siegel et al. 2005, S. 33

⁹³ Kruse 2002, S. 18

⁹⁴ vgl. Kruse 2002 S. 17f

Verantwortung für sein Leben zu übernehmen und bei Entscheidungsfindungen selbstständig zu agieren.

Vor allem der Punkt der „Selbstständigkeit bei der Nutzung von Dienstleistungen“ ist sehr interessant, denn gerade alte Menschen, welche sich noch selbstständig versorgen und selbstbestimmt handeln, können solche Leistungen ganz aus eigenem Interesse und je nach ihren Bedürfnissen in Anspruch nehmen. Sie erhalten zwar Hilfeleistungen, verlieren aber dabei nicht ihre Autonomie.

Vorwiegend in der westlichen Welt hat sich Autonomie zu einem ethischen Wertmaßstab entwickelt. So ist es für ältere Menschen von größter Wichtigkeit, auch noch im hohen Alter Entscheidungen selbstständig zu treffen und das Leben in Unabhängigkeit führen zu können.⁹⁵

Vorwiegend im hohen Alter wird der Autonomieerhalt von verschiedenen Faktoren beeinflusst. So zum Beispiel von den Alterungsprozessen, welche bereits im vorhergehenden Kapitel angesprochen wurden, aber auch vom sozialen Netzwerk, welches unterstützend zum Aufrechterhalt des Lebens von älteren Personen agieren kann. Auch die örtlichen Gegebenheiten, wie beispielsweise das Wohnumfeld, können Einfluss darauf nehmen, ob ein Mensch in seinem gewohnten Umfeld bleiben kann oder nicht, sofern zum Beispiel das Wohnumfeld nicht bedürfnisorientiert bzw. barrierefrei gestaltet ist.⁹⁶

Bislang hat sich die Altersforschung aus verschiedenen Blickwinkeln mit Alternstheorien befasst, welche je nach Individuum Einfluss auf das subjektive Erleben nehmen können. Im weiteren Verlauf wird eine in Bezug auf den empirischen Teil dieser Arbeit wichtige Theorie dargestellt, welche sich auf den Autonomieerhalt im höheren Alter bezieht: die *Kompetenztheorie*, unter Einbezug der Skalen *Aktivitäten des täglichen Lebens* (ADL) und *(instrumentelle) Aktivitäten des täglichen Lebens* (IADL).

KOMPETENZTHEORIE

Die *Kompetenztheorie* ist konträr zum Defizitmodell des Alterns entwickelt worden und geht davon aus, dass „die Realität des Alterns - trotz beobachtbarer Abbauprozesse und Verlusterlebnisse - durch ein erhebliches Ausmaß an verbleibenden Kompetenzen

⁹⁵ Teising 2009, S. 36ff

⁹⁶ vgl. Parr, 2005, S. 562

gekennzeichnet ist.“⁹⁷ Als Kompetenzen werden in diesem Zusammenhang sowohl die Fähigkeiten als auch die Fertigkeiten eines Individuums bezeichnet, welche zum Erhalt und zur Wiedererlangung eines autonomen, selbstständigen, aufgabenorientierten und sinnhaften Lebens in einer räumlichen sozialen und infrastrukturellen Umwelt zur Bewerkstellung des Alltags benötigt werden.⁹⁸

Im Speziellen werden objektive und subjektive Aspekte der Kompetenzen unterschieden: unter den objektiven Aspekten versteht man „kognitive, alltagspraktische, sozialkommunikative und psychologische Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Umgang mit Umweltanforderungen“.⁹⁹ Subjektive Aspekte hingegen „sind die Erfahrungen effektiven Handelns in spezifischen Situationen – auf der Hintergrundannahme, daß effektives Handeln als Grundbedürfnis in jedem Lebensalter empfunden und besonders befriedigend erlebt wird“.¹⁰⁰ Durch ein Zusammenwirken beider Aspekte kann ein effektiver Umgang zwischen dem Individuum und den an es gestellten Umweltanforderungen stattfinden. Der Schwerpunkt liegt somit in einer handlungsorientierten Perspektive von Individuum und Umwelt.¹⁰¹ Es wird davon ausgegangen, dass Kompetenz die Basis für eine selbstständige Lebensführung im Alltag ist.¹⁰²

Aus Sicht der Kompetenztheorie muss Kompetenz immer die Interaktion unter Einbezug der Anforderungen des Lebens der jeweiligen Person analysieren. Demnach ist eine isolierte und ausschließliche Ansicht der Fertigkeit eines Individuums unzulänglich.¹⁰³

Zudem kann man den Begriff der Kompetenz erweitern und in *basale* und *erweiterte Kompetenz* gliedern. Diese werden in der Literatur auch allgemein als Alltagskompetenzen beschrieben. Unter der *basalen Kompetenz* werden „die Grundfertigkeiten verstanden, die für eine selbstständige Lebensführung notwendig sind und in der erfolgreichen Ausführung notwendiger Aufgaben des täglichen Lebens beobachtet werden können“.¹⁰⁴ Beispiel für basale Kompetenz stellt die von Katz, Ford,

⁹⁷ Kruse 1996 - zitiert in Rupprecht 2008, S. 21

⁹⁸ vgl. ebenda 2008, S. 21

⁹⁹ Kruse – Lehr 1996:8 - zitiert in Backes – Clemens, 1998, S. 94

¹⁰⁰ ebenda 1998, S. 94

¹⁰¹ vgl. Rupprecht 2008, S. 21; Backes – Clemens 1998, S. 94

¹⁰² vgl. Schneekloth 2006, S. 93

¹⁰³ vgl. Rupprecht 2008, S. 21

¹⁰⁴ Rupprecht 2008, S. 22

Moskowitz et al. (1963) entwickelte Skala der Aktivitäten des täglichen Lebens dar, welcher eine Erfassung von Alltagsaktivitäten zugrunde liegt. Sie wurde speziell für die Personengruppe der chronisch kranken älteren Personen konzipiert und soll als Hilfsmittel hinsichtlich einer adäquaten Beurteilung für die Notwendigkeit einer möglichen Rehabilitation eingesetzt werden. In dieser Skala wird von drei Stufen ausgegangen, denen die Wiedererlangung der Selbstständigkeit in den Fragen der Grundbedürfnisse zugrunde liegt: die Wiedererlangung der Selbstständigkeit beim Essen und im Hinblick auf die Kontinenz; die Wiedererlangung im Hinblick auf ein selbstständiges Gehen, mitunter der Gang zur Toilette; die Wiedererlangung zum selbstständigen Waschen, Baden und Ankleiden.¹⁰⁵

Die Patienten selbst oder das zuständige Pflegepersonal erkunden die Kompetenzen des Patienten im Hinblick auf die Selbstständigkeit bei der Körperpflege bzw. Essenaufnahme u. Ä. Somit kann auf die Fragestellungen der ADL-Skala eine Antwort gegeben werden.¹⁰⁶ Durch diese Skala wird es den Pflegepersonen ermöglicht, einen Überblick über den Gesundheitszustand des Patienten zu erlangen, wodurch in Folge weitere bedürfnisorientierte pflegerische Maßnahmen gesetzt werden können.

Die *erweiterte Kompetenz* geht über die Grundbedürfnisse hinaus. Hier wird davon ausgegangen, dass das Leben auch noch im höheren Alter von vielen verschiedenen Aktivitäten geprägt ist, wie Aktivitäten in der Freizeit, soziale Aktivitäten und auch von instrumentellen Aktivitäten.¹⁰⁷ Als Beispiel für diese Alltagskompetenz kann die Skala der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens von Lawton und Brody (1969) angeführt werden. Diese ist speziell auf ältere Personen ausgerichtet, welche ein selbstständiges Leben im eigenen Haushalt führen. Primäres Ziel auch dieser Skala ist es, die Kompetenzen der erwähnten Personengruppe zu erkunden. Neben den hauswirtschaftlichen Fähigkeiten werden auch außerhäusliche Aspekte angeführt, welche die sozialen und umweltbedingten Fähigkeiten inkludieren, dass sind im Speziellen folgende Fertigkeiten: Hausarbeiten, Essensvorbereitung, Telefonieren, Essensvorbereitung, Waschen, finanzielle Angelegenheiten und Transport.

¹⁰⁵ vgl. Lehr 2007, S. 120f

¹⁰⁶ vgl. Lehr – Kruse 1996 – zitiert in Lehr 2007, S. 120f

¹⁰⁷ vgl. Rupprecht 2008, S. 22

Aus Forschungsarbeiten geht hervor, dass gerade die Fertigkeiten der erweiterten Kompetenz erheblichen Einfluss darauf nehmen, wie sehr Menschen Lebensqualität verspüren und Selbstinitiative in den jeweiligen Handlungsfeldern ergreifen. Zudem ist die erweiterte Kompetenz im Gegensatz zur basalen Kompetenz sehr von der Persönlichkeit, den jeweiligen Vorlieben, der Motivation und von subjektiven Zielen der älteren Personen geprägt, wobei unter anderem auch soziale und kulturelle Einflussfaktoren mit ihr in Verbindung zu bringen sind. Nach Lehr und Kruse (1996) wirken verschiedene Einflüsse auf die Fähigkeiten und Fertigkeiten älterer Menschen ein, die nachfolgend in den Punkten *personenbezogene Merkmale* und *Merkmale der Umwelt* aufgezählt werden.

Personenbezogene Merkmale:

„... die biographische Entwicklung, lebenslaufbezogene Fähigkeiten und Fertigkeiten, Lebensstile, Gewohnheiten und Interessen, soziale Aktivitäten und soziales Engagement;

die physische Situation in der Gegenwart mit Motivation, Selbstbild, Anwendung und Training von Fertigkeiten, Zufriedenheit, Ausmaß erlebter Belastungen, Übereinstimmung von Erwartungen und Erreichtem sowie wahrgenommenen und genutzten Anregungen;

Zukunftsperspektive als Überzeugung und Einstellungen zur persönlichen Zukunft und subjektiver und objektiver Gesundheitszustand mit Art und Grad von Behinderung(en) und Gesundheitsverhalten.“¹⁰⁸

Merkmale der Umwelt als Einflussfaktoren der Kompetenz:

„Die räumliche Umwelt, die Wohnqualität, Wohnungseinrichtung, Haushaltsform und Wohnanlage; die soziale Umwelt, wie der Grad der sozialen Integration innerhalb und außerhalb der Familie, Erreichbarkeit von Angehörigen, Freunden und Nachbarn, Art und Umfang aktueller Verpflichtungen, Einstellungen und Verhalten der Bezugspersonen; die institutionelle Umwelt, wie kulturelle und soziale Angebote in näherer Umgebung, medizinische Versorgung und Unterstützung durch institutionelle Dienste; die materielle Situation.“¹⁰⁹

¹⁰⁸ Backes – Clemens, 1998, S. 94f

¹⁰⁹ ebenda 1998, S. 95

Die erwähnten Merkmale nehmen zum einen Einfluss auf die Kompetenz in Bezug auf die Alltagsgestaltung und Selbstständigkeit älterer Personen, zum anderen können sie als Hintergrund für Alltagskompetenzen gesehen werden.

Brandenburg stellt einen Vergleich zweier breit angelegter Studien an, wobei es ihm darum geht, herauszufinden, wie es um die Selbstständigkeit bzw. um die basalen Alltagskompetenzen älterer Personen in Privathaushalten steht. Dafür stellt er eine Studie aus den USA mit 9.000 selbstständig in Privathaushalten lebenden Personen über 65 Jahren einer deutschen Untersuchung (INFRATEST–Untersuchung) mit über 26.000 Haushalten aus Deutschland gegenüber. In Tabelle 2 wird ein Teil dieser Ergebnisse ersichtlich, worin völlig selbstständige Personen mit ihrer Alltagskompetenz in prozentuellen Anteilen ihrer Alterklasse dargestellt werden.

Studie aus den USA (CORONI HUNTLEY 1986)					Studie aus Deutschland (INFRATEST 1992a)			
	Frauen Alter	Frauen Prozent	Männer Alter	Männer Prozent	Frauen Alter	Frauen Prozent	Männer Alter	Männer Prozent
Baden	65-79	93,0 %	65-79	92,9 %	65-79	91,1 %	65-79	91,3 %
	80+	75,8 %	80+	84,4 %	80+	66,7 %	80+	77,9 %
Anziehen	65-79	95,2 %	65-79	94,2 %	65-79	94,5 %	65-79	92,5 %
	80+	86,4 %	80+	89,9 %	80+	79,6 %	80+	82,8 %
Gehen	65-79	91,7%	65-79	92,9 %	65-79	96,5 %	65-79	96,4 %
	80+	75,3 %	80+	84,5 %	80+	84, %	80+	89,0 %
Selbstpflege	65-79	97,4 %	65-79	97,6 %	65-79	97,3 %	65-79	97,9 %
	80+	89,9%	80+	94,7 %	80+	85,9 %	80+	93,2 %

Tabelle 2: Selbstständige Lebensführung in vier US-Regionen und Deutschland¹¹⁰, eigene Darstellung

Mit signifikantem Ergebnis wurde festgestellt, dass der Großteil der Frauen wie auch der Männer im höheren Alter eine völlig autarke Lebensführung bestreiten können. Ohne jeglich Unterstützung schaffen es durchschnittlich 90 Prozent der 65–79-Jährigen und im Mittel 85 Prozent der Altersgruppe 80+ bzw. Hochbetagten, ihre basalen Alltagskompetenzen im täglichen Leben umzusetzen. Aufgrund dieser Ergebnisse kann man davon ausgehen, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung ein selbstständiges Leben führen kann. Lehr betont, dass es öfter vorkomme, dass ältere Personen für sie subjektiv als schwierig empfundene Aktivitäten durchführen – anstatt Hilfe von Dritten in Anspruch zu nehmen,¹¹¹ woran sich abermals die Motivation, der Wille zum Erhalt der eigenen Selbstständigkeit, der autonomen Lebensführung und der eigenen Alltagskompetenzen zeigen lässt.

¹¹⁰ Quelle: Brandenburg 1996 - zitiert in Lehr 2007, S. 122f ; die Tabelle stellt nur Ausschnitte der ursprünglichen Tabelle dar.

¹¹¹ vgl. Lehr 2007, S. 122

3 WOHNEN IM ALTER

Mit steigendem Alter erhöht sich die Bedeutung des Wohnumfeldes. In den folgenden Abschnitten werden die Veränderung der Haushaltsformen im Alter und das subjektive Erleben der Wohnungssituation dargestellt. Danach soll ein kurzer Überblick über die *ökologische Alternstheorie* nach Lawton gegeben werden.

3.1 HAUSHALTSFORMEN IM ALTER

Die zunehmende Hochaltrigkeit hat Auswirkungen auf die Familienkonstellation wie auf die Strukturierung der Haushaltsformen. In Zeiten geringerer Lebenserwartung waren Mehrgenerationenfamilien (mit vier oder fünf Generationen) kaum üblich. In der Zwischenzeit ist es keine Seltenheit mehr, dass sich viele Menschen mittleren Alters einerseits um ihre Kinder und Enkelkinder kümmern und nebenbei auch noch für ihre Eltern und Großeltern sorgen. Andererseits zeigt sich ein deutlicher Trend hin zu Paar- und Einpersonenhaushalten.¹¹² Vor allem ledige, verwitwete und getrenntlebende ältere Menschen sind von dieser Lebensform betroffen.

Die Mikrozensususerhebung der Statistik Austria aus dem Jahre 2009, welche sich mit haushalts- und familienstatistischen Auswertungen in Österreich befasste, veröffentlichte folgende Ergebnisse: Paarhaushalte bzw. Haushalte mit mehreren Personen sind im Gegensatz zu Einpersonenhaushalten rückläufig. In Österreich lebt mittlerweile fast jeder siebte Mensch alleine. Seit 2007 ist die Zahl der Einpersonenhaushalte um 1,7 Prozent (auf 21.4000) gestiegen. Das ergibt eine Gesamtsumme von etwa 1,261 Millionen alleinlebender Personen, das sind 34,5 Prozent der Gesamtbevölkerung.¹¹³

Für diese Arbeit sind primär Daten von Personen ab dem 75. Lebensjahr relevant, da sich durch die Literaturrecherche ergeben hat, dass vorwiegend ab diesem Alter eine altersgerechte Wohnversorgung notwendig wird.¹¹⁴ In dieser Altersphase werden zunehmend Defizite wahrgenommen und im Zuge dessen nehmen auch familiäre und soziale Abhängigkeiten zu. Statistiken besagen, dass immer mehr Menschen im höheren

¹¹² vgl. Rückert 1999, S. 149

¹¹³ vgl. Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2009, S. 17

¹¹⁴ vgl.: Kap. 2.1; Abb. 2

Alter alleine leben, was auch die folgende graphische Darstellung der österreichischen Einpersonenhaushalte nach Geschlecht und Alter zeigt.

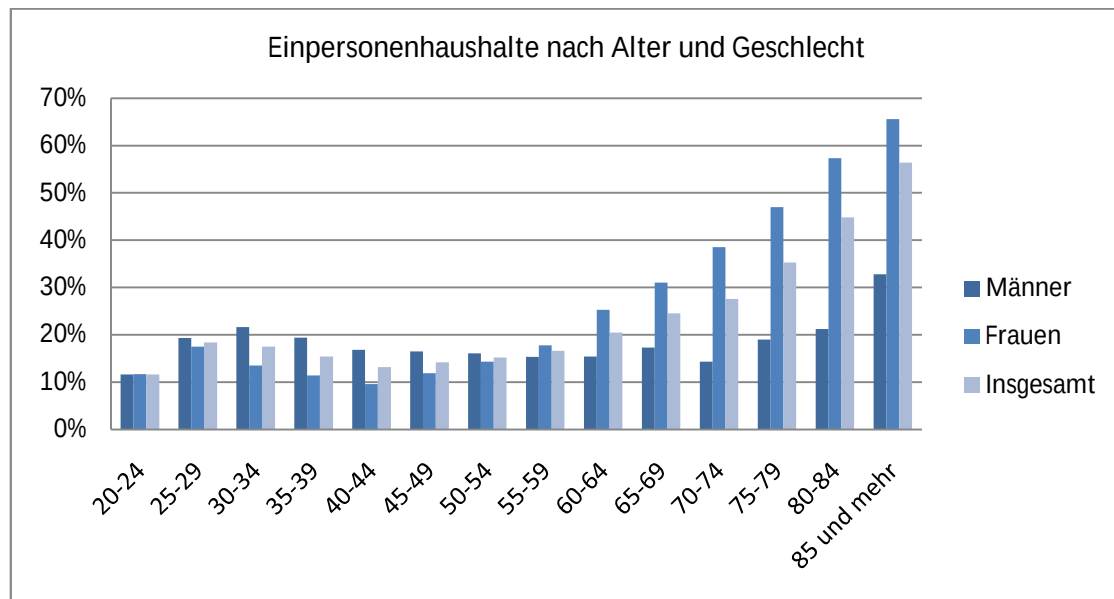


Abbildung 3: Einpersonenhaushalte in Österreich nach Alter und Geschlecht, eigene Darstellung¹¹⁵

Anhand dieser Abbildung lässt sich erkennen, dass mit steigendem Alter der Prozentanteil der alleinlebenden Personen in Privathaushalten signifikant steigt. Im Jahr 2008 lebten in Summe *ca. 35 Prozent* der österreichischen Bevölkerung in der Altersgruppe 75–79 in einem singularisierten Haushalt, das sind nach eigenen Berechnungen etwa 441.455 Menschen. Signifikante Ergebnisse werden auch ersichtlich, sieht man auf die Geschlechtsunterschiede: so lebten etwa *47 Prozent* der Frauen in der Altersgruppe von 75 bis 79 Jahren alleine in einem Haushalt. Bei Männern aus derselben Gruppe waren es hingegen nur etwa 21 Prozent. Aus der Grafik geht auch hervor, dass Frauen im Alter von 85 und mehr bei den Alleinlebenden die Grenze von *65 Prozent* erreichen. Bei gleichaltrigen Männern liegt der Prozentanteil der Alleinlebenden der gleichen Altersgruppe etwa bei der Hälfte von jenem der Frauen, also bei etwa *32 Prozent*. Zusammengefasst kann hier gesagt werden, dass der Prozentanteil der singularisiert lebenden Personen mit steigendem Alter signifikant steigt: bereits jede zweite Frau und jeder fünfte Mann über 75 Jahren leben alleine in einem Privathaushalt.¹¹⁶

¹¹⁵ Quelle: Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2009, S. 17f

¹¹⁶ vgl. Statistik Austria: Familien- und Haushaltsstatistik 2009, S. 17; 48

SINGULARISIERUNG IM ALTER

Die Gründe für die Singularisierung des weiblichen Geschlechts in fortgeschrittenen Lebensjahren liegen vor allem in der höheren Lebenserwartung der Frauen. Das weibliche Geschlecht lebt im Schnitt sieben Jahre länger als das männliche.¹¹⁷ Die höhere Lebenserwartung von Frauen ist von geschichtlichen, geographischen, sozialen, sozioökonomischen und biologischen Faktoren abhängig. Doblhammer erwähnt in seiner Studie, dass vermutlich die weiblichen Geschlechtshormone für die Senkung des Risikos von Herzerkrankungen verantwortlich sind. Des Weiteren sind hier sozioökonomische Gründe wie zum Beispiel der Lebensstil (Rauchen, Ernährung, sportliche Betätigung) sowie genderspezifische Unterschiede im Hinblick auf das Gesundheitsbewusstsein zu erwähnen.¹¹⁸ Oftmals bestehen auch wesentliche Altersunterschiede zwischen den Partnern, was im Laufe des Lebens zu einer frühen Singularisierung führen kann.

Schließlich kam es aufgrund der beiden Weltkriege auch zu erzwungenen Singularisierungen (z. B. Kriegswitwen). So fiel ein erheblicher Teil der männlichen Bevölkerung der Geburtsjahrgänge von 1921 bis 1927 den Wirren des Krieges zum Opfer.¹¹⁹

Viele Menschen sind im Alter von 70 Jahren noch verheiratet, hingegen sind bei den 80-jährigen Frauen bereits 75 Prozent verwitwet und leben somit auch oftmals alleine. Für diese Frauen bringt das eine jahrelange Phase des einsamen Alleinlebens. Oft wird diese Zeit als eine Art „späte Freiheit nach einem familien- und partnerschaftsorientierten Immer-da-sein-für-andere“ empfunden und richtiggehend genossen. Andere ältere Damen wiederum geraten durch die Abhängigkeit von ihrem Lebenspartner nach dessen Ableben in eine Situation der Überforderung und somit in eine weitere Abhängigkeit, nämlich in die von sozialen Systemen.¹²⁰

Backes und Clemens merken an, dass auch noch im höheren Alter geheiratet wird. Hier werden dreiviertel der Ehen, welche nach dem 60. Lebensjahr geschlossen werden, primär von Männern eingegangen. Frauen bleiben nach einer Verwitwung bzw. einer Scheidung im Schnitt länger alleine.¹²¹

¹¹⁷ vgl. Niederfranke 1996, - zitiert in Simon – Haring 1999, S. 29f; Jansen – Karl et al. 1999, S. 149

¹¹⁸ vgl. Doblhammer 2006, S. 346

¹¹⁹ vgl. Schweppe 2000, S. 31; Doblhammer 2006, S. 346

¹²⁰ Stanjek 1998, S. 183; Wagner – Wolf 2001, S. 535

¹²¹ vgl. Backes – Clemens 1998, S. 84

3.2 STELLENWERT DES WOHNENS IM ALTER

Mit zunehmendem Alter konzentriert sich das Leben vorwiegend auf das Wohnumfeld, der Stellenwert des Wohnens nimmt an Bedeutung zu.¹²² Den primären Grund dafür stellt der im Alter sich reduzierende Aktionsradius dar, welcher sich aus verschiedenen Faktoren ergibt. Der Eintritt in die Pensionierung durch den Ausstieg aus dem Berufsleben, der eventuelle Verlust sozialer Tätigkeiten, das Nachlassen der Elternrolle, physische und psychische Einschränkungen durch das Auftreten etwaiger Erkrankungen sowie Mobilitätsverlust können dazu führen, dass der Alltag¹²³ zum Wohnalltag wird. Dies bedeutet, dass gerade ältere Menschen den größten Teil des Tages in ihren eigenen vier Wänden, in ihrer Wohnung verbringen. „So sehr die außerhäuslichen Aktivitäten mit zunehmenden Alter abnehmen, so sehr nimmt die Wohnung als Alltagsort an Bedeutung zu, so sehr wächst auch die Bedeutung aller wohnungsbezogenen Aktivitäten, allem voran der Medienkonsum, die tägliche Hausarbeit und Aktivitäten des Besuche-Empfangens.“¹²⁴

Eine Reihe an wissenschaftlichen Arbeiten belegt diese Aussage. Auch im empirischen Teil dieser Arbeit wird diese Tendenz ersichtlich. Nach Angaben der *Zeitbudgeterhebung* aus dem Jahre 1991/92 werden in Abbildung 4 *Verbrachte Stunden zu Hause* bei Personen verschiedener Altersgruppen dargestellt:

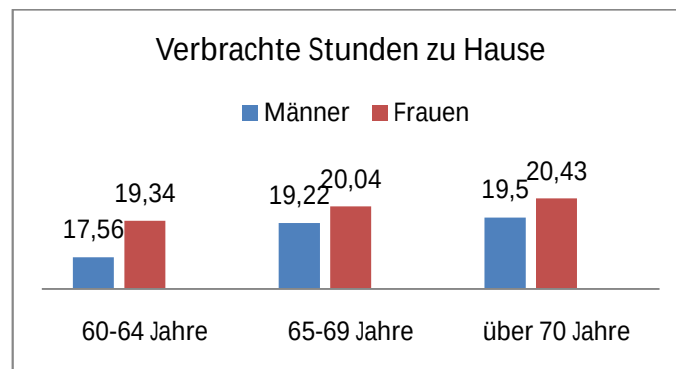


Abbildung 4: Verbrachte Stunden zu Hause von Personen verschiedener Altersgruppen, eigene Darstellung¹²⁵

Dabei steigt der Aufenthalt in den eigenen vier Wänden mit voranschreitendem Alter deutlich. So verbringen *Männer* in der Altersgruppe 60–64 Jahre etwa 17,56 Stunden in

¹²² vgl. Döllmann – Temel 2002, S. 155

¹²³ „Der Alltag ist kein besonderer, kein bestimmter Tag wie z. B. ein Feiertag oder ein Trauertag. Eher bezeichnet Alltag dem alltagssprachlichen Wortsinn (von ‚alle Tage‘) folgend etwas, was alle oder zumindest die meisten Tage gemeinsam haben.“ – Kondratowitz – Schmitz-Scherzer 1999, S. 490

¹²⁴ Kondratowitz, Schmitz-Scherzer, S. 498, in: Jansen – Karl et al. 1999

¹²⁵ Quelle: Lehr 2007, S. 303f

der eigenen Wohnung, bei den *Frauen* hingegen sind es bereits *19,34 Stunden*. Sieht man sich im Gegensatz dazu die Altersgruppe der *über 70-Jährigen* genauer an, so werden bei den *Männern 19,5 Stunden* und bei den *Frauen* sogar *20,4 Stunden* des Tagesablaufes in den eigenen vier Wänden verbracht.¹²⁶

Aktivitäten außerhalb des Wohnbereiches (Einkaufen, Arzttermine, Behördengänge) sind Wege, die ältere Menschen oft noch durchführen können. Der Rest des Tages wird jedoch in den eigenen vier Wänden sowie dem Balkon oder im Garten gelebt. In früheren Lebensphasen wurde in der eigenen Wohnung gerade einmal gegessen und geschlafen. Im höheren Alter nimmt dieser Ort eine viel wichtigere Stellung ein: hier ist man aufgewachsen, hier hat man Erinnerungen an die Vergangenheit.¹²⁷ „Durch das langjährige Wohnen an einem Platz kann das Gefühl der Vertrautheit und Verbundenheit mit der Wohnung entstehen, das zudem auch die Überzeugung vermittelt, in dieser Wohnung sicher zu sein.“¹²⁸

Des Weiteren ist die Umgebung vertraut und Nachbarn sind oft zu Freunden geworden. Diese Kontakte spielen gerade bei älteren Menschen nach der Pensionierung eine wichtige Rolle, um soziales Eingebundensein erleben zu können. Der Verlust sozialer Kontakte im Allgemeinen und der Verlust des Ehepartners im Speziellen können die Gefahr der sozialen Isolation erhöhen.¹²⁹

Ein spezifisches Wohnumfeld, bevorzugte Plätze aber auch bedeutsame Gegenstände schaffen in der Wohnung ein Gefühl der Privatheit, der Sicherheit. Es entsteht eine Bindung an das Zuhause, in dem man lebt, wodurch auch Lebensqualität erreicht wird. So ergab eine Schweizer Studie nach Amstutz (1994), dass etwa *94 Prozent* der befragten Senioren in ihrer Wohnung *zufrieden* bis *sehr zufrieden* sind, und dies, obwohl von zahlreichen Befragten angegeben wurde, dass es immer wieder störende Momente in diesem Setting gibt, was jedoch für den Großteil der Befragten als nicht ausreichend dafür empfunden wird, einen Umzug zu tätigen. So wünscht der überwiegende Teil der älteren Personen auch bei Eintritt einer chronischen Erkrankung oder Behinderung, in den eigenen vier Wänden bleiben zu können.¹³⁰

¹²⁶ vgl. Lehr 2007, S. 303f

¹²⁷ vgl. Klapfer 2001, S. 18; Kremer-Preiß 4/2000, S. 204

¹²⁸ vgl. Lehr 2003, S. 302

¹²⁹ vgl. Graber-Dünnow 2003, S. 30

¹³⁰ vgl. Amstutz 1994 - zitiert in Lehr 2007, S. 305

All dies verdeutlicht, wie wichtig es ist, ältere Personen in ihrem Bestreben, so lange als möglich in ihrer Wohnung zu bleiben, zu unterstützen. Natürlich ist ein Umzug bzw. eine Wohnungssanierung nicht immer zu vermeiden. Auch in diesem Fall gibt es zahlreiche Möglichkeiten, einem betagten Menschen durch eventuelle Veränderungen in der Wohnung das Leben zu erleichtern. Ebenso kann ein Umzug in ein Seniorenhaus oder in eine betreute Wohngemeinschaft viele erfreuliche und gesellige Tage im Alter bringen.

WOHNBEDÜRFNISSE

„Wohnen als zentraler Ausdruck menschlichen Seins, begründet in der weltoffenen Natur des Menschen, muss mannigfaltige Bedürfnisse erfüllen. Neben den rein physiologischen Erfordernissen, wie Schutz vor Witterung, Raum zum Ruhen und Schlafen, Platz zur Nahrungszubereitung und -aufnahme sowie Körperpflege, muss die Wohnung Raum für Privatheit, Intimität und Rückzug bieten. Diese Kriterien sind universell und altersunabhängig. Gleichzeitig muss Wohnen auch immer das Bedürfnis nach selbst gestalteter Aktivität und selbst bestimmtem Kontakt ermöglichen.“¹³¹

Auch anhand der durchgeführten Interviews¹³² wird deutlich, was bereits viele andere Studien bestätigt haben: der Großteil der älteren Personen möchte, wenn es irgendwie möglich ist, bei Eintritt in die Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit in den eigenen Räumlichkeiten wohnen bleiben. In jenem Umfeld, das ihre Privatsphäre wahrt und in dem sie zu Hause sind. So führte beispielsweise die Forschungsgruppe *Altern und Lebenslauf* der Freien Universität Berlin eine Befragung hinsichtlich dieser Thematik durch und kam dabei zu dem Ergebnis, dass 79,9 Prozent der Befragten im Alter von 70 bis 85 Jahren ihren Lebensabend zu Hause verbringen möchten.¹³³

Basis für eine selbstständige Lebensführung ist eine altersgerechte Wohnungsausstattung, die dem Menschen Barrierefreiheit, Sicherheit und Komfort bietet. Hindernisse oder auch Mängel im eigenen Wohnumfeld, gerade bei alten Menschen mit gesundheitlichen Einschränkungen, können der Verweildauer im Eigenheim entgegenwirken.¹³⁴

¹³¹ Ullrich 1997, S. 56

¹³² vgl. Kap. 6.1.4/6.3.2

¹³³ vgl. Graber-Dünnow 2003, S. 31

¹³⁴ ebenda 2003 S.31f

Ältere Menschen äußern im Hinblick auf ihre Wohnbedürfnissen am häufigsten den Wunsch, die *Sicherheit* – bezogen auf medizinische und materielle Faktoren –, die *Unabhängigkeit* und die *Selbstständigkeit* aufrechtzuerhalten, gefolgt von der Möglichkeit, *soziale Kontakte* durch *kontakt fördernde Räume* wie beispielsweise Altersservicezentren, die als eine Art Arbeitsplatzersatz dienen sollten, um auch weiterhin Beziehungen zu anderen Menschen schließen und soziale Kontakte pflegen zu können. Des Weiteren lässt sich das Bedürfnis nach Sicherheit in verschiedene Teilbereiche untergliedern: dazu zählen das Bedürfnis nach Ruhe, wie auch das Bedürfnis in einer Umgebung zu leben, welche neben Sicherheit auch Abwechslung im Alltag bietet, sodass auch die Möglichkeit besteht, auf Spazierwegen sich frei zu bewegen oder Gaststätten in unmittelbarer Nähe aufzusuchen. Zudem ist es den Menschen von größter Wichtigkeit, in unmittelbarer Nähe von angesiedelten Ärzten, ambulanten Diensten Betreuung zu erfahren bzw. bei Eintritt einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit nicht weit vom ursprünglichen Wohnumfeld einen Wohn- oder Pflegeplatz zu erhalten.

Die eigene Wohnung bzw. das Wohnumfeld kann bei Berücksichtigung und Anpassung der individuellen Bedürfnisse eines Menschen diese Zwecke erfüllen und zudem auch Privatheit und Vertrautheit bieten. Privatheit umfasst allgemein gesehen die Beschäftigung mit dem eigenen Individuum, für die Ungestörtheit zu den Voraussetzungen zählt. Damit ist aber auch die Möglichkeit der Privatheit bei Anwesenheit von anderen Personen gemeint, wie zum Beispiel die Privatheit oder Intimsphäre bei Körperhygiene oder Tätigkeiten in der Freizeitgestaltung. So ist auch Intimsphäre als ein Wohnbedürfnis zu sehen. Auch die *Intimität auf Abstand* ist von Relevanz. Dies bedeutet beispielsweise die Option, die Beziehung zu den eigenen Kindern, wie auch zu den Enkelkindern, in einem gewissen Maße auf Distanz halten zu können.¹³⁵ Der Wiener Soziologe Leopold Rosenmayr definiert diese Form der Intimität als Teil des Wunsches der älteren Generation, die Selbstständigkeit zu wahren. Man wohnt zwar in Besuchsnähe der Familie, nicht aber unter einem Dach. Dem ist entgegenzusetzen, dass zu viel Privatheit zu Einsamkeit und Depression führen kann.¹³⁶

¹³⁵ vgl. Titze 1991, S. 48

¹³⁶ ebenda S. 51

3.3 WOHNUNGSANPASSUNG

Wohnprämissen müssen so orientiert sein, dass auch die ältere Generation eine autonome Lebensführung aufrechterhalten kann. Zudem soll ein nachhaltiges gesellschaftliches Engagement in ihrer gewohnten Umgebung möglich sein. Sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten zeugen Altbauten oft von überholten Strukturen, welche für alte, hilfebedürftige Menschen und auch für körperlich beeinträchtigte Personen in den verschiedensten Bereichen Barrieren darstellen. Als problematisch erweisen sich beispielsweise zu eng angelegte Sanitärräume, welche mit einem Rollstuhl nicht zu befahren sind. Auch fehlende Lifte oder Haltegriffe in Treppenhäusern u. Ä. können die Mobilität und die Selbstständigkeit erheblich beeinträchtigen. Nach Kremer-Preiß & Stolarz besteht die Intention einer Wohnungsanpassung darin, „normale Wohnungen an die Bedürfnisse älterer Menschen anzupassen“.¹³⁷ Damit soll die Möglichkeit der autarken Haushaltsführung durch die Eliminierung von Barrieren aller Art aufrechterhalten werden. Sie unterscheiden bei der Wohnungsanpassung *strukturelle und individuelle Anpassungsmaßnahmen*.

STRUKTURELLE UND INDIVIDUELLE WOHNUNGSANPASSUNG

Erstere inkludieren etwa das Entfernen von Barrieren aus Wohnblöcken oder Wohnsiedlungen sowie komplette Adaptierungen von Wohnungen innerhalb von Wohnkomplexen. Auch dem Wohnumfeld und dem infrastrukturellen Netz wird hier Beachtung geschenkt, um den Einziehenden den Weg der Autonomie zu ermöglichen. Individuelle Wohnungsanpassung arbeitet hingegen bedürfnisbezogen. Einzelne Wohnungen werden durch eher kleine bis mittlere bauliche (oder baulich-technische) Interventionen je nach den Bedürfnissen des Individuums verändert.¹³⁸

Wichtig ist hinsichtlich einer adäquaten Wohnungsanpassung, dass diese bereits geplant und durchgeführt wird, ehe man die barrierefreie Struktur akut benötigt, denn im höheren Alter ist eine solche bauliche Umsetzung oft schwierig durchzuführen. Demnach ist es wichtig, solche Maßnahmen für eine Wohnungsanpassung präventiv zu setzen. Einen Weg dafür stellt das *Barrierefreie Bauen* dar. *Barrierefreies Bauen* bedeutet das Setzen von Maßnahmen, um die sichere Nutzung von Gebäuden und öffentlichen Räumen zu ermöglichen.

¹³⁷ Kremer-Preiß – Stolarz 2003, S. 33f

¹³⁸ Kremer-Preiß – Stolarz 2003, S. 33f

Als Grundlagen dafür dienen die ÖNORMEN B1600 *Barrierefreies Bauen – Planungsgrundlagen* sowie B1601 *Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen – Planungsgrundsätze*. Veröffentlicht vom Österreichischen Normungsinstitut werden diese kontinuierlich auf den neuesten Stand gebracht. Sie stellen lediglich eine Empfehlung für das barrierefrei Bauen dar, wurden jedoch in einzelnen Bundesländern bereits in die Bauordnung aufgenommen – wodurch sie in diesen Bundesländern als verpflichtende Bausvorschriften zu sehen sind. Aufgrund dessen, dass in den verschiedenen Bundesländern die Bauordnungen auch verschieden konzipiert sind, werden die Normen auch unterschiedlich stark berücksichtigt.¹³⁹

ÖNORM B1600 ist Grundvoraussetzung für alle Maßnahmen aus B1601: „Die in dieser ÖNORM beschriebenen Planungsgrundsätze umfassen jene baulichen Maßnahmen, die notwendig sind, um die unterschiedlichen physischen Möglichkeiten aller Menschen in der gebauten Umwelt besser berücksichtigen zu können. Die angeführten Maßnahmen erzielen eine Verbesserung der funktionellen Qualität von Baulichkeiten. Sie ermöglichen behinderten Menschen die Nutzung von Gebäuden und Anlagen und stellen auch Vorteile dar für vorübergehend bewegungsbehinderte Menschen (wie Gipsverbandträger, Schwangere, Personen mit Kinderwagen oder Lasten) sowie für Kinder und alte Menschen. Die Einhaltung der Bestimmungen erleichtert auch bei unvorhergesehener Behinderung und im Alter einen Verbleib in der gewohnten Umgebung, bei gegebenenfalls nur geringfügigen Adaptierungen.“¹⁴⁰

Betreffend der Errichtung bzw. des Umbaus von Objekten für behinderte und betagte Menschen ist Rücksicht auf die technischen Regelwerke wie ÖNORM B1600 und im speziellen ÖNORM B1601 zu nehmen. Letztere zielt primär auf spezielle Baulichkeiten für behinderte und betagte Menschen. Im Folgenden werden Ausschnitte aus den angesprochenen ÖNORMEN in Hinblick auf eine Wohnungsanpassung bzw. eine präventive Wohnungsgestaltung dargestellt.

Sie umfassen unter anderem die Planung bzw. Ausführung von Eingängen und Türen, die hinsichtlich der Breite laut Norm zwischen 85 und 100 cm liegen sollte (bei einflügeligen Türen). Schwellen dürfen eine maximal Höhe von 3 cm nicht überschreiten, wobei diese generell besser vermieden werden sollten. Die *horizontale Bewegungsfläche* vor Wohnungs- und Hauseingangstüren, vor Einrichtungs- und

¹³⁹ vgl. help.gv.at: Barrierefreies Bauen - zitiert in Essbüchl 2008, S. 29

¹⁴⁰ Österreichisches Normungsinstitut ÖNORM B1600 2005, S. 1

Ausstattungsgegenständen sowie vor Küchenzeilen und Aufzügen sollte einen Durchmesser von 150 cm aufweisen.¹⁴¹ So zeigt Abbildung 5 den Aktionsradius bei der Benützung eines Rollstuhles.

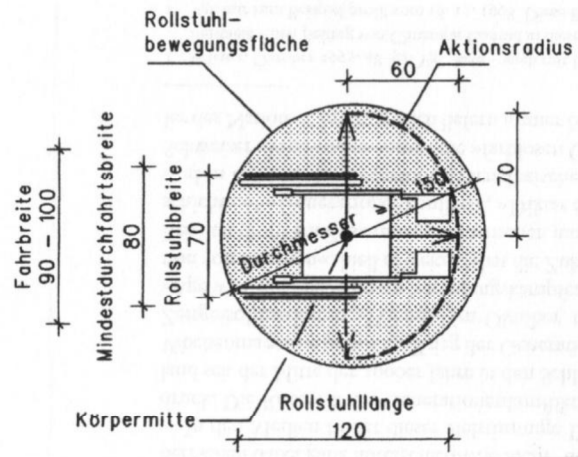


Abbildung 5: Platzbedarf bei Rollstuhlbenützung¹⁴²

Die Breite von Gängen, Fluren, Vorräumen und dergleichen sollen in Wohnungen mindestens 120 cm betragen, um die Bewegungsfreiheit nicht einzuschränken. In Bezug auf die Ausstattung von Sanitärräumen wird festgehalten, dass eine Bewegungsfläche von 150 cm Durchmesser vorhanden sein muss und eine *Unterfahrbarkeit des Waschbeckens* zu gewährleisten ist. Zusätzlich sind Halte- und Stützgriffe anzubringen. Der *Duschplatz* muss stufenlos oder mit einer maximalen Niveaudifferenz von 3 cm ausgeführt werden. Auch auf ausreichende Rutschsicherheit ist zu achten. Sämtliche Armaturen sind rollstuhlgerecht und erreichbar zu montieren, in einer Höhe von 85 cm (für Rollstuhlfahrer) bis 130 cm. Diese Werte sind auch bei allgemeinen Bedienungselementen wie Schalter, Toilettenspülung, usw. angebracht. WC-Räume benötigen einen Platzbedarf – wie bereits erwähnt – von 150 cm Durchmesser, wobei sich aufgrund der Angaben der ÖNORM B1601 für einen *universell umfahrbaren WC-Sitz* eine Raumbreite von zumindest 320 cm und eine Raumtiefe von 215 cm ergibt.¹⁴³ Zudem ist es ideal, wenn die WC-Türen nach außen zu öffnen und von außen aufschließbar sind.

Diese Empfehlungen sollen, wie bereits im Vorfeld erwähnt, individuell auf die BewohnerInnen angepasst werden. Wünschenswert wäre hier eine intensive

¹⁴¹ vgl. ebenda S. 3f

¹⁴² Quelle: Österreichisches Normungsinstitut ÖNORM B1600 2005, S. 15

¹⁴³ vgl. ÖNORM B1601 2005, S. 4ff

Zusammenarbeit zwischen Architekten, Baumeistern und Pflegepersonen, um ein bedürfnisorientiertes Wohnumfeld – mit Berücksichtigung der Problemfelder älterer Menschen – gestalten zu können.¹⁴⁴

Die angesprochenen Bereiche sind nur einige von vielen, welche zu einer verbesserten, altersgerechten Wohnstruktur beitragen können. In diesem Sinne ist es wichtig, bereits bei der Planung von derartigen Objekten nachhaltig zu handeln, um mögliche Adaptierungen im Fall einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit durchführen zu können. Ist eine solche aus gesundheitlichen, finanziellen oder anderen Gründen nicht möglich, so ist man je nach Lebenssituation in seiner Autonomie eingeschränkt, was je nach Individuum und Bedürfnissen dazu führt, dass Angehörige oder soziale Dienste in der Bewältigung des Tagesablaufes unterstützend zum Einsatz kommen.

ÖKOLOGISCHE ALTERNSTHEORIE

Vorwiegend in der Lebensphase Alter ist die Lebensqualität auch vom Wohnumfeld abhängig, wie bereits erwähnt, da der größte Teil des Tages auch in diesem Setting verbracht wird. Das macht deutlich, dass der Aufrechterhalt der Lebensqualität durch eine Verbesserung bzw. Optimierung der vorhandenen Wohngegebenheiten eine der wohl wirkungsvollsten Maßnahmen wäre.

In diesem Zusammenhang ist das ökologische Modell nach Lawton (1982) interessant.¹⁴⁵ Diesem Modell liegt die Annahme zugrunde, dass „der Verlauf von Altersprozessen in besonderer Weise von Umweltgegebenheiten (räumlich, infrastrukturell, sozial, räumlich-sozial) abhängig ist“.¹⁴⁶ Damit ist zum einen gesagt, dass verschiedene Faktoren Einfluss auf die Kompetenzen im Alter nehmen, zudem bestehende Umwelanforderungen förderlich wie auch hinderlich in das Leben eingreifen können.¹⁴⁷ Lawton setzt das psychische Wohlbefinden und die Leistungsfähigkeit in Beziehung mit dem Kompetenzgrad der Personen wie auch mit den Umweltbedingungen. Kompetenz wird als die oberste Grenze der Kapazität in Form eines Persönlichkeitsmerkmals beschrieben, welches sich durch die *körperliche Gesundheit, sensorische Wahrnehmungsfähigkeiten, motorischen Fähigkeiten* und

¹⁴⁴ vgl. Essbüchl 2008, S. 30

¹⁴⁵ Diese Theorie wird in der Literatur auch als Anforderungs-Kompetenzmodell bzw. Person-Anpassungs-Modell bezeichnet – vgl. Kreimer 2004, S. 53; Flade 1997, S. 18ff

¹⁴⁶ Schneekloth – Wahl 2006, S. 28

¹⁴⁷ vgl. Kreimer 2004, S. 53

kognitive Fähigkeiten auszeichnet. Die Umweltmerkmale werden als Umweltanforderungen definiert. Grundsätzlich befinden sich diese umweltbedingten Reize auf normativer Basis, jedoch werden sie immer individuell gedeutet und erhalten erst im Zusammenhang mit Bedürfnissen eine wesentliche Rolle. Eine Balance zwischen der Person und ihrer Umwelt besteht dann, wenn die Umweltanforderungen und die Kompetenzmerkmale übereinstimmen.¹⁴⁸

Das Modell besteht aus zwei Achsen, wonach eine die Kompetenzen in ihren verschieden starken Ausprägungen (Kompetenzgrade), die andere die Umweltanforderungen auf einer Skala von stark bis schwach beschreibt. Das ideale Maß an Umwelt nimmt vollen Gebrauch von der Kompetenz eines Individuums, dadurch entsteht weder eine Unter- noch eine Überforderung. Nun wird davon ausgegangen, dass je höher der Grad an Kompetenz liegt, desto größer kann die Spannweite in Bezug auf die Umweltanforderungen sein, ohne dass die Lebensqualität beeinträchtigt wird. Gegenteilig wird das Spektrum der Lebensqualität (bzw. des Wohlbefindens) geringer, wenn der Kompetenzgrad abnimmt, wodurch es aufgrund eines mangelnden Einsatzes von Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem Kompetenzverlust kommt. Was aber im Gegenzug nicht bedeutet, dass die Umweltanforderungen bei geringerem Kompetenzgrad nicht mehr zu bewältigen sind. Diese Konstellation ist je nach Person individuell zu betrachten und kann gänzlich unterschiedliche Auswirkungen haben.¹⁴⁹

Vorwiegend bei älteren Personen mit eventuellen gesundheitlichen Problemen kommt es zu einer bedürfnisorientierten Abhängigkeit von den Umweltgegebenheiten.

Lawton spricht davon, dass sich das maximale Leistungspotential, das Wohlbefinden und positive Emotionen durch ein individuelles Adaptionsniveau entfalten können. Aus diesem Grund ist er der Meinung, dass Menschen im höheren Alter ihre Umweltanforderungen dosieren sollten, um eine möglichst hohe Lebensqualität zu erreichen.¹⁵⁰ Denn „mangelnde Kompetenz bzw. Unselbstständigkeit im Alter kann auch eine Folge von Umweltbedingungen sein; gelernte Hilflosigkeit so wie gelernte

¹⁴⁸ vgl. Flade 1997, S.18f; Kreimer 2004, S. 53

¹⁴⁹ vgl. Flade 1997, S. 18ff, Kreimer 2004, S. 53f

¹⁵⁰ vgl. Kreimer 2004, S. 53

Abhängigkeit sind fremd induziert und demzufolge nur indirekt eine Funktion des Alters“.¹⁵¹

Aus der ökologischen Alternstheorie lässt sich schlussfolgern, dass, um eine selbstständige Lebensführung gewährleisten, den Alltag in seinem inner- und außerhäuslichen Umfeld bewältigen und soziale Beziehungen aufrechterhalten sowie neue knüpfen zu können, es Kompetenzen bedarf, die in einem bestimmten Maß vorhanden sein müssen – wie es auch die Kompetenztheorie vorsieht.

4 DAS SOZIALE NETZWERK

Allgemein ist unter einem *sozialen Netzwerk* ein „Netz aus Personen, Gruppen und Organisationen, die untereinander in Beziehung stehen und dadurch miteinander verbunden sind“, zu verstehen.¹⁵² Es kann als eine Art Konstrukt gesehen werden, welches sich im Hinblick auf seine Struktur und Funktionalität zum einen beschreiben, zum anderen bildhaft darstellen lässt.

Die Aufgabe eines sozialen Netzwerks liegt in der Erbringung sozialer Leistungen. Bezogen auf die Versorgung von hilfe- und pflegebedürftigen älteren Menschen lassen sich darunter Vorgänge verstehen, in denen Informationen untereinander ausgetauscht, Ressourcen genutzt, Unterstützung mobilisiert, Aktivitäten koordiniert sowie Strukturen verändert werden. Ein solches Netzwerk soll für ältere Menschen eine Balance zwischen deren Handlungsmöglichkeiten und den vorhandenen Umwelтанforderungen herstellen und kann somit eine erhebliche Unterstützung in deren Leben bieten.¹⁵³

Im Hinblick auf die erwähnten Versorgungstätigkeiten lassen sich zweierlei Systeme erkennen: Das ist zum einen die *informelle Pflege*, welche sich aus nicht professionellen Betreuungspersonen (Familie, Freunde, Nachbarn, Bekannte) ergibt, zum anderen die *formelle Pflege*, welche professionelle Dienste beschäftigt (stationäre Betreuung: Alten- und Pflegeheime, mobile soziale Dienste, teilstationärer Bereich).¹⁵⁴ Zurzeit leben etwa 540.000 hilfe- und pflegebedürftige Menschen in Österreich, bis zum Jahr 2011 wird

¹⁵¹ Badelt 1995 - zitiert in: Flade 1997, S. 20

¹⁵² Stanjek 1998, S. 164; vgl. Wagner – Wolf 4/2001, S. 31

¹⁵³ vgl. Wagner – Wolf 4/2001, S. 82

¹⁵⁴ vgl. Schneider – Österle 2006/2, S. 7

aufgrund des demographischen Wandels ein Anstieg dieser Anzahl auf rund 800.000 Personen erwartet.¹⁵⁵

Anhand der Daten der *Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007* lässt sich ein prägnanter Unterschied im Einsatz von formellen und informellen Betreuungsdiensten bezogen auf die häusliche Betreuung erkennen.¹⁵⁶

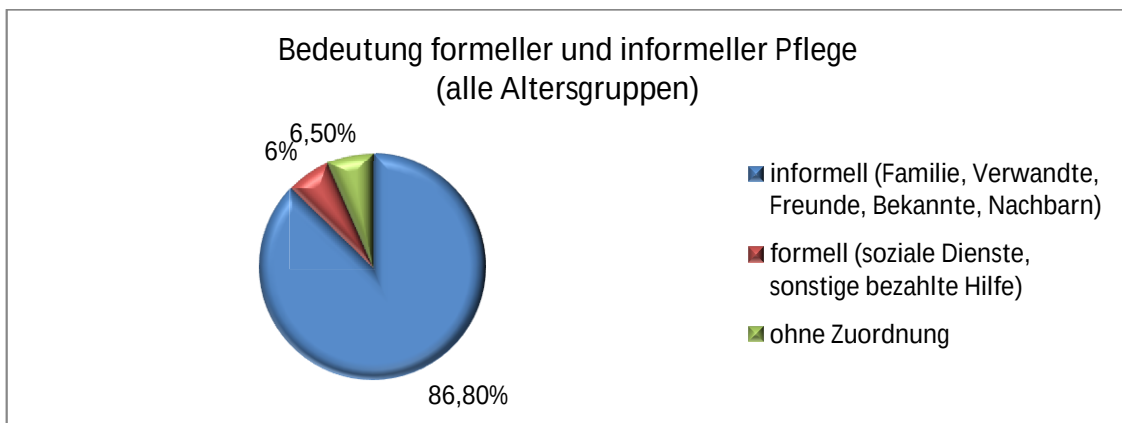


Abbildung 6: Bedeutung formeller und informeller Pflege bei Pflegebedürftigkeit bzw. langer Krankheit bezogen auf die häusliche Betreuung in Österreich (alle Altersgruppen),¹⁵⁷ eigene Darstellung

Abb. 6 zeigt die herausragende Bedeutung der informellen Pflege für pflegebedürftige Personen. Fasst man Betreuungsleistungen von *Familie, Freunden, Bekannten und Nachbarn* zusammen, so ergibt sich, dass sich *86,8 Prozent* aller ÖsterreicherInnen im Fall einer Pflegebedürftigkeit bzw. langanhaltenden Krankheit auf ihr informelles Netzwerk verlassen. Dagegen beanspruchen nur etwa *6 Prozent* der Befragten im Ernstfall *formelle Unterstützungsleistungen*.¹⁵⁸ Somit stellt die informelle Pflege das primäre Versorgungspotential dar. Dies lässt sich nicht nur an diesen Ergebnissen erkennen; auch zahlreiche andere wissenschaftliche Arbeiten haben zu ähnlichen Schlussfolgerungen geführt.

Wenngleich sich die Mehrheit der Betreuungspersonen im informellen Bereich bewegt, so muss dennoch mit Nachdruck erwähnt werden, dass es sich bei diesen Systemen um keine substitutiven Verbindungen handelt, sondern die formelle von der informellen Pflege abhängig ist und umgekehrt, da beide differente Funktionen erfüllen. Jede leistet einen speziellen, bedürfnisorientierten Beitrag, um Pflege in der Gesellschaft realisieren

¹⁵⁵ BAG Positionspapier S. 2

¹⁵⁶ BMGFJ: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2007, S. 242

¹⁵⁷ Quelle: BMGFJ: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2007, S. 242

¹⁵⁸ vgl. BMGFJ: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2007, S. 242

zu können. Gerade im ambulanten wie auch im teilstationären Sektor wäre ein System nicht durch ein anderes zu ersetzen.¹⁵⁹

Nach dieser Einführung, welche das soziale Netzwerk in seiner Struktur, bezogen auf die Versorgung älterer Menschen, beschrieben hat, wird in den weiteren Kapiteln näher auf Ausprägungen der informellen und formellen Pflege im extramuralen Bereich eingegangen, um ihre Wichtigkeit in der Gesellschaft aufzuzeigen.

4.1 INFORMELLE PFLEGE

Zu Akteuren informeller Pflege zählen jene Menschen aus dem familiären bzw. freundschaftlichen Umfeld, welche an erster Stelle in der Versorgung von älteren Menschen durch Pflege und Betreuung agieren, damit jene Lebensqualität und Wohlbefinden in ihrer Umgebung erfahren.¹⁶⁰ Diese Gruppe der Betreuungspersonen ist eine Ressource, die sich in den künftigen Jahren verändern wird. Wenngleich die Versorgungsbereitschaft konstant bleibt, so wird sich dennoch durch den demographischen Wandel die Betreuungskapazität minimieren. Beschreiben lässt sich dies durch die steigende Lebenserwartung und den Umstand, dass die Familien in ihrer Größe abnehmen. Zudem ergeben sich immer häufiger räumliche Distanzen zwischen pflegenden Angehörigen und deren hilfe- und pflegebedürftigen Angehörigen.¹⁶¹ Diese einflussnehmenden Faktoren lassen darauf schließen, dass sich in den kommenden Jahren Veränderungen im informellen wie auch formellen Betreuungssystem auftun werden. Zwar wird der Wert der informellen Pflege in seiner Form erhalten bleiben, dennoch werden formelle Betreuungsdienste mehr an Zustimmung erhalten müssen. So wird sich auch das nachfolgende Kreisdiagramm zur Betreuung bei Pflegebedürftigkeit bzw. langer Krankheit (vgl. Abb. 5) in seiner Struktur verändern.

Abbildung 7 zeigt, gestützt auf Daten der *Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007*, eine genaue Aufgliederung der Betreuungspersonen bei Pflegebedürftigen der Altersgruppe 75+. (Die Gruppe *Eltern* ist aufgrund des hohen Alters der Befragten nicht relevant).¹⁶²

¹⁵⁹ vgl. Zeman 1996 - zitiert in Jansen 1999, S. 607

¹⁶⁰ vgl. Schneider – Österle, 2/2006, S. 7

¹⁶¹ vgl. Pfeil 2007, S. 54

¹⁶² vgl. BMGFJ: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2007, S. 242

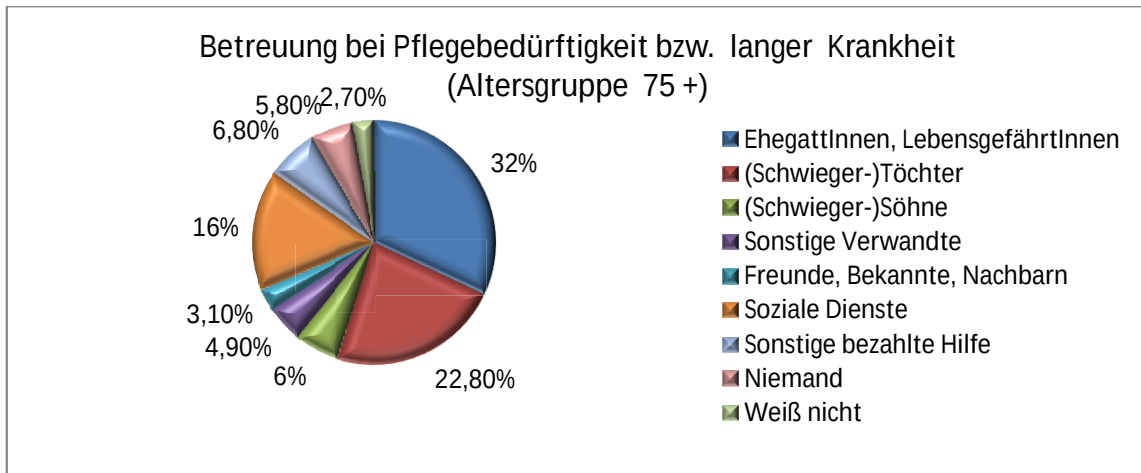


Abbildung 7: Betreuung bei Pflegebedürftigkeit bzw. langer Krankheit der Altersgruppe 75 +, eigene Darstellung¹⁶³

Den signifikant höchsten Wert weist der Anteil der *EhegattInnen und LebensgefährtenInnen* auf. Sie übernehmen bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit ihrer Angehörigen zu 32 Prozent deren Versorgung. Die zweitwichtigste Personengruppe stellt in diesem Zusammenhang die Zahl der *(Schwieger-)Töchter* dar, von denen 22,8 Prozent die Hauptbetreuung übernehmen.

Im Vergleich dazu pflegen nur 6 Prozent der *(Schwieger-)Söhne* ihre Angehörigen. Zusätzlich lässt sich erkennen, dass mit 4,9 Prozent *sonstige Verwandte* Pflegeleistungen übernehmen. *Freunde, Bekannte und Nachbarn* leisten zu 3,1 Prozent Hilfe. Insgesamt werden also 68,8 Prozent der Pflegebedürftigen in der Altersgruppe 75+ von *Akteuren der informellen Pflege* betreut. Diese sind als Hauptbetreuungspersonen dieser Gruppe zu beschreiben. Sie kristallisieren sich aus dem bestehenden Unterstützungsnetzwerk heraus, leisten die erforderliche Hilfe und sichern die Versorgung der älteren Menschen ab.¹⁶⁴

Soziale Dienste und *sonstige bezahlte Dienste* als Vertreter der formellen Pflege werden hingegen nur zu 16 Prozent bzw. zu 6,8 Prozent in Anspruch genommen. Diese Gruppe wird in Kapitel 4.2 näher beleuchtet.¹⁶⁵

MOTIVE FÜR DIE PFLEGEÜBERNAHME

Diese Ergebnisse (vgl. Abb. 6/7) demonstrieren, dass gerade im Alter die Familie den höchsten Stellenwert einnimmt. Die Gründe dafür sind vielfältiger Natur: Gerade für ältere Menschen ist es oft wichtig, im Eigenheim bleiben zu können, wo sie Privatheit

¹⁶³ Quelle: BMGFJ: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2007 S.244f

¹⁶⁴ vgl. Schneekloth 2007, S. 75

¹⁶⁵ vgl. BMGFJ: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, 2007, S. 242

und Geborgenheit verspüren. So ist es für sie von großer Bedeutung, dass auch die Pflege in diesem Setting unter Einbeziehung der engsten Angehörigen stattfindet. Oftmals ist es für Betroffene schwierig, Aufgaben an Außenstehende abzugeben, da dies mit einem Teilverlust der Selbständigkeit einhergeht.

Von Seiten der pflegenden Angehörigen werden ebenso Motive erkennbar, welche deren Pflegeübernahme begründen. In einer Studie von Koeppel und Mausberg (2003) über die *Lebenslage pflegender Angehöriger psychisch kranker alter Menschen* wurden 297 pflegende Angehörige befragt, aus welchen Gründen sie die Betreuung übernehmen. Ausgehend von dieser Studie stehen *Verantwortung und Pflichtgefühl, Selbstverständlichkeit* sowie *Liebe und Zuneigung* im Vordergrund. Auch die Meinung *Heim kommt nicht in Frage* wie auch *die Möglichkeit etwas zurückzugeben* sind Gründe dafür, die Pflege zu übernehmen. Zudem spielen die *Glaubensüberzeugung* und der *Erwartungsdruck des pflegebedürftigen Menschen* eine Rolle. Auffallend selten bzw. kaum genannt wurden *finanzielle Gründe, Erwartungsdruck der Familie, Gewissensgründe* und *Heim war nicht in Ordnung*.¹⁶⁶ Aus diesen Ergebnissen geht hervor, dass die Pflegeübernahme vorwiegend von den pflegenden Angehörigen selbst ausgeht, da diese die Betreuung der Familienangehörigen mit einem Verantwortungsgefühl in Verbindung bringen. Zudem wird es als eine Selbstverständlichkeit empfunden, für die ältere Generation Sorge zu tragen.

Diese Ansichtswiese wird in Anlehnung an Hörl bestätigt. Er spricht davon, dass der Großteil der betreuenden Angehörigen aus eigener Überzeugung Betreuungsleistungen übernehme. Dagegen sei etwa die Hälfte der älteren Generation bereits der Meinung, dass pflegerische und hauswirtschaftliche Versorgung der jüngeren Generation nicht aufgebürdet werden könne.¹⁶⁷ Daraus resultiert die Meinung, dass Pflege nicht immer im Rahmen der Familie stattfinden muss.

Aus einer Arbeit von Grond über demenzkranke Personen gehen Gründe hervor, welche die Übernahme der Pflege für Angehörige nicht befürworten bzw. dazu führen, dass die Durchführung der Betreuung von den Angehörigen abgelehnt wird. So wird die Pflege häufig nicht übernommen, wenn die Wohnung zu klein ist, wenn die Angehörigen aus beruflichen Gründen nicht ständig anwesend sein können, wenn diese selbst erschöpft oder krank sind, wenn aus ihrer Sicht die Pflege als sinnlos angesehen wird, wenn sie keine dankenden Worte erhalten, wenn sie den zu betreuenden Angehörigen als unsympathisch empfinden, wenn Partner und Kinder die Pflege für unzumutbar halten

¹⁶⁶ vgl. Koeppel – Mausberg 2003, S. 61

¹⁶⁷ vgl. Seidl –Walter 2000, S. 42

und wenn sie mit Aggressivität, Verwirrtheit oder Inkontinenz nicht umgehen können.¹⁶⁸ Oft fühlen sich die Angehörigen mit Situationen dieser Art überfordert. Dennoch wird versucht, in den meisten Fällen eine adäquate Lösung zu finden.

PFLEGE- UND BETREUUNGSLEISTUNGEN

Die Versorgung eines hilfe- und/oder pflegebedürftigen Menschen ist als eine Rundumversorgung zu sehen. Meist müssen 24 Stunden täglich aufgewendet werden, um die Betreuung im Kreise der Familie durchführen zu können. In Abb. 8 sind die *erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen* von Seiten der pflegenden Angehörigen dargestellt. Die Daten stammen aus der *Studie zur Situation pflegender Angehöriger*, bei welcher 1.138 pflegende Angehörige¹⁶⁹ nach ihren erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen befragt wurden.

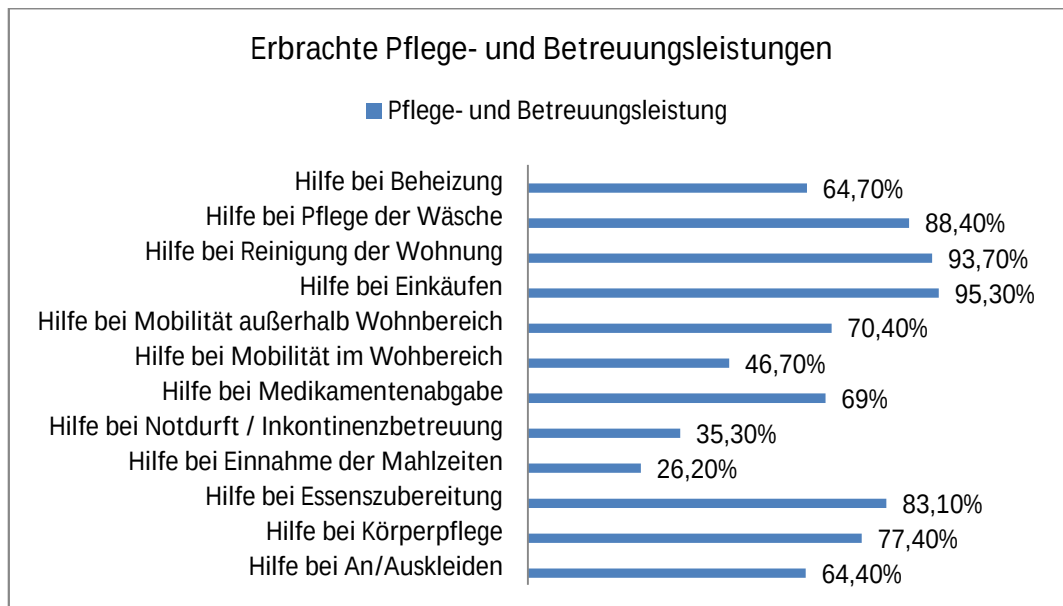


Abbildung 8: Erbrachte Pflege- und Betreuungsleistungen pflegender Angehöriger bei häuslicher Pflege¹⁷⁰, eigene Darstellung

Von pflegenden Angehörigen wird vor allem Hilfe in hauswirtschaftlichen Tätigkeitsbereichen geleistet, die mit körperlicher Anstrengung und meist mit erheblichem Zeitaufwand verbunden sind. Dazu zählen die *Hilfe bei Einkäufen*, bei *Reinigung der Wohnung*, bei der *Pflege der Wäsche* und *Hilfe bei Essenszubereitung*, wie auch *Hilfe bei Mobilität außerhalb des Wohnbereichs*.

¹⁶⁸ vgl. Grond 1991, S. 220

¹⁶⁹ Mehrfachnennungen waren möglich

¹⁷⁰ Quelle: Pochobradsky – Bergmann et. al 2005, Tabelle 47, Anhang

Des Weiteren wird ersichtlich, dass Unterstützung bei der *Körperpflege*, bei *Medikamentenabgabe*, beim *An-/Auskleiden* angenommen wird. In den Sparten *Hilfe bei Notdurft/Inkontinenzbetreuung* und *Hilfe bei Einnahme von Mahlzeiten* zeigen sich die geringsten Betreuungsleistungen von Angehörigen.¹⁷¹

Abbildung 8 stellt die Gesamtheit der erbrachten Pflege- und Betreuungsleistungen der pflegenden Angehörigen dar. So lässt sich nach Angaben des BMSG zusätzlich erwähnen, dass die bestehenden Unterstützungsmaßnahmen je nach PflegegeldEinstufung (PflegegeldbezieherInnen der Pflegestufen 1–7) differenzieren und je nach Betreuungsbedarf in den einzelnen Bereichen stärker oder schwächer bedürfnisorientiert angewendet werden.

BELASTUNGEN DURCH DIE PFLEGE

Diese Reihe an Betreuungsleistungen wird von etwa 80 Prozent der pflegenden Angehörigen tagtäglich durchgeführt, wobei primär die Hauptbetreuungsperson¹⁷² Zeit und Verantwortung übernimmt. Nach Angaben von Schneekloth, Potthoff¹⁷³ muss die *Hauptbetreuungsperson in 79 von 100 Fällen ständig verfügbar* sein, die wichtigsten *Unterstützungshelfer in 53 von 100 Fällen*. Daraus wird ersichtlich, dass auch *91 von 100 Hauptpflegepersonen* ihre Pflgetätigkeit als *eher stark* oder *sehr stark belastend* empfinden. Hervorzuheben ist, dass sich mehr als 50 Prozent der Betroffenen *sehr stark* belastet in ihrer Funktion als Hauptbetreuungsperson fühlen. Diese Zahlen lassen sich mit Daten aus Österreich vergleichen. Mehr als zwei Drittel der pflegenden Hauptbetreuungspersonen erleben ihre *Pflege- und Betreuungsaufgaben* entweder *ab und zu* (47,2 Prozent), *häufig* (17,6 Prozent) oder *fast immer* (5,4 Prozent) als eine Überbelastung. Das ergibt zusammengefasst eine Überbelastung der pflegenden Hauptbetreuungspersonen von 70,2 Prozent.¹⁷⁴ Durch die dauerhafte, intensive Betreuung werden eigene soziale Kontakte oftmals vernachlässigt, die Erwerbstätigkeit reduziert bzw. ganz aufgegeben, Freizeitaktivitäten wie Hobbies und Treffen mit Freunden treten an die zweite Stelle. Vorwiegend Frauen übernehmen meist die Rolle der Hauptbetreuungsperson und widmen sich dieser Angelegenheit aufopfernd bis hin

¹⁷² vgl. Abbildung 7

¹⁷³ Schneekloth – Potthoff 1993 -, zitiert in Backes - Clemens 1998, S. 309

¹⁷⁴ vgl. Pochobradsky – Bergmann 2005, Tabelle 47, Anhang; ebenda S. 34, Tabelle 113

zur absoluten Erschöpfung. Häufig gelingt es ihnen als Helfer nicht, selbst Hilfe von außen anzunehmen.¹⁷⁵

Dadurch treten oftmals physische, psychische und sonstige Belastungen auf, welche in der nachfolgenden Abbildung dargestellt werden:

Belastungen durch die Pflege	
Körperliche Belastungen	
Schulter-/ Nackenbeschwerden	36,9 %
Kreuzschmerzen	47,5 %
Sonstige Belastungen	14,0 %
Keine nennenswerten Belastungen	30,8 %
Keine Angabe	0,7 %
Psychische Belastungen	
Isolation	17,8 %
Verantwortung	49,5 %
Aussichtslosigkeit	18,4 %
Überforderung	29,0 %
Familiäre Probleme	18,0 %
Sonstige Belastungen	11,6 %
Keine nennenswerten Belastungen	19,0 %
Keine Angabe	71,9 %
Sonstige Belastungen	
Zeitliche Belastungen	58,6 %
Finanzielle Belastungen	22,3 %
Sonstige Belastungen	4,5 %
Keine nennenswerten Belastungen	15,5 %
Keine Angabe	74,4 %

Abbildung 9: Belastungen durch die Pflege,¹⁷⁶ eigene Darstellung

Pflegende Angehörige äußern als körperlich auftretende Belastungen vorwiegend *Rückenschmerzen*, gefolgt von *Schulter- und Nackenbeschwerden*. Dies lässt sich auf die oft anstrengende pflegerische Tätigkeit zurückführen. Ständige Mobilisationen, Lagerungen und Transfers der Hilfe- und Pflegebedürftigen nehmen Einfluss auf die eigene Gesundheit der Pflegenden. Im Gegensatz dazu geben knapp 31 Prozent *keine nennenswerten physischen Belastungen* an. Offenbar sind psychische Belastungen häufiger vorhanden, denn nur 19 Prozent der befragten Angehörigen geben hier *keine nennenswerten Belastungen* an. Hingegen sprechen fast 50 Prozent der pflegenden Angehörigen davon, dass die *Verantwortung* als große Belastung erlebt wird. Dazu kommen auch *Überforderung* und *Aussichtslosigkeit*. Als größte Belastung wurde von 58,6 Prozent der Befragten die *zeitliche Belastung* angegeben. Damit ist die zeitliche Bindung zwischen den Hauptbetreuungspersonen und den zu Betreuenden gemeint.¹⁷⁷

Diese Belastungsausprägungen lassen erkennen, dass die Betreuenden oft mit der Pflege überfordert sind und sich in einer Situation der Aussichtslosigkeit befinden. Von Seiten

¹⁷⁵ vgl. Röttger-Liepmann 2007, S. 188

¹⁷⁶ Quelle: Pochobradsky – Bergmann 2005, S. 43ff

¹⁷⁷ vgl. ebenda 2005, S. 43ff

des formellen Netzwerkes sollte hier Hilfe in Form von Unterstützung und Information kommen. Zudem müssen sich die Betreuenden selbst darüber im Klaren sein, dass informelle Pflege nur in Kooperation mit formeller Betreuung eine ausgewogene Versorgung für Hilfe- und Pflegebedürftige leisten sowie entlastend für informelle Betreuungspersonen sein kann. Nach Schneekloth ist im extramuralen Bereich die Zahl der Personengruppe, die beispielsweise professionelle Hilfe bzw. Beratungsgespräche annimmt, sehr gering¹⁷⁸, obwohl gerade in diesem Umfeld kontinuierliche Unterstützung von hoher Dringlichkeit wäre, da etwaige Belastungen auch pflegende Angehörige zu Pflegebedürftigen machen kann.

Im weiteren Verlauf wird nun näher auf die *formellen Netzwerke* eingegangen, diese werden in ihrer Struktur sowie den Tätigkeitsfeldern näher beschrieben.

4.2 FORMELLE PFLEGE

„Im formellen Bereich existieren erstens das traditionelle Alten- bzw. Pflegeheim als stationäre Formen der Betreuung. Zweitens existieren die seit einigen Jahren im Aufbau befindlichen und mittlerweile größtenteils gut etablierten mobilen sozialen Dienste, die Pflege und Betreuung im Wohnbereich der KundInnen anbieten. Drittens wird am Aufbau alternativer Einrichtungen gearbeitet, die zwischen mobilen und stationären Institutionen angesiedelt sind (teilstationärer Bereich).“¹⁷⁹ Zum Begriff der mobilen sozialen Dienste ist zu erklären, dass dieser Oberbegriff nach Anbieter und Region in der Literatur Synonyme wie „mobile-, soziale-, ambulante Dienste“ u. Ä. miteinschließt. Ihnen liegt auch die gleiche Bedeutung zugrunde.¹⁸⁰ Demnach wird in dieser Arbeit die Bezeichnung *mobile soziale Dienste*, wie in der Definition angeführt, beibehalten.

In Abbildung 10 lässt sich erkennen, auf welche Teilbereiche der *formellen Pflege* in diesem Kapitel näher eingegangen wird.

¹⁷⁸ vgl. Schneekloth 2007, S. 81f; Klie – Buhl et al. 2005, S. 242

¹⁷⁹ Schneider – Österle et al. 2007, S. 7

¹⁸⁰ vgl. Gatterer 2003, S. 43

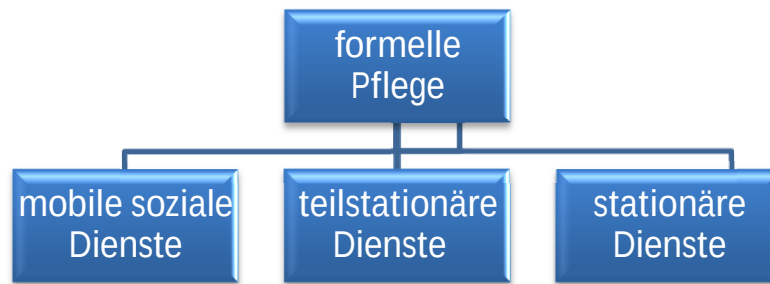


Abbildung 10: Einteilung formeller Pflege, eigene Darstellung

Diese drei Bereiche, mobile soziale, teilstationäre und stationäre Dienste, welche dem Bereich der *formellen Pflege* zugehören, unterliegen einer rechtlichen Vereinbarung, die zwischen dem Bund und den Ländern in Österreich gemäß Artikel 15a B-VG über gemeinsame Maßnahmen des Bundes und der Länder für pflegebedürftige Personen getroffen wurde. Nach Artikel 4 (Bundespflegegeldgesetz) verpflichten sich die Länder beispielsweise „dafür Sorge zu tragen, dass die sozialen Dienste aufbauend auf den bestehenden Strukturen, dezentral und flächendeckend angeboten werden“ und „[...] dass alle angebotenen ambulanten, teilstationären und stationären Dienste koordiniert und Informationen und Beratung sichergestellt werden“. ¹⁸¹ Angebote werden von freien Wohlfahrtsverbänden, Ländern, Gemeinden, Vereinen sowie im Rahmen der selbständigen Berufsausübung direkt an die KundInnen gebracht. Leistungen werden vorwiegend durch Fachkräfte aus dem Sektor der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe und den Sozialbetreuungsberufen, aber auch durch PersonenbetreuerInnen im Rahmen von selbständiger und unselbständiger Tätigkeit durchgeführt. ¹⁸²

Wie bereits in Abb. 6 dargestellt, kommen *soziale Dienste* und *sonstige bezahlte Hilfe* nur zu sechs Prozent in der häuslichen Betreuung zur Anwendung, obwohl *formelle Pflege* andere Versorgungsleistungen anbietet als die *informelle Pflege*. Gerade dieser Aspekt weist darauf hin, dass diese beiden Systeme voneinander abhängig sind und gemeinsam agieren müssen, um qualitativ hochwertige Unterstützungsmaßnahmen setzen zu können.

In den folgenden Unterkapiteln wird nun auf mobile soziale Dienste, teilstationäre und stationäre Dienste näher eingegangen, wobei zum einen einzelne wichtige Betreuungsformen mit ihren Tätigkeitsfeldern dargestellt werden, zum anderen wird die Versorgungssituation näher in Augenschein genommen.

¹⁸¹ Bundespflegegeldgesetz BPGG, S.71ff

¹⁸² vgl. BMSK, Soziale Dienste (online)

MOBILE SOZIALE DIENSTE

Mobile soziale Dienste ermöglichen den hilfe- und pflegebedürftigen Personen ein autonomes und bedürfnisorientiertes Leben und die Option, so lange wie möglich in ihrem Eigenheim bleiben zu können. Dadurch soll der Eintritt in Institutionen vermieden und somit dem Grundsatz *ambulant vor stationär* Genüge getan werden.

Mobile Dienste verfolgen primär die folgenden Ziele:¹⁸³

- Den hilfe- und/oder pflegebedürftigen Personen soll es ermöglicht werden, im eigenen Zuhause bleiben zu können.
- Des Weiteren sollen stationäre Aufnahmen in Krankenanstalten oder in Alten- und Pflegeheimen verzögert oder sogar vermieden werden.
- Bei Aufnahme in eine stationäre Versorgung soll eine möglichst frühe Entlassung unterstützt werden.
- Mobile Dienste sollen die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte fördern und dadurch einer Vereinsamung bzw. sozialen Isolation entgegenwirken.
- Ein weiteres Ziel ist die Betreuung der Angehörigen bzw. anderer Betreuungspersonen. Diese sollen Unterstützung und Entlastung von Seiten der mobilen Dienste erhalten.

Somit sind sowohl der pflegerisch-medizinische als auch der hauswirtschaftlich-soziale Bereich in die mobile Betreuung eingebunden. Das Angebot an Leistungen umfasst den *Kernbereich*, der die Versorgung der Grundbedürfnisse darstellt, um in den eigenen vier Wänden weiterhin leben zu können. Darunter fallen etwa die Hauskrankenpflege und Tätigkeiten der Haushaltsführung, die vorwiegend von *diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen* (DGKS/P) sowie *Pflegehelfern* (PH) übernommen werden. Näher betrachtet ergeben sich in Bezug auf die Hauskrankenpflege Aufgabenfelder, die sich im eigenverantwortlichen und im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich widerspiegeln, angefangen von der Beratung und Koordination vorhandener Betreuungsangebote über Schulungen für Angehörige bis hin zu Pflegehandlungen und der Behandlungsdurchführung von mitverantwortlichen Tätigkeiten nach ärztlichen Anweisungen (z. B. Verbandswechsel, Injektionen etc.). Bezogen auf den ländlichen

¹⁸³ vgl. Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 6

Raum stellt die Hauskrankenpflege neben dem Hausarzt die wichtigste Unterstützungsform in der pflegerisch-medizinischen Versorgung dar.

Der *Hausarzt*, welcher für die medizinische Betreuung, Beratung und Überweisungen zu Fachärzten und Krankenhäusern zuständig ist, repräsentiert vorwiegend im ländlichen Raum bei älteren Menschen die erste Instanz in der medizinischen Versorgung. Da er vor Ort die Situation gut einschätzen kann, ist es ihm möglich, die notwendige Hilfe anzubieten und als eine Art Bindeglied zur Hauskrankenpflege sowie zu anderen Institutionen zu agieren.¹⁸⁴

Bezogen auf die Betreuungspersonen ist im Weiteren die Berufsgruppe der *AltenhelferInnen*, *PflegehelferInnen* und *HeimhelferInnen* anzusprechen, deren Tätigkeiten und Ausbildungen in den Bundesländern different geregelt sind. Sie leisten Hilfe bei der Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens und treten hauptsächlich bei der Aktivierung bzw. Reaktivierung von alten Menschen auf. Insbesondere stellen sie eine Schnittstelle zwischen dem bestehenden professionellen Angebot und der Familie her.

Zudem wird das Leistungspaket durch Zusatzleistungen erweitert, auf welche hier nicht näher eingegangen wird. Zu diesen *ergänzenden Angeboten* zählen beispielsweise *Mahlzeitendienst*, *Besuchsdienst*, *Hilfsmittelverleih* und *Beratung*, *Fahrtendienst* und *Notrufdienst*.¹⁸⁵

In Bezug auf die Betreuungssituation in Österreich stehen für 1.000 Einwohner und Einwohnerinnen ab 75 Jahren 13,4 Pflege- und Betreuungspersonen zur Verfügung, wobei diese Zahl je nach Bundesland stark variiert. Vollzeitäquivalent gesehen waren im Jahre 2002 7.810 Personen im mobilen Dienst tätig. Diese Personengruppe besteht zu 56 Prozent aus Heimhelfern und Heimhelferinnen. Die übrigen 44 Prozent setzen sich zu etwa gleichen Teilen aus diplomiertem Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und PflegehelferInnen, AltenpflegerInnen und AltenfachbetreuerInnen zusammen.

Seit den 90er Jahren hat die Versorgungsdichte um etwa 2,6 Prozent zugenommen. Trotz dieses Anstieges lässt sich hinsichtlich der vollzeitbeschäftigten Betreuungspersonen in der mobilen Pflege ein hoher Bedarf erkennen, der gedeckt

¹⁸⁴ vgl. Gatterer 2003, S. 43f

¹⁸⁵ vgl. Schaffenberg – Pochobradsky 2004, S. 6

werden muss. Aus den vorangehenden Überlegungen resultiert, dass in diesem Bereich ein weiterer Ausbau notwendig ist und Maßnahmen gesetzt werden müssen, um den veränderten Pflege- und Betreuungsbedürfnissen standzuhalten, dies auch aufgrund des Umstandes, dass verstärkt höher qualifiziertes Personal bezogen auf die verschiedenen Berufsgruppen und deren Befähigung benötigt und verlangt wird.¹⁸⁶

TEILSTATIONÄRE DIENSTE

Diese Art von Dienstleistungen stellt einen eigenständigen Versorgungsbereich dar und agiert als Zwischenglied zwischen der innerhäuslichen Betreuung und der Übernahme in eine stationäre Versorgungsinstitution. Teilstationäre Dienste inkludieren *Tagesbetreuung, Tageszentren* sowie *Tagespflege*. „Zielsetzung der teilstationären Betreuung sind die Aufrechterhaltung der bisherigen Lebensweise und der Verbleib in der eigenen Wohnung durch eine tagsüber bereitgestellte aktivierende Betreuung.“¹⁸⁷

Der Fokus liegt auf jenen Menschen, die nicht mehr im Stande sind, selbstständig ihren Alltag zu bewerkstelligen, zudem im Bereich der mobilen Betreuung unterversorgt sind, jedoch durch stationäre Pflege überversorgt wären. Somit wird hauptsächlich Menschen mit psychischen Veränderungen und funktionalen Einschränkungen (Schlaganfall-, Alzheimer-Patienten etc.) in diesem Setting Hilfe angeboten, und dies in Form von extra auf die PatientInnen zugeschnittenen psychosozialen und pflegerisch-therapeutischen Maßnahmen, was das Ziel inkludiert, deren Ressourcen zu stärken bzw. ihnen zu helfen, diese wiederzuerlangen.

Folgende Vorteile entstehen durch die Inanspruchnahme von teilstationären Einrichtungen:

- Reduktion der sozialen Isolation durch das Knüpfen von sozialen Kontakten, Gesprächen und Abwechslung im Alltag.
- Reduzierung der Mobilitätseinschränkungen durch Aktivitätsprogramme wie beispielsweise Gymnastikübungen, Seniorenturnen und Tanzen.
- Ergotherapeutische Angebote wie Gedächtnistraining und Haushaltstraining können die Senioren dabei unterstützen, sich in ihrem privaten Umfeld wieder besser zurechtzufinden.
- Auch die Möglichkeit im Rahmen der Tagesbetreuung zu baden oder zu duschen wird häufig angeboten. Oft ist in den eigenen vier Wänden dafür nicht die

¹⁸⁶ vgl. ebenda S. 6; vgl. Hofmarcher – Rack 2006, S. 153

¹⁸⁷ Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 26

erforderliche Barrierefreiheit gegeben bzw. sind Hilfsmittel (Badelift etc.) nicht vorhanden.

- Des Weiteren können auf Wunsch Freizeit- und Wellnessangebote (Ausflüge, Massagen, Fußpflege, Frisör u.a.) in Anspruch genommen werden.¹⁸⁸

Die zweite Gruppe, auf die hier geachtet wird, wird von den pflegenden Angehörigen gestellt. Diesen soll stunden- bzw. tageweise eine Entlastung von ihren Betreuungspflichten geboten werden. In dieser pflegefreien Zeit haben sie die Gelegenheit zur Erholung und die Möglichkeit, ihrer Berufstätigkeit weiterhin nachzugehen.

Um dieses Angebot in Anspruch nehmen zu können, müssen die Transportfähigkeit des Hilfe- und/oder Pflegebedürftigen und die Betreuung durch eine zusätzliche formelle und/oder informelle Pflegekraft zu Hause gegeben sein.¹⁸⁹

Im Jahr 2002 gab es bereits 1.070 Versorgungsplätze in Österreich (exklusive Burgenland) im teilstationären Bereich, wobei die überwiegende Anzahl von geriatrischen Tageszentren zur Verfügung gestellt wurde.¹⁹⁰ In Ballungsgebieten, wie der Bundeshauptstadt Wien, konnten sich teilstationäre Dienste gut etablieren. Dies lässt sich durch die einfachere Erreichbarkeit erklären, welche sich in urbanen Gebieten bietet.

Infrastrukturell werden geriatrische Tageszentren in städtischen Gebieten meist in eigens dafür eingerichteten Zentren organisiert. In ländlichen Gebieten wird eine solche Betreuung meist in Kooperation mit stationären Einrichtungen (Pflegeheimen) oder in Stützpunkten mobiler sozialer Dienste angeboten.¹⁹¹

Auch aus den Angaben des *Österreichischen Pflegvorsorgeberichts* 2007 geht hervor, dass es im ländlichen Raum (hier am Beispiel des Burgenlandes veranschaulicht) einen eher zögerlichen Zuspruch hinsichtlich der Inanspruchnahme teilstationärer Einrichtungen gibt. Im Jahre 2007 sind spezielle Richtlinien zur Förderung und Durchführung von Seniorentagesbetreuungen in Kraft getreten. In der zweiten Hälfte des Jahres 2007 waren im Burgenland 6 Einrichtungen mit insgesamt 55 Plätzen für die

¹⁸⁸ vgl. Gatterer 2003, S. 46

¹⁸⁹ vgl. Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 26

¹⁹⁰ vgl. Hofmarcher – Rack 2006, S. 153

¹⁹¹ vgl. Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 26ff

Tagesbetreuung entstanden, die vorwiegend mit Heimen kooperieren. Dieses Angebot wird jedoch nach Angaben des Pflegevorsorgeberichts nur zu 25 Prozent von den Betroffenen genutzt – und das, obwohl die Tagesaufenthalte einkommensabhängig mit mindestens 25 Euro unterstützt werden. Im Jahr 2008 wurde die finanzielle Unterstützung auf bis zu 44 Euro erhöht, abhängig von Einkommen und Anzahl der Besuche pro Monat.¹⁹²

Ein Grund für die zögerliche Nutzung einer solchen Einrichtung, die für die Entlastung der pflegenden Angehörigen gedacht ist, ist der, dass die oft weiten Anfahrtswege zu den Einrichtungen im ländlichen Gebiet für die Angehörigen einen zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Aufwand darstellen.

Genannter Aspekt lässt die Nutzung teilstationärer Dienste im ländlichen Raum eher unattraktiv werden, hingegen wird in den städtischen Regionen, wie beispielsweise in der Bundeshauptstadt Wien, dieses Konzept gerne in Anspruch genommen.

Ein weiterer Grund für die rare Annahme in einigen Regionen ist eine eventuell unzureichende Informationsweitergabe bzw. Aufklärungsarbeit. Zudem lässt eine geringere Bevölkerungsdichte in ruralen Gegenden auf eine geringere absolute Anzahl älterer Menschen und somit auf eine niedrigere Auslastung der angesprochenen Zentren schließen.¹⁹³

Ausgehend von dieser Darstellung kommt man zum Ergebnis, dass die Länder in Zukunft vorwiegend in den städtischen Gebieten das Angebot der teilstationären Dienste ausbauen sollen und dadurch Erfahrungen hinsichtlich der Akzeptanz dieser Struktur sammeln können.

Ländliche Gebiete benötigen in der Umsetzung einer solchen Einrichtung höchste Sorgsamkeit. So ist eine gezielte Informationsweitergabe an die Bevölkerung von größter Wichtigkeit. Auch eine Abgleichung von bestehendem Angebot und aktueller Nachfrage trägt zur Reduzierung von Auslastungsproblemen bei. Zudem ist zu bedenken, dass einkommensschwache Personen oft kaum mit ihrem Einkommen auskommen. So können ohne eine finanzielle Unterstützung, wie beispielsweise die Sozialhilfe (Bsp.: Burgenland, Kärnten, Vorarlberg und Wien fördern die Annahme von teilstationären Diensten), Leistungen dieser Art nicht annehmen. Zuletzt ist zu erwähnen, dass die weiten Anfahrtszeiten für Angehörige durch mehr individuelle,

¹⁹² vgl. Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 26; BMSK 2007, S. 90; S.

¹⁹³ vgl. ebenda S. 90; S. 26f

bedürfnisorientierte Angebote an Hol- und Bringdiensten, insbesondere für ländliche Regionen, flexibler gestaltet werden müssen.¹⁹⁴

STATIONÄRE DIENSTE

Stationäre Dienste nehmen generell ein breites Feld im Angebot der Versorgungsstrukturen ein, welche je nach den Bedürfnissen und Ressourcen der zu Betreuenden zu wählen sind. Somit ergibt sich zum einen ein Leistungsangebot, das es agilen, noch selbständigen Personen ermöglicht, im Rahmen des betreuten Wohnens, Seniorenwohnungen und Wohngemeinschaften ein autonomes Leben zu führen, zum anderen kann durch stationäre Betreuung die Versorgung von schwerstpflegebedürftigen Personen adäquat, im Rahmen von Alten- und Pflegeheimen bzw. Pflegeheimen und Pflegeanstalten für chronisch Kranke erfolgen.¹⁹⁵

So stellen *Alten- und Pflegeheime* wichtige Institutionen für chronisch kranke Menschen dar, da die Grundversorgung sowie etwaige Unterstützung vor Ort vorhanden ist. Auch jene Menschen, die nicht mehr dazu fähig sind, ihren eigenen Haushalt zu bewerkstelligen, finden in einer solchen Einrichtung Hilfe und können zudem ein aktivierendes Leben weiterführen. Ein *betreutes Wohnen* hingegen setzt nicht die pflegende Betreuung, sondern den Erhalt der Selbstständigkeit in den Mittelpunkt. Ziel dieser Wohnform ist es, Autonomie bzw. Selbstständigkeit so lange als möglich aufrechtzuerhalten und den Wohncharakter unter Einbezug höchster Sicherheit zu bewahren.¹⁹⁶

Bedingt durch die demographische Entwicklung und die steigende Zahl dementiell erkrankter Personen sowie anderer zeitintensiver und/oder pflegerelevanter Erkrankungen, reduziert sich die Nachfrage nach Wohnplätzen, was zur Folge hat, dass vorwiegend Wohnbereiche in Kombination mit Pflegebereichen entstehen.¹⁹⁷ Infolgedessen können zum einen die eigenen Ressourcen weiterhin genutzt und die Freizeit autark gestaltet werden, zum anderen erhalten die BewohnerInnen im Fall einer eintretenden Hilfe- und/oder Pflegebedürftigkeit eine bedürfnisorientierte, professionelle Betreuung in einem für die Pflege angemessenen Setting.

¹⁹⁴ vgl. Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 28f

¹⁹⁵ ebenda 2004, S. 30

¹⁹⁶ vgl. Kremer-Preiß - Stolarz 2003, S. 93

¹⁹⁷ vgl. Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 30f

Laut der letzten bundesweiten Erhebung aus dem Jahre 2002 entspricht die Anzahl der Heimplätze in Österreich einem Status quo von 67.600 Plätzen, die als Pflegeplätze geführt wurden, was bedeutet, dass etwa 53.000 dieser Plätze oder etwa 78 Prozent mit pflegebedürftigen Personen belegt waren. Hingegen wurden nur 14.630 oder ca. 22 Prozent als Wohnplätze genutzt. Auf die Bundesländer bezogen bedeutet dies, dass Wien mit 19.500 den größten Anteil an Pflege- und Wohnplätzen aufwies, gefolgt von Oberösterreich und Niederösterreich mit 11.660 und 10.800 Betreuungsplätzen. Im Vergleich dazu wies das Burgenland nur 1.500 Versorgungsplätze auf, was sich durch die fehlende Akzeptanz von Seiten der Bevölkerung und der regionalen Struktur erklären lässt. Dieses Bild zeigt sich auch in der fehlenden Auslastung von Langzeitpflegeplätzen: im Jahre 2002 blieben 120 Plätze, im Jahr 2003 72 Plätze unbesetzt.

Diesem Angebot an Pflege- und Wohnplätzen standen zu dieser Zeit in Österreich insgesamt 21.254 Vollzeitbeschäftigte im Pflegebereich zur Verfügung, welche die Berufsgruppen der diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Alten-/PflegehelferInnen, AltenfachbetreuerInnen sowie das Personal der gehobenen medizinischen-technischen Dienste inkludierte.¹⁹⁸ In Bezug auf Alten- und Pflegeheime entsteht die Strukturqualität durch die Qualifikation und Anzahl der Betreuungspersonen. Besonders im Bereich der teilstationären Dienste muss das Angebot mit professionell ausgebildetem Pflegepersonal ausgestattet sein, da hilfe- und pflegebedürftige Menschen (ab Pflegestufe 3) in diesem Umfeld der Betreuung bedürfen. Das Personal wird mit immer mehr älteren, hochbetagten Menschen konfrontiert, welche häufig an psychischen Erkrankungen, wie beispielsweise Demenz, leiden. Der ständige Umgang mit diesen Menschen erfordert daher ein hohes Maß an Qualifikation von Seiten der Betreuungspersonen.¹⁹⁹

In Abbildung 11 wird ersichtlich, zu welchen Teilen das Pflege- und Betreuungspersonal (exklusive MTD) abhängig von deren Qualifikation in Alten- und Pflegeheimen in den Bundesländern (exklusive Niederösterreich) zum Einsatz kommt.

¹⁹⁸ vgl. Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 34f.; Hofmacher – Rack 2006, S. 154

¹⁹⁹ vgl. Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 37

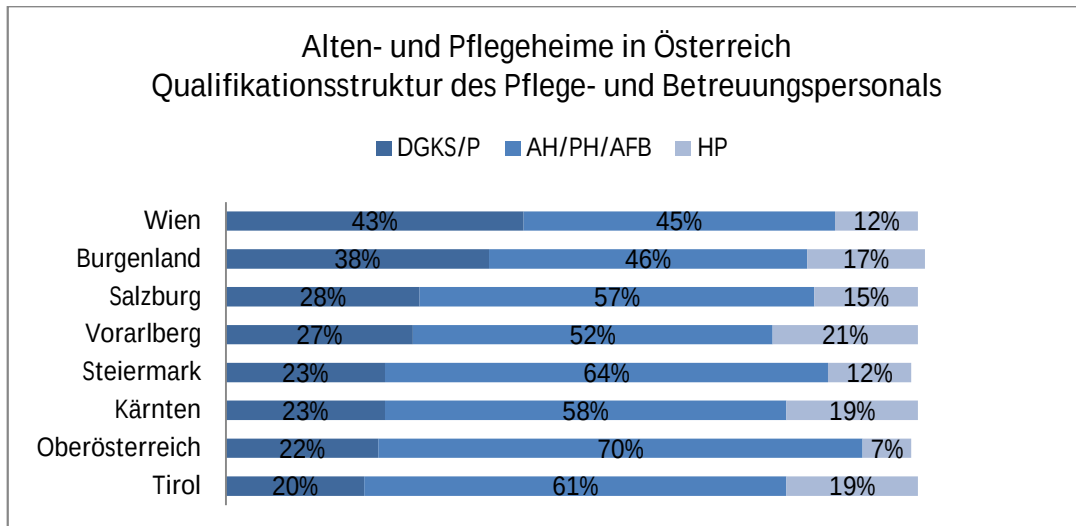


Abbildung 11: Alten- und Pflegeheime in Österreich – Qualifikationsstruktur des Pflege- und Betreuungspersonals²⁰⁰, eigene Darstellung

So wird anhand der Abbildung ersichtlich, dass das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal nur einen sehr geringen Anteil in der Versorgungsstruktur von Alten- und Pflegeheimen einnimmt. *Wien* und das *Burgenland* stehen mit dem größten Anteil an *diplombiertem Personal*, mit 43 Prozent bzw. 38 Prozent, an erster Stelle. In den Bundesländern *Salzburg* und *Vorarlberg* arbeiten nur fast 30 Prozent dieser Berufsgruppen in Alten- und Pflegeheimen und in der *Steiermark*, *Kärnten* und *Oberösterreich* sogar *weniger als ein Viertel*. *Tirol* beschäftigt nur zu 20 Prozent diplomierte Pflegepersonen im Alten- und Pflegebereich. Zusammengefasst ergibt sich ein Durchschnitt von nur 28 Prozent. Im Vergleich dazu nehmen Alten- und PflegehelferInnen sowie AltenfachbetreuerInnen einen signifikant höheren Prozentsatz in der Betreuung ein: im Durchschnitt liegt dieser bei etwa 57 Prozent, somit um mehr als das Doppelte höher als bei der Gruppe der diplomierten Pflegepersonen.

Daraus ergibt sich der Schluss, dass nicht nur im Hinblick auf das stationäre Angebot, sondern auch in Bezug auf die Qualifikationsstrukturen des Personals in Österreich erhebliche Unterschiede zwischen den Bundesländern zu verzeichnen sind. Um eine effiziente Versorgungsstruktur bieten zu können, bedarf es sowohl eines ausreichenden Angebots an Heimplätzen als auch an professionellem, qualifiziertem Personal. Somit ist es für Bund und Länder zielführend, ein „qualitäts- und bedarfsgerechtes Angebot bundesweit nach gleichen Zielsetzungen und Grundsätzen zu regeln“²⁰¹, um eine einheitliche, flächendeckende Versorgungsstruktur schaffen zu können.

²⁰⁰ Quelle: Schaffenberger – Pochobradsky 2004, S. 40

²⁰¹ ebenda S. 41

III. EMPIRISCHER TEIL

5 FORSCHUNGSDESIGN

Obgleich sich in den vergangenen Jahrzehnten eine Reihe von Forschungsarbeiten unter multidisziplinären Aspekten mit der älteren Generation, mit dem älteren Menschen befasst haben, so stehen diesen Arbeiten dennoch Bereiche gegenüber, welche bislang nur wenig Interesse erhalten hat, jedoch Bereiche wären, die mit Blick auf die aktuelle demographische Entwicklung Erkenntnisse benötigten. Ebenso sind Schilling & Wahl (2002) der Meinung, dass sich bislang nur wenig empirische Arbeiten mit dem Thema des „Alterns auf dem Lande“ beschäftigt haben, wohingegen das „Hinein-Altern in die Fläche“ ein immer präsenteres Thema wird. Mit dieser empirischen Untersuchung soll eine weitere Lücke in diesem Forschungsfeld geschlossen werden.

Das zentrale Thema dieser Erhebung bilden folgende Forschungsfragen:

1. Wie erleben alleinlebende ältere Menschen ab 75 Jahren ihren Alltag in der ländlichen Gemeinde St. Martin an der Raab?
2. Welche Rolle nimmt das soziale Netzwerk im Alltag bei alleinlebenden älteren Menschen ab 75 Jahren im ländlichen Raum ein?
3. Welche Wünsche und Bedürfnisse haben alleinlebende ältere Menschen ab 75 Jahren im ländlichen Raum?

5.1 DATENERHEBUNG

Die Forscherin hat entschieden, sich in dieser Arbeit des qualitativen Forschungsansatzes zu bedienen, und das aus folgendem Grund: „Die qualitative Sozialforschung orientiert sich am Menschen in seiner Ganzheit und seiner subjektiven Realität. Diese Methode eignet sich gut, um die individuellen Situationen der Patienten zu untersuchen.“²⁰²

Das hier ausgewählte Thema „Autonomes Altern im ländlichen Raum unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerks“, welches in der Forschung bislang eher

²⁰² Mayer 2000, S. 28

geringe Aufmerksamkeit erhalten hat, wird hier über eine Darstellung der subjektiven Realität der betroffenen Personengruppe bearbeitet. Die davon betroffenen Menschen sollen die Möglichkeit erhalten, das von ihnen Erlebte zu erzählen. Damit soll jener Einblick in das Leben dieser alten Menschen gewonnen werden, der es möglich macht, aus ihm neue Forschungsansätze zu entwickeln.

Für diese Forschungsarbeit wurde die Form des *halb-standardisierten (semistrukturierten) Interviews* verwendet. Bei dieser Methode, welche face-to-face angewendet wird, ist der Grad der Standardisierung gering gehalten, was bedeutet, dass hinsichtlich der Interviewführung ein vorgegebener Interviewleitfaden zur Anwendung kommt. Dieser soll jedoch lediglich als Hilfestellung dienen. Es werden sowohl die Formulierungen wie die Reihenfolge der Fragen vom Interviewer selbst der jeweiligen Gesprächssituation angepasst. Des Weiteren besteht die Möglichkeit spontan Zwischenfragen wie auch vertiefende Verständnisfragen zu stellen, wobei vor allem offene Fragen zum Einsatz kommen.²⁰³

FORSCHUNGSFELD

Als Forschungsfeld wird die Marktgemeinde Sankt Martin an der Raab aus dem Bezirk Jennersdorf, präsentiert. St. Martin an der Raab ist eine in sieben Ortsteile geteilte Großgemeinde mit 2.083 Einwohnern (Stand: 4.10.2007).

In der folgenden Tabelle sind die sieben Ortsteile mit der Anzahl der EinwohnerInnen dargestellt.

Ortsteile	Einwohnerzahlen
St. Martin an der Raab	560
Neumarkt an der Raab	327
Eisenberg an der Raab	245
Oberdrosen	229
Doiber	252
Gritsch	112
Welten	358
Gemeinde St. Martin an der Raab (gesamt)	2.083

Tabelle 3: Zahl der EinwohnerInnen der Marktgemeinde St. Martin/Raab (Stand: 4.10.2007) – laut Angaben des zuständigen Gemeindeamtes, eigene Darstellung

²⁰³ vgl. Mayer 2002, S. 124f

Laut Statistik Austria (2007) lebten in der Marktgemeinde 50 Frauen und 30 Männer in der Altersgruppe von 75+. ²⁰⁴ Nach Angaben eines zuständigen Gemeindebediensteten leben von diesen 80 Personen ganze 68 BürgerInnen alleine in ihrem Eigenheim.

FORSCHUNGSZUGANG

Anfang März 2008 fand die erste Kontaktaufnahme mit der Gemeinde Sankt Martin an der Raab, welche das Forschungsfeld für diese empirische Arbeit darstellt, statt. Dabei informierte die Verfasserin den Bürgermeister und einige Gemeindebedienstete über ihr Vorhaben. Nach Darlegung der geplanten Forschungsarbeit wurde von Seiten der Gemeinde wohl Interesse gezeigt, doch blieben ihr aufgrund der Bestimmungen der Datenschutzkommission die Hände gebunden. Es konnten die für die Forschung benötigten BürgerInnendaten nicht ausgehändigt werden. Daraufhin wurde ein Antrag an die österreichische Datenschutzkommission nach §47 DSG 2000 gestellt, in welchem folgende Punkte dargelegt werden mussten:

- weshalb die Zurverfügungstellung von Adressdaten sämtlicher im Gemeindegebiet St. Martin an der Raab lebender BürgerInnen für den Zweck der Arbeit erforderlich ist;
- weshalb die Einholung der Zustimmung der Betroffenen mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden ist;
- Nachweis der fachlichen Eignung (z. B. durch Vorlage einer Bestätigung des Diplomarbeitsbetreuers);
- Nachweis über die Bereitschaft der Gemeinde St. Martin an der Raab, diese Daten zur Verfügung zu stellen;
- Darstellung der Form, mit der beabsichtigt wird, an die InterviewpartnerInnen heranzutreten (z. B. durch vorausgehende schriftliche Einladung zur freiwilligen Teilnahme an einem Interview).

Alle erforderlichen Papiere wurden unverzüglich an die Datenschutzkommission weitergeleitet. Erst am 31. Juli 2008 erhielt die Verfasserin von Seiten der Datenschutzkommission die Zusage, die angeforderten Daten einsehen und verwenden zu dürfen. Aufgrund des langen Zeitraumes bis zur Antragsbewilligung (März – Juli 2008) hatte sie sich in der Zwischenzeit dazu entschlossen, einen anderen Zugang für

²⁰⁴ Stichtag: 01.01.1930

die angestrebten Forschungen zu versuchen. Mittels Schneeballverfahrens wurde begonnen, InterviewpartnerInnen zu eruieren.

Es handelt sich hier um eine eher kleine und generell schwer auffindbare Personengruppe. Gerade in diesem Bereich hat sich diese Methode bislang gut bewährt. Laut Häder²⁰⁵ setzt dieses Verfahren ein Netzwerk innerhalb der behandelten Personengruppe bzw. Bekanntschaften untereinander voraus. Es kann so angenommen werden, dass ein Teilnehmer ein Teil einer größeren Grundgesamtheit ist, was bedeutet, dass dieser Teilnehmer, wenn er die Forschungsunterlagen ausfüllt bzw., wie im Fall dieser Arbeit, als InterviewpartnerIn agiert, auch einen Zugang (Vermittlung) zu weiteren möglichen TeilnehmerInnen eröffnet. Diese andere Form des Zugangs bringt es mit sich, dass die betreffende Person der Forscherin weitere Teilnehmer vermitteln kann. In diesem Fall würde die rekrutierte Person Kontakt mit möglichen weiteren Probanden aufnehmen.

Mittels Schneeballverfahrens wurden also Personen gesucht, die folgende Einschlusskriterien zu erfüllen hatten:

- Bürger bzw. Bürgerin der Marktgemeinde St. Martin an der Raab (geb. bis 1930);
- lebt seit mindestens einem Jahr alleine in einem Haus in der Marktgemeinde St. Martin an der Raab;
- bedient sich der deutschen Sprache in Wort und Schrift.

Fünf weibliche Personen und eine männliche haben sich nach einem ausführlichen Informationsgespräch, welches mit den möglichen Kandidaten im Vorfeld geführt wurde, bereit erklärt, an der Forschungsarbeit teilzunehmen. Im Rahmen dieses Gesprächs wurden die Teilnehmer auch über die Motivation und das Ziel dieser Arbeit aufgeklärt sowie über Anonymität und den Verlauf der Interviewführung informiert. Des Weiteren bekamen alle InterviewpartnerInnen ein Informationsblatt (vgl. Anhang), auf welchem alle wichtigen Informationen nochmals protokolliert waren. Damit erhielten sie auch die Möglichkeit, bei Unklarheiten mit der Verfasserin Kontakt aufnehmen zu können. Die InterviewpartnerInnen sollten Zeit und Ort des Gespräches

²⁰⁵ vgl. Häder 2006, S. 172f

selbst wählen. Dabei entschieden sich alle TeilnehmerInnen dafür, sofort im Anschluss an das Erstgespräch in der eigenen Wohnung auch das Interview durchzuführen.

Die Aufnahme der Interviews erfolgte mithilfe eines Diktiergerätes, welches während der gesamten Interviewführung eingeschaltet blieb. Die Gespräche selbst wurden mithilfe eines offenen Interviewleitfadens geführt, welcher sich ebenfalls im Anhang dieser Arbeit befindet.

5.2 DATENAUSWERTUNG

Um die durchgeführten Interviews auszuwerten, wurde die Methode der *qualitativen Interviews* nach Mayring gewählt. Diese Art der Auswertung ist induktiv geprägt. Ausgehend von dem bestehenden Material und den gewählten Forschungsfragen werden Kategorien gebildet. Hinsichtlich der Datenanalyse soll laut Mayring folgendermaßen vorgegangen werden:²⁰⁶

- 1. Schritt:** Am Transskript werden inhaltstragende Teile unterstrichen.
- 2. Schritt:** Paraphrasierung: Die Aussagen werden ohne ausschmückende wiederholende Passagen einzeln notiert.
- 3. Schritt:** Generalisierung: Verallgemeinerung der persönlichen Aussagen
- 4. Schritt:** Reduktion durch Selektion und Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen; inhaltsgleiche Generalisierungen werden gestrichen, sich aufeinander beziehende Paraphrasen zusammengefasst. Es werden Überbegriffe gesucht.
- 5. Schritt:** Reduktion durch Bündelung und Konstruktion durch Integration von Paraphrasen. Überbegriffe und Kategorien aller Interviews werden zusammengeführt und evtl. nochmals auf ein allgemeineres Niveau gebracht. Doppeltes wird zusammengefasst.
- 6. Schritt:** Zusammenstellung der Aussagen in einem Kategoriensystem. Anhand der generalisierten Aussagen aller Interviews werden knappe, allgemeine Kategorien gebildet.

²⁰⁶ vgl. Mayring 1996; 1993, zitiert in: Mayer 2002, S. 170f

Die Inhaltsanalyse soll laut Mayring folgende Punkte erfüllen:²⁰⁷

- *Kommunikation* analysieren;
- *fixierte* Kommunikation analysieren;
- dabei *systematisch* vorgehen;
- das heißt *regelgeleitet* vorgehen;
- das heißt auch *theoriegeleitet* vorgehen;
- mit dem Ziel, Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen.

DARSTELLUNG DER TRANSSKRIPTE

Im Hinblick auf die Transkription wurden folgende Regeln verwendet:

- Dialektsprache wurde zum größten Teil ins Hochdeutsche verbalisiert. Ausdruckstarke Aussagen bzw. Aussagen, für die kein passendes Äquivalent gefunden wurde, blieben in Dialektsprache erhalten.
- Punkte in Klammern stellten unverständliche Passagen dar: (...)
- Drei Punkte wurden zur Angabe von Gesprächspausen verwendet: ...
- Unterstreichungen heben Passagen bzw. Wörter hervor: _____
- Auftretende Gestik, Lachen und Unterbrechungen wurden in Klammern festgehalten und kursiv gesetzt: z. B. (*lacht*)
- Eine Zeilennummerierung wurde linksbündig vorgenommen.²⁰⁸

Um auch einen graphisch aufbereiteten Überblick hinsichtlich der Auswertung zu geben, wurde mit den gewonnenen Kategorien ein Diagramm (Abb. 12) erstellt, das die verschiedenen Bereiche der Ausarbeitung darstellt. Dafür wurden wichtige Teilbereiche aus den Interviews sowie die drei Forschungsfragen herangezogen.

²⁰⁷ Mayring 2008, S. 13

²⁰⁸ vgl. Mayring 2003, S. 50f – zitiert in Breyll 2009, S. 71

6 ERGEBNISSE

Im folgenden Kapitel werden die geführten Interviews nach Schwerpunkten dargestellt und interpretiert. Um einen Überblick über die erworbenen Daten zu erhalten, werden in Abb. 12 die eruierten Über- sowie Unterkategorien bildlich repräsentiert, welche im Anschluss mit ihren Inhalten beschrieben werden. Zudem folgt eine kurze Personenbeschreibung der einzelnen InterviewpartnerInnen.

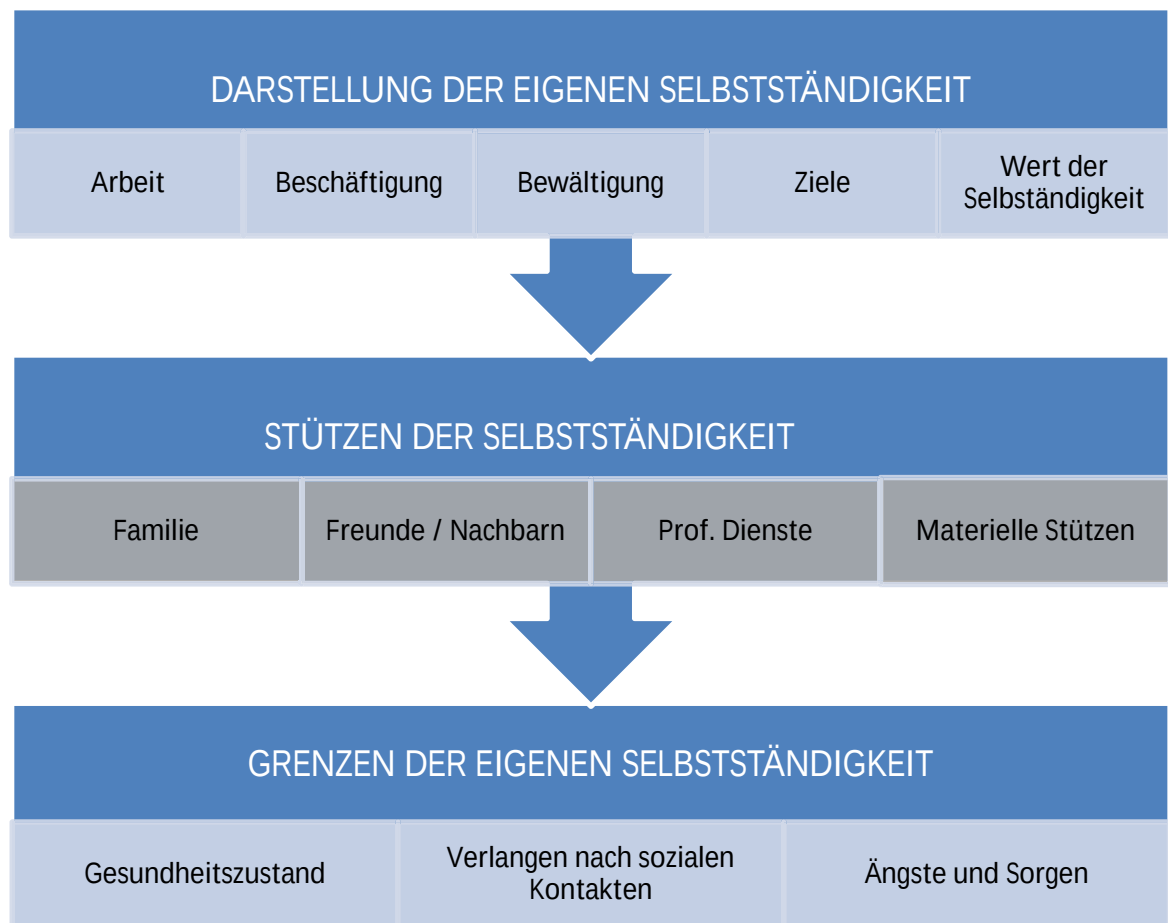


Abbildung 12: Hauptkategorien & Unterkategorien der empirischen Arbeit, eigene Darstellung

DARSTELLUNG DER EIGENEN SELBSTSTÄNDIGKEIT

Alle InterviewpartnerInnen haben in den Gesprächen sowohl die subjektiven Ressourcen wie auch jene aus dem sozialen Umfeld beschrieben. In der Kategorie „Darstellung der eigenen Selbstständigkeit“ werden jene Bereiche dargestellt, welche die selbstständige Lebensführung unterstreichen. Die Unterkategorie *Arbeit* zeigt jene Kompetenzen auf, welche eine autonome Lebensführung im Privathaushalt sowie im sozialen Umfeld möglich machen. Die Unterkategorie *Beschäftigung* stellt

Alltagstätigkeiten in den Fordergrund, welche das Leben lebenswerter gestalten. Die Subkategorie der *Bewältigung* beschäftigt sich mit Altersveränderungen sowie Krankheiten und dem Einfluss, den sie auf die Lebensführung nehmen können. Es wird dargestellt, wie die Interviewten gesundheitliche Einschränkungen bewältigen, mitunter auch, wie sie auf ihre eigene Art und Weise versuchen, mit diesen umzugehen.

Auch im hohen Alter setzen sich die InterviewpartnerInnen erreichbare *Ziele*. Es werden wichtige Aspekte aus dem Alltag der Interviewten erläutert, die notwendig sind, damit sie weiterhin ein unabhängiges Leben führen können.

Die letzte Unterkategorie in diesem Abschnitt beschreibt den *Wert der eigenen Selbstständigkeit*. Darin werden jene Bereiche angesprochen, die ganz wesentlich den Wert einer autarken Lebensführung repräsentieren.

STÜTZEN DER SELBSTSTÄNDIGKEIT

Anhand dieser Kategorie wird die Rolle des sozialen Umfeldes bzw. des sozialen Netzwerkes erläutert, welches sich primär aus der *Familie* zusammensetzt. Aber auch *Freunde und Nachbarn* nehmen Einfluss auf den Erhalt der Selbstständigkeit bzw. schützen vor sozialer Isolation. Auch *professionelle Dienste* werden erwähnt, jedoch in einem sehr geringen Ausmaß. Verschiedene Tätigkeitsfelder sowie Beziehungsverhältnisse stehen im Zentrum dieser Hauptkategorie.

Zudem wurden in den Interviews immer wieder *materielle Stützen* bzw. Hilfsmittel erwähnt, die einen positiven Einfluss auf das Leben der InterviewpartnerInnen nehmen können.

GRENZEN DER EIGENEN SELBSTSTÄNDIGKEIT

An letzter Position stehen die *Grenzen der eigenen Selbstständigkeit*. Diese Hauptkategorie hat viel mit Grenzen zu tun, die die Interviewten täglich begleiten – wie aus den Interviews ersichtlich wird. Es wird ein Einblick in den *Gesundheitszustand* der Interviewten gegeben. Im weiteren Verlauf werden *Ängste und Sorgen* und das *Verlangen nach sozialen Kontakten* dargestellt.

Diese drei erwähnten Hauptkategorien mit ihren dazugehörigen Unterkategorien werden in den folgenden Kapiteln näher dargestellt. Zusätzlich ist zu erwähnen, dass sich diese Unterkategorien ihrerseits aus weiteren Teilkategorien zusammensetzen.

Die daraus resultierenden Kategorien nehmen im Leben aller Interviewten eine unterschiedliche Rolle ein. Ihre Bedeutung für die Betroffenen kann sich je nach Situation ändern. Des Weiteren sind die Prioritäten jedes Individuums anders zu beurteilen.

Bevor nun die Ergebnisse präsentiert werden, werden die sechs InterviewpartnerInnen in Form von sie charakterisierenden Zitaten vorgestellt.

BESCHREIBUNG DER TEILNEHMERINNEN

Herr B., ein 86-jähriger Herr, fährt noch selbst mit seinem PKW und ist Mitglied mehrerer Vereine, wodurch er ständig an Ausflügen teilnimmt. Er wohnt alleine auf einem Bauernhof, den er früher mit seiner Frau bewirtschaftet hat, und die bereits vor mehreren Jahren verstorben ist. Nun führt er den Haushalt größtenteils selbstständig. Seinen Erklärungen zufolge wird er nur bei einzelnen Hausarbeiten, wie beispielsweise bei der Fensterreinigung, von einer Nachbarin unterstützt, die ihm zumeist auch das Mittagessen zubereitet und bringt. Diese Nachbarin ist in seinem Leben eine Art *Familienangehörige* geworden. Weitere Kontakte pflegt Herr B. zu Vereinsmitgliedern. Sie stehen im Mittelpunkt seines sozialen Umfeldes.

Frau M., eine 1930 geborene Frau, marschiert Jahr für Jahr an naturbelassene Plätze, die weit ab vom Verkehr liegen und an denen Holunder wächst, um diesen zu pflücken und daraus einen köstlichen Holunderblütensaft herzustellen.

„...Holundersaft, den habe ich selber gemacht, den habe ich jetzt vor einer Woche gemacht. Über 100 Blüten sind da drinnen. Die Blüten bin ich suchen gegangen, so weit, dass die Spritzerei nicht dazu kommt. Da draußen wären eh genug gewesen, aber wo die bauen [...] auf der Nachbarin ihren Acker, da wird so viel gespritzt. Die spritzen ja voll, die nehme ich nicht.“ (IP I: Z. 267–273)

Nach einem Unfall, den sie mit ihrem Fahrrad hatte, und der Errichtung eines neuen Kreisverkehrs in der Gemeinde ist ihre Euphorie für das Radfahren gesunken. Dennoch möchte sie gemeinsam mit einer Freundin und trotz ihres Alters das Radfahren erneut versuchen – angstfrei, so wie früher. Sie wohnt einige Kilometer fernab vom nächsten Dorf, und möchte aus diesem Grund, um auch wieder mehr Kontakte zu anderen haben

zu können, wieder auf das Fahrrad steigen. Sie war verheiratet, führte jedoch ein kinderloses Eheleben. Ihr Ehemann ist im Jahre 2003 nach schwerer Krankheit verstorben. Nun nimmt sie von ihrer Nichte, die nur einige Minuten entfernt von ihr wohnt, sowie von einem alten Freund und den Nachbarn Unterstützung an.

Frau B., 89 Jahre, versucht Haushalt und Garten so gut als möglich alleine zu pflegen. Sie benötigt für manche Arbeiten im inner- und außerhäuslichen Bereich Hilfe. Sie kocht an Werktagen täglich für ihren Sohn das Mittagessen. Mit dieser Tätigkeit entlastet sie Sohn und Schwiegertochter, damit diese ihrem Beruf nachgehen können. Als Gegenleistung erhält sie täglich – bis zu dreimal – Besuch von ihrem Sohn, der sich um ihr Wohlbefinden sorgt.

Frau R., 84 Jahre, ist in eine bäuerliche Familie geboren worden und wohnt nicht weit von ihrem Geburtshaus entfernt. Sie spricht häufig über das Arbeiten und darüber, wie gerne sie arbeiten würde, am liebsten draußen an der frischen Luft. *Arbeit* ist eine Tätigkeit, die ihr ganzes Leben geprägt hat.

„...ich habe mir schon immer gedacht, wenn ich nicht mehr arbeiten mag, dann mag ich auch nicht mehr leben ...“ (IP II, Z. 254–256)

Zur Zeit der Interviewführung musste sie mit Krücken gehen, da sie eine Operation am Knie aufgrund von erheblichen Abnützungen gerade hinter sich gebracht hatte. Dennoch versucht sie, den Alltag so selbstständig als möglich zu gestalten. Hilfe erhält sie von ihrer Tochter, die die eher schweren Arbeiten im und ums Haus übernimmt.

Als eine Art Missionarin ist **Frau S.** schon seit Jahren in den ehemaligen Ostblock-Ländern tätig. Die 77-jährige Frau sammelt heute noch Geld, Kleidung, Kuscheltiere und vieles mehr. Sie ersucht um Spenden für Kriegshinterbliebene sowie für sozial Benachteiligte in der Region und lagert die Gegenstände der Sammlungen in ihrem Keller zwischen. Mit dem Ausdruck *fit wie ein Turnschuh* ist diese Dame gut zu beschreiben: sie fährt mit dem Fahrrad, mit dem PKW, kümmert sich um karitative Angelegenheiten und organisiert Ausflüge und Treffen.

Von Seiten der Familie, sie hat zwei verheiratete Söhne, kommt die Bitte, sie möge Tätigkeiten wie das Fensterputzen oder das Rasenmähen ihnen überlassen, was Fr. S. mittlerweile partiell auch annimmt.

Frau L., 75 Jahre, ist gezeichnet von ihren zahlreichen Erkrankungen. Sie ist sehr bemüht, ihre Autonomie so gut als möglich aufrechtzuerhalten. Sie wohnt in einem Haus mit Obergeschoss und Garten. Ihre Töchter haben sich in Wien angesiedelt. Eine kommt alle zwei Wochen vorbei, um nach dem Rechten zu sehen. Außerdem wird sie von einem Cousin und einer Nachbarin unterstützt.

Die einzelnen Charaktere unterscheiden sich sehr in ihren Lebensstilen, dennoch teilen sie die Tatsache, dass sie die meiste Zeit auf sich selbst gestellt sind, wie sich in Folge zeigen wird.

6.1 DARSTELLUNG DER EIGENEN SELBSTSTÄNDIGKEIT

Aus zahlreichen Passagen der Interviews geht hervor, dass der Großteil der täglichen Aktivitäten noch selbstständig ausgeführt bzw. zumindest versucht wird, vieles selbst zu bewerkstelligen. Für die Interviewten stellt die Tatsache, noch autark leben zu können, eine wichtige Ressource dar, die in der Bewältigung jedes einzelnen Tages als Stütze dient.

„Ich mache alles selber.“ (IP VI: Z. 128)

„...ich brauch ja noch keinen.“ (IP I: Z. 34)

„Ich glaube, das geht eh alles, bis aufs Rasenmähen und Radfahren...“ (IP II: Z. 159/160)

Die Befragten sind stolz darauf, noch autonom leben zu können; stolz darauf, dass sie *noch keinen* brauchen, wie es in einer Aussage heißt. Sie zeigen einen starken Willen, ihre Ressourcen zu erhalten, wenngleich dies oft mit körperlicher Anstrengung einhergeht, wie das in der folgenden Passage eines Interviews gut zum Ausdruck kommt:

„Aber bis jetzt habe ich noch immer alles selber gemacht. Aber die Hände tun mir dann auch immer schön weh.“ (IP I: Z. 17–19)

Aufgaben autonom zu bewerkstelligen stärkt das Selbstbewusstsein und motiviert dazu, die eigenen Fähigkeiten weiter zu fördern und sich Neues anzueignen. Oft werden die eigenen Grenzen – auch sehr zum Erstaunen der Interviewten – überschritten. So kann eine Interviewte es nicht fassen, was sie mit ihren eigenen Händen noch alles zu bewerkstelligen vermag:

„Auch jetzt lerne ich noch verschiedene Dinge. Gar nicht lange her ist es, da habe ich für H. (Anm.: Sohn) eine Tennishose mit einem Schlitz und Säckel gemacht. Hat mich selbst gewundert. Hätte nicht geglaubt, dass ich das gemacht habe ...“ (IP IV: Z. 592–594)

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass die Interviewten sehr engagiert sind, wenn es darum geht, ihre Selbstständigkeit weiter aufrechtzuerhalten. So wurden der Verfasserin immer wieder selbstgebackenes Gebäck, Snacks bzw. Getränke angeboten, die die Senioren meist aus einem Vorratsraum holen mussten. Eine Dame begab sich sogar während des Gesprächs in den Keller, um einige Fotos zu suchen, die sie vorzeigen wollte.

Erhalten gebliebene Kompetenzen machen diese Menschen stolz; stolz darauf, dass sie sich zum größten Teil noch selbstständig versorgen können. In jenen Bereichen, in denen sie im Alltag Unterstützung benötigen, erhalten sie diese auch von Seiten der Familie, aber auch von Freunden und Nachbarn, worauf in Kapitel 6.2 näher eingegangen wird.

Hinsichtlich des Unterstützungsangebotes wird von den Befragten mehrmals erwähnt, dass sie niemanden belasten möchten, da ohnehin jeder seine eigene Familie zu versorgen hätte und sie selbst nur eine Last für andere sein würden.

„...ich möchte keinen belästigen, wenn es nicht unbedingt sein muss.“ (IP V: Z. 631/632)

Fakt ist, der Autonomieerhalt ist unabdingbar und von größter Wichtigkeit, wenngleich Unterstützung von Dritten in manchen Situationen gegeben werden muss.

6.1.1 ARBEIT

Laut Stanjek (1998) versteht man unter Arbeit die „bewusste, zielgerichtete, körperliche oder geistige Tätigkeit einer Gesellschaft und ihrer Mitglieder zur Daseinsvorsorge. Sie bringt materielle oder immaterielle Produkte hervor, die zur Sicherung der Existenz nötig sind“.²⁰⁹ Arbeit ist als etwas Existentielles anzusehen. Man braucht sie, um in der Gesellschaft überleben und als alleinlebender Mensch die Grundbedürfnisse abdecken zu können.

Alle InterviewpartnerInnen sprechen davon, schon viel in ihrem Leben gearbeitet zu haben und auch gegenwärtig von Arbeit begleitet zu werden. Eine der Interviewten erzählt aus ihrer Kindheit und davon, wie sie damals das Arbeiten empfand:

„Also unsere Jugend war lustig, nicht hart. Mein Bruder und ich haben uns um die schwere Arbeit gestritten, um die schwere Arbeit [...] es war wirklich lustig. Wir haben die Arbeit nicht für so schlimm gefunden...“ (IP IV: Z. 492–502)

Das Thema Arbeit nimmt einen wichtigen Stellenwert im Alltag ein, wenngleich die Interviewten bereits vor Jahren aus dem Berufsleben ausgeschieden sind. Nicht zu übersehen ist, dass sich das Forschungsfeld auf dem Land befindet, wo das Eigenheim bzw. die umliegenden Felder auch das Arbeitsumfeld bilden.

SUCHE NACH EINER ARBEIT

Im Leben der InterviewpartnerInnen ist zumeist ein strukturierter Tagesablauf erkennbar, der die Bereiche „Aufstehen, Holz holen und Einheizen, Frühstück und Körperpflege sowie Kochen und Essenszeiten“ umfasst.

Gleich zu Beginn einiger Interviews stand die „Suche nach einer Arbeit“ am Tagesplan. Dies ist wohl darauf zurückzuführen, dass die InterviewpartnerInnen auf dem Land aufgewachsen sind und die meiste Zeit, manche sogar ihr ganzes Leben, im ländlichen Raum verbracht haben. Sie sind (durch die Interviews nicht direkt erhoben) in einer

²⁰⁹ Stanjek 1998, S. 172

Arbeiter- oder Bauernfamilie aufgewachsen und haben schon sehr früh in der Familie mitarbeiten müssen.

„Da stehe ich halt in der Früh auf, dann gehe ich mich ein bisschen waschen. Dann gehe ich mein Essen richten, mein Frühstück richten, und dann suche ich mir eine Arbeit [...] Am liebsten würde ich halt arbeiten gehen, draußen am Feld arbeiten ...“ (IP II: Z. 3–11)

Diese Interviewpartnerin empfindet Arbeit als etwas sehr Bedeutsames, zumal sie sich selbst als *Arbeitsmensch* beschreibt. Wenn sie nicht mehr arbeiten kann, dann fühlt sie sich „mehr krank als gesund“. Eine Arbeit durchführen zu können ist hier primär vom Gesundheitszustand abhängig. Aufgrund einer Operation am Bein war es dieser Frau zur Zeit der Interviewführung nicht möglich, außerhäusliche Tätigkeiten ohne fremde Hilfe zu bewerkstelligen.

„Wenn ich halt nicht arbeiten kann, dann bin ich halt mehr krank als gesund. So ist das bei mir. Ich bin schon immer ein Arbeitsmensch gewesen und jetzt auf einmal kann ich nicht mehr und mir kommt vor, das macht mich ganz nervös, das macht mich ganz fertig.“ (IP II: Z. 42–47)

Die Tatsache, nicht mehr die gleichen Arbeiten wie früher vollbringen zu können, belastet die Befragte zutiefst. Im weiteren Verlauf des Interviews wurde sie danach gefragt, was wohl passieren würde, wenn sie den Haushalt nicht mehr selbstständig führen könnte:

„Ich habe mir schon immer gedacht, wenn ich nicht mehr arbeiten mag, dann mag ich auch nicht mehr leben ...“ (IP II: Z. 254–256)

Diese Worte beschreiben, welchen Stellenwert, welchen Lebenssinn das Thema Arbeit für diese Befragte hat. Der Erhalt der Autarkie ist für sie unabdingbar. Sie empfindet es als eine psychische Belastung, den Alltag ohne Arbeit leben zu müssen.

„EIN BISSCHEN, EIN WENIG, GEHT NOCH“

Bemerkenswert ist, dass sich die Betätigungen in den vergangenen Jahren bei jedem einzelnen von ihnen in irgendeiner Hinsicht geändert haben, zum Beispiel, dass oftmals durch physische oder psychische Veränderungen bestimmte Tätigkeiten nicht mehr in der Form durchgeführt werden konnten wie früher. Die Unterkategorie *ein bisschen, ein wenig, geht noch* soll diese Umstände reflektieren.

„In der Früh stehe ich halt auf, mache ich mir etwas zu essen, koche, gehe spazieren. Viel arbeite ich nicht mehr, ein bisschen, viel nicht mehr, ein bisschen Holz schneiden, ein bisschen Rasen mähen...“ (IP VI: Z. 10)

Herr B. hat früher seinen Bauernhof mit umliegenden Feldern bewirtschaftet. Seit vielen Jahren liegt dieses Anwesen brach. Zur damaligen Zeit musste er nachmittags mit dem Traktor den Acker pflügen oder die Ernte einbringen. Nun führt er ein ruhiges Leben, das mit keinen anstrengenden Verpflichtungen oder mit der Sorge, ob Regen nahen könnte, verbunden ist. Er steckt mit steigendem Alter zurück, und führt nur mehr jene Arbeiten durch, die er machen muss und noch machen kann.

Auch die folgende Interviewpartnerin überwindet sich und nimmt alle Tätigkeiten in Angriff, die noch *ein bisschen* gehen. Für sie ist es wohl auch eine Form der Selbstbestätigung, wenn alles sauber ist und alles seine Ordnung hat.

„...ich werde dann noch hinausgehen und die Holzhütte ein bisschen zusammenräumen und zusammenkehren, putzen ein bisschen ...“ (IP II: Z. 415/416)

Frau B. war mit ihren 89 Jahren die älteste Interviewpartnerin. Und obwohl sie im Alltag einen Gehstock benötigt, kocht sie unter der Woche täglich für ihren Sohn das Mittagessen:

„...dann fange ich halt ein wenig an für mich und für meinen Sohn zu kochen. Zu Mittag kommt er dann Essen und so läuft das halt... Nach dem Mittagessen lege ich mich dann hin und da liege ich halt dann eine Weile ... Und dann werke ich halt herum. Einen Garten habe ich. Dann arbeite ich halt im Garten, aber

sonst nichts. Nur noch ein bisschen Holz für den nächsten Tag in der Früh richten zum Einheizen und zum Reintragen...“ (IP III: Z. 20–26)

Dieses Beispiel belegt auch die Tatsache, dass Personen im hohen Alter nicht nur Empfänger sondern auch Geber sein können.²¹⁰ Eine solche soziale Funktion bringt einerseits, wie oben schon erwähnt, die Selbstbestätigung, dass *es noch geht*, andererseits wird die Beziehung zwischen Mutter und Sohn gestärkt.

Alleine in einem Haushalt zu wohnen bedeutet auch, sich täglich selbst zu überwinden, wie es das letzte Beispiel gezeigt hat.

Alle InterviewpartnerInnen können die alltäglichen Bedürfnisse, wie beispielsweise das Waschen der Kleidung, Holz hineintragen, Ofen anheizen, Zusammenkehren und Kochen zum Großteil ohne die Hilfe von Dritten erledigen, denn *ein bisschen* oder *ein wenig* geht schließlich immer noch.

„ABER IM HAUSHALT MACHE ICH DAS MEISTE SELBER“

Die Unterkategorie „aber im Haushalt mache ich das meiste selber“ wird grundsätzlich von allen Befragten vertreten. Es wird vorrangig erwähnt, dass die Hausarbeit noch ihre eigene Sache ist.

„...dann habe ich den ganzen Haushalt. Der gehört mir vorläufig noch allein...“ (IP IV: Z. 92/92)

„Aber im Haushalt mach ich das meiste selber. Da räum ich halt zusammen, mach die Betten oder wische zusammen, wenn etwas dreckig ist.“ (IP II: Z. 23–25)

„...wenn es soweit ist. Noch brauche ich keinen, es geht noch.“ (IP VI: Z. 183/184)

Meist erst im Anschluss einer verbalisierten Bestätigung, dass noch selbstständig gearbeitet wird, wird die Hilfe aus dem sozialen Umfeld angesprochen:²¹¹

²¹⁰ vgl.. Kap. 6.2

²¹¹ vgl.. Kap. 6.2

„...die alten Zotten, die wasche ich gleich selber aus und die große Wäsche macht ja eh die Schwiegertochter... Aber bügeln tu ich noch selbst.“ (IP III: Z. 115–117)

Im Rahmen gewisser *Handlings* wird Unterstützung benötigt. Dennoch stellen die meisten InterviewpartnerInnen es so dar, dass sie grundsätzlich keiner Hilfeleistungen bedürfen. Dies unterstreicht wiederum, dass der Autonomieerhalt von größtem Wert ist und Hilfe zum Teil nur objektivals solche wahrgenommen wird.

6.1.2 BESCHÄFTIGUNG

Die Unterkategorie *Beschäftigung* nennt jene Faktoren, welche den Alltag lebenswerter gestalten. Damit werden Faktoren assoziiert, die Freizeit in Anspruch nehmen, *Dinge, die Freude bereiten, Besorgungen, die selbstständig durchgeführt werden* sowie Unternehmungen, um *Kontakte aufrechtzuerhalten*.

In diesem Kapitel wird der Tagesablauf der alleinlebenden älteren InterviewpartnerInnen dargestellt und erläutert, unter Berücksichtigung ihrer Unabhängigkeit.

DINGE, DIE FREUDE BEREITEN

In dieser Unterkategorie werden jene Bereiche im Leben der Befragten dargestellt, welche ihnen „Freude bereiten“, durch die ihr Leben aufregender gestaltet wird.

Eine Interviewpartnerin erzählt, dass sie sich jeden Tag während des Frühstücks die Zeit nimmt, die Zeitung durchzublättern. Diese wurde von ihren Kindern abonniert, denn sie selbst würde sich diesen Luxus nicht leisten wollen, aber auch nicht leisten können, da sie, wie sie sagt, nur die Mindestpension erhält.

„Dass ich irgendetwas habe zum Zeitvertreib [...] Da habe ich in der Früh eine Stunde, wenn ich aufstehe. Zuerst tu ich mich eh waschen und so. Und dann die Zeitung. Oft lese ich sie mir durch und sitze eine Stunde schon vor dem Frühstück. Das fasziniert mich halt, das Kreuzworträtsel, und so viele Überfälle und Diebstähle und so. Dann habe ich eh wieder Angst, wenn die alten Leute überfallen werden...“ (IP V: Z. 468–473)

Gegen Ende spricht sie davon, dass sie ein wenig Angst bekommt, wenn sie von Überfällen oder Diebstählen aus der Gegend liest. Diese Vorfälle machen sie nervös, denn schließlich wohnt sie alleine und so etwas kann auch ihr widerfahren (vgl. Kap. 6.3.2).

Anschließend wird meist eine Vormittagsbeschäftigung gesucht, wie beispielsweise das Mittagessen kochen oder andere wichtige Erledigungen. Gewöhnlich wird nach dem Mittagessen eine Ruhephase eingelegt, wobei diese Zeit zum Rasten, Lesen, Fernsehen oder Schlafen verwendet wird, um wieder Kraft und Energie für den weiteren Tag zu tanken. Es handelt sich vorwiegend um Tätigkeiten, die man alleine durchführen kann und die Freude bereiten, schließlich sind die Interviewten die meiste Zeit alleine.

„Wenn etwas Schönes im Fernsehen ist, dann sehe ich fern. Aber oft ist eh nichts Gescheites drinnen. Dann gehe ich halt hinaus, gehe ich Zeitung lesen,... nehme ich eine Zeitung, nehme meine Brille und setze mich hin und lese die Zeitung.“ (IP II: Z.126–130)

Vermutlich sehr einsame Stunden, die sie tagtäglich verbringen. Als die Verfasserin die InterviewpartnerInnen besucht hat, sind sie entweder alleine vor dem Fernseher gesessen oder sind gerade von einem Mittagsschlaf aufgewacht.

„...fernsehen tu ich am meisten...“ (IP V: Z. 107)

Die folgende Interviewpartnerin legt sich nachmittags hin oder geht „ein wenig spazieren“, wobei meist nur kurze Wegstrecken zurückgelegt und kaum Freunde oder Nachbarn besucht werden. Häufig wird nur dann mit anderen Personen ein Gespräch begonnen, wenn diese auch spazieren gehen oder beispielsweise im Garten arbeiten.

„...am Nachmittag gehe ich dann ein wenig spazieren, fernsehen und so... ja faulzen meistens.“ (IP IV: Z: 19–21)

Auch Gedächtnistraining in Form von „Kreuzworträtsel“ oder „Sudoku“ werden von zwei Interviewpartnerinnen gerne ausgeführt. Einerseits ist diese Tätigkeit gut für den Zeitvertreib, andererseits wirkt sie auf die Gedächtnisleistung fördernd.

„...Mein Cousin bringt mir immer Bücher mit. Da sind auch so viele Kreuzworträtsel drinnen. Ich probiere halt was geht [...] ein Training, dass ich nicht ganz verkomme ...“ (IP V: Z. 499–501)

„...Da ist zum Beispiel noch das Sudoku-Rätsel, das muss ich ausfüllen, und wenn ich am Tag nicht Zeit gehabt habe, dann muss ich das am Abend machen. Heute habe ich das zweite nicht geschafft, weißt eh, das ist für Profis und ein ganzer Profi bin ich ja nicht. Aber ich setz mich dann wieder hin und es geht dann. Wenn ich das am Abend mache, dann wird es auch 2 Uhr. Und wenn ich das nicht mache, dann bin ich ganz unruhig, dann kann ich nicht schlafen.“ (IP IV: Z. 104–107)

Auch literarische Themen rücken verstärkt ins Zentrum des Interesses: die Dichter Willi Rudniker und Josef Reichl haben es einer Befragten besonders angetan. Sie lernt Gedichte dieser Autoren, überwiegend Mundartgedichte, auswendig und trägt diese den Leuten bei öffentlichen Veranstaltungen oder privaten Familienfeiern vor. Während des Gesprächs hat diese Interviewpartnerin zwei Gedichte aufgesagt. Dabei konnte man nahezu fühlen, wie die Interviewte aufblühte.

Ein weiteres von ihr beschriebenes Hobby ist die Arbeit mit der Nähmaschine, bei der sie ihrer Kreativität freien Lauf lassen kann. Erst kürzlich hat sie eine Sporthose für ihren Sohn genäht und hätte selbst fast nicht glauben können, dass ihr das so gut gelungen ist.

„Und das ist vielleicht ein Hobby von mir. Ich habe im Keller unten gearbeitet. Da unten steht meine Nähmaschine für die Näharbeiten. Das interessiert mich und das mach ich auch gerne. Die Sprüche und Gedichte, die lerne ich und die kann ich dann halt, und wenn ich das einmal kann,... Dummheit und Blödsinn das bleibt irgendwie.“ (IP IV: Z. 540–543)

Für diese Interviewte ist es gang und gäbe, vor Mitternacht oft nicht ins Bett zu kommen. Neben all diesen Aktivitäten versucht sie momentan die Biographie ihrer Mutter aufzuschreiben, gemeinsam mit ihrer Cousine, die schon seit Jahren als Autorin tätig ist. In Teamarbeit möchten sie das anstrengende, aber auch aufregende Leben ihrer

Mutter niederschreiben und wenn möglich auch publizieren. Sie beschreibt das Arbeitsvorhaben in der folgenden Passage so:

„Die Mutter war damals 45 Jahre und ausgeshaut hat sie wie 70, abgekämpft. Da bin ich gerade beim Zusammenschreiben. Eine Cousine von mir schreibt Bücher...“ (IP IV: Z. 1131–1133)

Die zuletzt erwähnte Interviewpartnerin liebt die Herausforderung. Sie braucht es, gefordert zu werden. Nur so kann sie ihre Selbstständigkeit aufrechterhalten. Sie repräsentiert nach außen hin eine starke Persönlichkeit und ist auch als eine solche zu beschreiben. Sie hat in ihrem Leben vieles durchgemacht: beispielsweise pflegte sie ihren schwerkranken Ehemann sowie die eigene Mutter bis zuletzt.

BESORGUNGEN SELBSTSTÄNDIG DURCHFÜHREN

Stehen auf dem Tagesplan Besorgungen wie Behördengänge, Einkäufe oder Arztbesuche, die eigenständig durchgeführt werden, so werden diese meist vormittags in Angriff genommen, um alle Erledigungen in einem bewerkstelligen zu können und nachhaltig zu agieren.

Nur eine Interviewpartnerin war zur Zeit der Interviewführung per Fahrrad mobil. Diese Fähigkeit wird genutzt, um vielerlei selbstständig zu erledigen. Dazu fährt sie auch mehrere Kilometer, oft bis in die nächstgelegene Stadt.

„...zur Bank, Post und rundherum halt. Und dann kauf ich noch ein wenig ein, so Kleinigkeiten, die ich aufs Rad hinten packen kann, so Leichtigkeiten halt...“ (IP I: Z. 218–221)

Einfach das Fahrrad nehmen zu können und loszufahren ist keine Selbstverständlichkeit. Oft stellen Mobilitätseinschränkungen bzw. Erkrankungen des Bewegungsapparates Barrieren dar, welche die Selbstständigkeit in einem hohen Maße einschränken können. Die angeführte Äußerung der Interviewpartnerin beschreibt, wie gerne sie diese Erledigungen alleine durchführt. Sie ist stolz darauf, unabhängig von anderen diese Tätigkeiten abwickeln zu können.

Diese Ansicht teilen auch zwei weitere InterviewpartnerInnen, welche mit ihren 77 und 86 Jahren noch mit dem privaten PKW unterwegs sind und dadurch in vielen Bereichen

des Lebens ein höheres Maß an Autonomie erleben können als die meisten anderen Interviewten. Dies lässt den Schluss zu, dass in ländlichen Regionen zum Teil weite Wegstrecken zurückzulegen sind, die im hohen Alter mit einem Fahrrad oder zu Fuß oft nicht zu überwinden sind. Das Zurücklegen längerer Strecken ist für den 86-jährigen interviewten Autofahrer hingegen selbstverständlich.

„Einkaufen war ich alleine.“ (IP VI: Z. 30)

DIE FÜHRUNG DES GELDHAUSHALTES

Ein weiterer Aufgabenbereich ist die Führung des Geldhaushaltes. Fünf der InterviewpartnerInnen erledigen ihren Geldhaushalt sowie Bankbesuche und dergleichen noch selbstständig.

„...das mache ich noch selber...“ (IP V: Z. 531)

In einigen Fällen muss jedoch eine Person aus dem Umfeld für die Anfahrt sorgen.

„Wenn ich einen Scheck zum Aufgeben habe, dann gehe ich selber. Dann bringt mich der F. hin. Da gehe ich selber, weil ich nämlich kein Konto habe. Ich muss das ja selber aufgeben ...“ (IP II: Z. 148–151)

„...das mach ich noch selbst. Aber jetzt ist es so, dass der C. über das Internet meine Scheck etc. alles übers Internet macht, denn da zahle ich keinen Erlagschein...“ (IP IV: Z. 600/601)

Finanzielle Unabhängigkeit bedeutet Sicherheit und Selbstständigkeit. Aus der eigenen Brieftasche Geld nehmen zu können und darüber zu verfügen ist wie ein Beleg ihrer Selbstständigkeit. Die angeführten Zitate geben an, dass die Interviewten finanzielle Angelegenheiten noch selbst übernehmen.

An letzter Stelle wird hier eine Interviewpartnerin erwähnt, die es sich zu ihrer Hauptaufgabe gemacht hat, Spendengelder, Kleidungsstücke, Spielsachen u. Ä. für arme, hilfsbedürftige Menschen zu sammeln und diese persönlich dorthin zu bringen, wo sie benötigt werden. Zurzeit des Gesprächs war sie gerade dabei für den nächsten

Ausflug, der nach Rumänien gehen sollte, Spendengelder zu erbitten. Sie selbst gibt jenes Geld, das sie fürs Nähen bekommt.

„...ich habe echt ganz viele, ganz viele Spendengelder. Das ist ja auch fast sowas wie ein Hobby von mir...“ (IP: IV: Z. 604–606)

Um Erledigungen autonom durchführen zu können, ist die körperliche Mobilität wichtigstes Kriterium. Ist diese nicht gegeben, so ist damit eine große Abhängigkeit verbunden und es besteht die Gefahr, *sich gehen zu lassen* oder *sich aufzugeben*.

KONTAKTE AUFRECHT ERHALTEN

Der Kontakt zum sozialen Umfeld spielt eine wichtige Rolle im Leben der Befragten, da sie die meiste Zeit des Tages alleine und in ihren eigenen vier Wänden verbringen. Die Gefahr der Isolation, der Vereinsamung besteht, wenn nicht genügend Kontakt zu Mitmenschen aufgenommen wird. In dieser Unterkategorie werden jene Beziehungen zum sozialen Umfeld dargestellt, die sich im Rahmen von Freizeitbeschäftigungen entwickeln.

Für Freizeitaktivitäten wie Spaziergänge, Besuch bei Freunden und Nachbarn, Kartenspiele usw. wird vor allem der Nachmittag genutzt. Zu dieser Zeit sind die häuslichen Tätigkeiten und andere Besorgungen bereits erledigt und man hat Zeit für solcherlei Aktivitäten. So erhält auch die folgende Interviewpartnerin von ihrer Nichte Besuch: sie unterhalten sich, tauschen Neuigkeiten aus und beschäftigen sich mit einem Kartenspiel.

„Ja gestern in der Früh habe ich gekocht, und dann ist eh die Nichte gekommen und dann haben wir am Nachmittag eine Weile getratscht und dann haben wir Karten gespielt (...) Wir spielen da halt Schnapsen, was sollten wir denn sonst tun, wenn wir uns eh schon alles erzählt haben. So einander Geschichten erzählen tun wir auch nicht und jetzt tun wir halt Schnapsen, damit die Zeit vergeht.“ (IP III: Z. 127–134)

Grundsätzlich ist es für die Interviewten nicht wichtig, was man gemeinsam tut bzw. wie man die Zeit verbringt. Nein, viel wichtiger ist die Tatsache, dass jemand vor Ort ist, der sich Zeit nimmt, damit sie nicht den ganzen Tag alleine verbringen müssen.

Mit fünf der sechs Interviewten wurde nach den Gesprächen noch stundenlang geplaudert, da sich in der nur kurzen Zeit eine gewisse Beziehung zu den älteren Damen aufgebaut hatte. Daran zeigt sich das Bedürfnis nach sozialen Kontakten, das von Seiten der Interviewten stark zu verspüren war. Mehr dazu folgt in Kapitel 6.3.3 *Verlangen nach sozialen Kontakten*.

Einige InterviewpartnerInnen gehen sehr gerne nachmittags spazieren. Eine Dame geht immer wieder mit ihrer Nachbarin, die auch eine ihrer Freundinnen ist, eine kleine Runde oder sie besuchen Bekannte, um soziale Kontakte aufrechtzuerhalten und aktiv zu bleiben.

„Ich und die Frau U. waren heuer im Frühjahr einmal spazieren. Da sind wir da zurückgegangen zu U. und dann hab ich gesagt, gehen wir zum E. hinauf (...) und dann sind wir mit hineingegangen und dann haben sie sich wirklich gefreut (...) zur Kapelle rauf oder so. Das Gehen ist dann halt auch anstrengend.“
(IP I: Z. 306–315)

Auffällig ist, dass generell eher wenig Kontakt zu Außenstehenden gehalten wird: regelmäßige Besuche der Nachbarn sowie gemütliche Gespräche während eines Kaffees kommen eher selten bis nie vor.

Dies ist vermutlich wiederum durch die einzelnen Biographien zu erklären wie auch durch die Tatsache, dass ehemalige Freunde und Nachbarn, mit denen einstmals viel unternommen wurde, bereits verstorben sind oder sich mittlerweile in einem schlechteren Gesundheitszustand befinden.

„Kaffeetrinken und so gibt's nicht. Ich bin sehr gern zur Nachbarin gegangen. Die ist vor einem Jahr gestorben...“ (IP V: Z. 339/340)

Lediglich eine der Gesprächspartnerinnen besucht kontinuierlich einige Freundinnen, um bei denen nach dem Rechten zu sehen und diese durch Fahrtendienste aktiv in die Gemeinde einzubinden.

MITGLIED IN EINEM VEREIN

Eine weitere Möglichkeit, Kontakte zu schließen bzw. sie aufrechtzuerhalten, stellen die ansässigen Vereine dar. Vier der InterviewpartnerInnen sind Mitglieder von Vereinen wie Kameradschaftsbund, Frauenbewegung, Seniorenbund und Zusammenkünften, die die ältere Generation ein wenig aus dem Alltagstrott bringen sollen. Es werden Treffen, Tagesausflüge u. Ä. organisiert, wobei die Mitglieder zum Teil von zu Hause, zum Teil von gewissen Plätzen abgeholt werden, um so wieder einmal etwas zu erleben.

Eine Gesprächspartnerin hat von ihrer Familie die Mitgliedschaft in einem Seniorenverein geschenkt bekommen, damit sie mehr Kontakte zu Gleichaltrigen habe und in diesem Zuge auch mehr unterwegs sein könne. Auch wenn ihr das von Anfang an nicht ganz recht gewesen ist, da sie auch in früheren Zeiten nie Mitglied in einem Verein oder einer anderen Gruppe war, hat sie sich dennoch sehr gut in den Verein eingefügt. Nun hat sie sich an diese Veränderung gewöhnt und ist eigentlich ganz froh, dass sie ständig Kontakte knüpfen kann.

„...sie möchte es halt haben. Sie möchte mir etwas Gutes tun, weil sonst hätte ich eh alles, dass ich halt fortkomme, unter die Leute komme. Ich komme eh unter die Leute... brauche ich nicht so fortzufahren...“ (IP I: Z. 368–371)

Eine weitere Interviewte ist Mitglied in der Frauenbewegung, in der sie zwar nicht mehr aktiv mitarbeitet, jedoch freut sie sich immer wieder, wenn sie auf Treffen oder Veranstaltungen eingeladen wird oder von den Vereinsmitgliedern Besuch bekommt.

„...wenn sie kommen oder mich besuchen oder so halt...“ (IP III: Z. 228)

Zufällig ist während der Interviewführung eine Dame aus dem erwähnten Verein kurz vorbeigekommen, um eine Einladung für eine Veranstaltung abzugeben. Zwar konnte die Interviewpartnerin für die Einladung nicht sofort zusagen, dennoch war sie sehr überrascht, dass an sie gedacht wurde und persönlich eine Einladung erhalten hat.

Eine andere Befragte ist auch Angehörige der Frauenbewegung. Durch diese Mitgliedschaft ist sie einerseits noch stärker in die Gemeinde integriert, andererseits hat sie dadurch einen Ausweis erhalten, mit dem sie vielerorts noch günstiger unterwegs ist. Also auch aus finanzieller Hinsicht kann die Mitgliedschaft in einem Verein von Vorteil sein.

„Ich bin bei der Frauenbewegung, KFB. Sonst bin ich nirgends dabei: ich bin bei keiner Partei, ich bin nirgends sonst dabei (...) Bei der Frau S. zahle ich ein. Das sind die Senioren, die Senioren sind das. Da habe ich einen Ausweis, da fahre ich um einiges billiger, aber sonst bin ich bei keinem Seniorenverein der Parteien...“ (IP IV: Z.560–563)

und

„...im Pfarrgemeinderat war ich auch für Karitatives verantwortlich ...“ (IP IV: Z. 41/41)

Zudem war sie jahrelang im Pfarrgemeinderat für karitative Organisationen zuständig. Seit etwa 3 Jahren arbeitet sie dort jedoch nur mehr freiwillig mit, wobei sie dieser Tätigkeit sehr viel Zeit, Freude und Geduld schenkt. Ihr soziales Engagement, die Liebe zu dieser Arbeit lässt sie aufleben. Und vor allem die Tatsache, dass sie noch etwas für ihre Mitmenschen leisten kann, gibt ihr Mut und Selbstbewusstsein. Sie hält noch Lesungen ab, ist bei Organisationen für die Pfarrkirche beteiligt und hat in Kooperation mit einer Gehilfin Schnittmuster für Erstkommunikionskuten entworfen und selbst geschneidert.

„Ja, da arbeite ich auch mit. Singen tu ich nicht... Singen tu ich schon, aber nicht schön... (lacht) Die Lesungen halte ich auch oft. Sämtliche Dinge, die mit Nähen anfallen, das ist auch meine Arbeit: 27 Erstkommunionkuten habe ich jetzt auch gemacht...“ (IP IV: Z. 575–577)

Der Erhalt von Lob und das Gefühl, von anderen noch gebraucht zu werden, bietet Selbstsicherheit und bestätigt sie, weiterhin auf dem richtigen Weg zu sein.

Ein Interviewpartner kommt durch die Mitgliedschaft in mehreren Vereinen, dem Senioren- und Kameradschaftsbund, fast wöchentlich zu Ausflügen und es ist wichtig für ihn, diese auch wahrzunehmen.

„Samstag sind wir auch eingerückt. Da waren wir in Paldau. Vorigen Sonntag waren wir in Hartberg.“ (IP VI: Z. 94/95)

Teil einer Gruppe zu sein, ist für die meisten Befragten von großer Bedeutung. Sie wissen, dass sie hin und wieder etwas Neues erleben und den Trott des Alltags verlassen

können. Die Besuche von Heurigen, Museen und verschiedensten Veranstaltungen eröffnen neue Kontakte, Beziehungen und erfüllen die Menschen meist mit Lebensfreude. Zudem kommt hinzu, dass dadurch wieder neue Gesprächsthemen gefunden werden, über die man sich auch im Nachhinein austauschen kann. Kommt man nicht aus den eigenen vier Wänden hinaus, so ist es meistens schwierig längere Gespräche zu führen.

6.1.3 BEWÄLTIGUNG

Im Alter treten vermehrt psychische und physische Störungen auf, die für eine umfassende autonome Lebensführung oft hinderlich sein können. Die Interviewten versuchen, trotz verschiedener Altersveränderungen und Krankheiten, den Alltag so gut als möglich zu bewältigen. Jede befragte Person hat ihre ganz eigene Art diese Herausforderungen anzunehmen.

In den folgenden Unterkapiteln wird auf die *Bewältigung von Altersveränderungen* sowie auf die *Bewältigung von Krankheiten* eingegangen, die beide wesentlichen Einfluss auf den Autonomieerhalt haben.

BEWÄLTIGUNG VON ALTERSVERÄNDERUNGEN

Der Versuch, das Alter nicht in den Vordergrund des Lebens zu stellen, ist eine Variante, wie mit Veränderungen umgehen kann.

„...ich denke mir immer, so wie ich mich fühle, so bin ich, wenn ich noch so alt bin. Ich lasse mir nicht sagen, dass ich schon so alt bin. Ich lass mir das nicht sagen, wenn ich noch so alt bin (lacht).“ (IP I: Z. 469–472)

Die häufigste Altersveränderung, die von den InterviewpartnerInnen genannt wurde, ist das Verwenden einer Brille. Diese Schwächung der Sehkraft, die entweder eine Alterserscheinung ist oder auch angeboren sein kann, wird ohne Probleme hingenommen, wie es eine Interviewte beschreibt:

„Zum Lesen brauch ich eine, aber so sehe ich eh noch. Gar so gut auch nicht, aber man muss zufrieden sein...“ (IP III: Z. 175/176)

Aus Sicht der InterviewpartnerInnen ist es nur durch Akzeptanz möglich, mit einem Handicap weiterhin ein positives Leben zu führen. So erwähnt eine andere Interviewpartnerin, mit ihrem derzeitigen Gesundheitszustand zufrieden zu sein, obwohl sie schon jahrelang an einer rheumatischen Erkrankung leidet und zudem bereits ein Nierenversagen überlebt hat:

„Ich habe schon allerhand. Aber damit kann man leben, muss man leben. Es gibt schlimmeres sage ich, Krebs und so. Man weiß ja nicht was auf einen zukommt.“ (IP V: Z. 672–674)

Das Einzige, was diese Interviewte bedauert, ist, dass sie nur abends in die Kirche gehen kann, da ihr Bewegungsapparat bereits eingeschränkt ist und die Beine in der Früh noch steif sind.

„... meistens am Abend, wie ich halt beieinander bin (...) Am Abend kann ich schon gehen, schön langsam. In der Früh gehe ich nicht gerne [...]“ (IP V: Z. 543–546)

Es gibt einen weiteren Grund, warum diese Interviewte in ihrem Handeln eingeschränkt ist und nur abends in die Kirche gehen kann – die Verdauung.

„Weil ich ja auch Probleme hab mit der Verdauung und in der Kirche ist ja kein Klo.“ (IP V: Z. 545/546)

Es werden alle Termine so in Anspruch genommen, wie sie für die Interviewte vorteilhaft sind, um den Weg in die Kirche, der ihr doch unerlässlich ist, nicht aufgeben zu müssen. Sich selbst überwinden und jene Dinge weiterhin zu machen, die einem am Herzen liegen bzw. auch alternative Lösungen für subjektive Problemstellungen suchen, all das ist von größter Wichtigkeit für die Betroffenen, um weiterhin autonom leben zu können.

In Anbetracht dieser motivierenden Einstellung zur Bewältigung jeglicher Probleme lässt sich daraus schließen, dass mit dem Eintritt in eine absolute Immobilität ein rasanter Abstieg des Allgemeinzustandes entstehen könnte. Aus diesem Grund müssen

die eigenen Ressourcen von den Individuen selbst weiterhin genutzt werden und dies muss das soziale Umfeld unterstützen.

Eine ersichtliche Gehbehinderung ist bei drei InterviewpartnerInnen ein aktuelles Thema. Sie benötigen als Unterstützung einen Gehstock. Ihnen ist bewusst, dass ihre Mobilität ohne diese Gehhilfe erheblich eingeschränkt wäre.

Eine Interviewpartnerin spricht von einer aktiven Methode, die sie versucht hat, um wieder einmal ohne Stock gehen zu können und zwar durch regelmäßiges Treppensteigen:

„...das Stiegensteigen geht auch langsam. Ich bin halt vorsichtig, aber es ist schon schlechter gegangen. Da habe ich mit dem Stock gehen müssen (...) Solange man vorsichtig ist... Man darf halt nicht hudeln und schusseln.“ (IP V: Z. 486–495)

Die Sehnsucht wieder alleine und unabhängig den Alltag zu bewältigen hat also dazu geführt, eine funktionelle Ressource zu aktivieren.

Eine weitere Interviewpartnerin wiederum hat Probleme mit den Venen erwähnt. Sie versucht, sich der Anordnung des Arztes zu fügen und durch Bewegung ihre Behinderung zu bewältigen. *Compliance* ist hier das Schlagwort – sich an Anweisungen halten und diese durchführen.

„Ich muss Rad fahren, weil ich das für die Venen tun muss, und das versuche ich schon, dass ich das hin und wieder mache. Dann gehe ich immer wieder zu Fuß.“ (IP IV: Z. 464/465)

Generell sind alle InterviewpartnerInnen mit ihrer gegenwärtigen Situation zufrieden. Zwar gibt es spürbare Veränderung zu früher, dennoch versuchen sie ihre täglichen Herausforderungen souverän zu meistern. Motivation sowie *Compliance* sind hier auf jeder Ebene gegeben. Die Befragten bewältigen ihre unterschiedlichen Situationen mit den Möglichkeiten, die ihnen zur Verfügung stehen, und sie versuchen zudem, Behinderungen auszuschalten.

*„...immer ein wenig gehen... hin und her... damit man nicht versulzt.“
(IP II: Z. 132/133)*

BEWÄLTIGUNG VON KRANKHEIT

„Wenn ich wirklich krank bin, dann muss ich sowieso ins Spital.“ (IP I: Z. 13/14)

Um Krankheit bzw. einen akuten Notfall besser zu bewältigen, hat eine Interviewpartnerin ihre ganz eigene Strategie:

„Immer wenn du fort gehst, sollst alles in Ordnung machen, denn du weißt nicht, ob du wieder heimkommst ...“ (IP I: Z. 155–156)

Vor einigen Jahren ist sie mit dem Fahrrad gestürzt und hat sich dabei die Hand gebrochen. Sie wurde sofort ins Spital gebracht, wo sie einige Wochen verweilen musste. Vor ihrem Unfall hatte sie wie immer ihren Haushalt in Schuss gebracht, als hätte sie schon eine Vorahnung gehabt. So konnte sie mit ruhigem Gewissen die Zeit im Krankenhaus verbringen.

Interesse und vor allem Eigeninitiative zeigt eine Interviewpartnerin hinsichtlich ihres Gesundheitszustandes. Sie möchte immer darüber Bescheid wissen, was ihr genau alles an Medikamenten verschrieben wird und aus welchem Grund sie dieses oder jenes einnehmen muss. Sie leidet einseitig an einer Augenkrankheit und hat diesbezüglich einen Zeitungsartikel gefunden, der besagt, dass diese Erkrankung durch eine Operation behoben werden kann.

„...der Doktor hat gesagt... weil die sagen ja nichts oder klären einen auf. Da bin ich mit einem Zeitungsartikel hin, dass man das in Wien operieren kann [...] Dann hat er gesagt, ja, es gibt eine trockene und eine feuchte Makula. Aber es könnte ja noch eine feuchte werden (...) Makuladegeneration... Es stört mich überhaupt nicht. Nur wenn ich mit dem Rad fahre und mir fliegt eine Gelse oder so rein, dann muss ich halt stehen bleiben, weil dann sehe ich nichts mehr.“ (IP IV: Z. 308–319)

Trotz dieser Makuladegeneration lässt sie sich nicht davon abhalten, mit dem Auto und dem Fahrrad zu fahren. Sie kommt einwandfrei mit ihrer Behinderung, durch die sie auf einem Auge nahezu blind ist, zurecht. Sie versucht durch Informationssammlung und gute Beratung das Beste aus der Situation zu machen.

Ist man jahrelang von Krankheit und Sorge geprägt, so kann die körperliche wie auch psychische Belastbarkeit sinken, wie bei der folgenden Interviewpartnerin. Sie leidet seit Jahren an Rheuma, hat schon unzählige Krankenhausaufenthalte durchgemacht und ist nun in ihrer Mobilität eingeschränkt. Dazu braucht sie hin und wieder einen Gehstock und leidet zusätzlich an einem Lungenproblem, das ihr eine Kurzatmigkeit (Dyspnoe) bereitet. Dadurch erweist sich der Alltag häufig als eine Belastung, wie sie es beschreibt:

„...jetzt bin ich halt nicht mehr so belastbar. Muss halt Tabletten nehmen und bin halt nicht mehr für schwere Arbeit belastbar. Ich muss halt schauen dass ich so durchkomme.“ (IP V: Z. 21–24)

Dass alle ihre Kinder nach Wien gezogen sind, und nur an den Wochenenden und in den Ferien vorbeikommen können, bringt sie in eine schwierige Situation. Sie meistert sie dennoch geschickt, steht der Konstellation optimistisch gegenüber und meint: *„Ich muss halt schauen, dass ich so durchkomme.“*

Vergesslichkeit spricht eine andere Interviewpartnerin an, und dies mehrmals im Rahmen des Gesprächs. Sie meint selbst, dass das vermutlich schon eine frühe Phase der Krankheit Alzheimer ist, da auch ihre Mutter an dieser Erkrankung gelitten hätte. Als Beispiel erzählt sie, wie es ihr beim Backen ergeht, das sie früher so problemlos gemeistert hat:

„...da zwingt mich auch schon dazu, muss ich aufpassen...vergesse ich schon so... muss ich zehnmal schauen, ob ich nicht was vergessen hab... vergesslich bin ich auch. Bei den Jungen ist das der Stress. Aber wenn man alt ist, ist es schon ein bisschen Alzheimer. Es lässt halt alles nach...“ (IP V: Z. 87–90)

Wenngleich im Hintergrund die Befürchtung besteht, auch eine Betroffene dieser schweren Krankheit zu sein, so sieht sie auch das als eine Herausforderung in ihrem Leben. Sie verwendet die Aussage „*zwingt mich auch*“ sowie „*muss ich aufpassen*“, wodurch zum einen die Achtung vor der Krankheit als auch das Bemühen, die Motivation nur nicht aufzugeben, ausgedrückt wird.

Eine Art von Bewältigungshilfe kann auch die Familie darstellen, die in Ausnahmesituationen wie einer Krankheit als primäre Stütze in verschiedenen Belangen agieren kann, wie es eine der Befragten beschreibt:

„*Wenn ich krank bin, kümmert die sich dann...Man weiß halt nicht, was kommt. Hilft eh nichts ...*“ (IP III: Z. 144/145)

6.1.4 ZIELE

Im Rahmen der Interviews wurde als eine der letzten Fragestellungen danach gefragt, welche drei Wünsche die Interviewten für ihre Zukunft hätten. Diese Frage nach Wünschen hat unter anderem auch Ziele für das weitere Leben hervorgebracht, welche in diesem Kapitel dargestellt werden. Dabei zeigte sich, dass *gesund bleiben* das primäre Anliegen der Interviewten ist: einerseits die eigene Gesundheit andererseits die Gesundheit der Familie bzw. der Kinder. Zudem besteht der Wunsch, auch weiterhin zu Hause leben zu können. So entstand die Subkategorie *Dahoam – der Ort, an dem man leben möchte*. Den Schluss bildet hier die Subkategorie *Dahoam – der Ort, an dem man sterben möchte*, was ebenfalls eine wesentliche Angelegenheit für die Interviewten ist.

Ganz spontan hat eine Dame folgende drei Wünsche bzw. Ziele geäußert:

„*Erstens, dass ich gesund bleibe; zweitens, dass die Kinder und Kindeskinde gesund durchs Leben können (...) und drittens, dass es auf der Welt mehr Frieden gäbe ...*“ (IP IV: Z. 983–985)

Diese Darlegung, umfasst zur Gänze Vorstellungen, die sich auch bei den anderen InterviewpartnerInnen finden. Die eigene Gesundheit und die Gesundheit der Kinder – beides wird als Wunsch in vielen Aussagen geäußert. „*Dass es auf der Welt mehr Frieden gäbe*“ wurde nur von dieser Interviewpartnerin erwähnt. Mit dieser Aussage ist

auch die Sorge verbunden, die zukünftige Generation werde mit schweren Situationen und Herausforderungen im Leben konfrontiert.

GESUND BLEIBEN

Die InterviewpartnerInnen bringen ihre Wünsche für die Zukunft mit Überzeugung zum Ausdruck. In erster Linie wollen sie gesund bleiben, um auch in den folgenden Jahren autonom weiterleben zu können.

„Dass ich gesund bleibe, dass es länger noch geht...“ (IP VI: Z. 145)

„...gesund bleiben und sonst wünsche ich mir eh nichts. Gesund bleiben – sonst kann ich mir eh nichts wünschen.“ (IP III: Z. 266/267)

Eine Interviewte äußert ihren Wunsch nach Gesundheit sehr konkret, wobei sie sich auf kognitiver und physischer Ebene Gesundheit ersehnt:

„Der Verstand soll mir bleiben bis ich sterbe, dass der mir nicht versagt, ja, und gesund sein, soviel, dass ich halt umhergehen kann, dass ich nicht bettlägerig bin, dass ich auf keine fremde Hilfe angewiesen bin ...“ (IP II: Z. 211–214)

Gesund bleiben und noch lange zu leben ist auch der Wunsch einer weiteren Interviewten:

„...ich möchte noch lange leben, jahrelang noch leben. Und gesund bleiben wie es mir jetzt geht. Wünsche habe ich sonst keine. Man kann sonst eh nichts machen.“ (IP I: Z. 589–591)

Das Ziel, die Gesundheit weiterhin aufrechtzuerhalten, ist fundamental für die Interviewten. Ihnen ist bewusst, dass die Möglichkeit einer autonomen Lebensführung nur dann gewährleistet ist, wenn der Allgemeinzustand als gesund zu bewerten ist.

DAHOAM IST DER ORT, AN DEM MAN LEBEN MÖCHTE

Die eigenen vier Wände dienen als *Stütze der Selbstständigkeit* sowie der Wahrung der Privatheit und Intimsphäre. Die subjektiven Ressourcen können sich in dieser

Umgebung entfalten. Wie bereits erwähnt (vgl. Kap. 3) verbringen ältere Menschen den größten Teil des Tages in ihrem Wohnbereich. Dies unterstützt auch die Tatsache, dass diese dort bis ans Ende ihrer Tage bleiben möchten, wie es eine Interviewte in nur wenigen Worten beschreibt:

„...ja sicher möchte ich hier bleiben, Dahoam ist Dahoam.“ (IP III: Z. 277)

Die GesprächspartnerInnen äußern den Wunsch, gerne bis zuletzt in ihrem Privathaushalt leben zu wollen. Ein weiteres Beispiel zeigt deutlich, dass der Erhalt des Haushaltes einen wichtigen Faktor für die Interviewten darstellt:

„Es liegt noch alles, ich muss eh noch alles verkaufen...verschenken kann ich es immer noch.“ (IP VI: Z. 112–114)

Das Loslassen des Eigenheims scheint vor allem für diesen Interviewpartner schwierig. Er hat keine Familie mehr, nur eine Nachbarin, die sich in gewissen Bereichen um ihn kümmert. In dieser Ausnahmesituation ist es schwierig loszulassen und zu entscheiden, wie es weitergehen soll. Eine gewisse Machtlosigkeit und Einsamkeit stellt sich ein, wenn diese befragte Person meint: *„Verschenken kann ich es immer noch.“*

ZU HAUSE WOHNEN UND BETREUT WERDEN

In der folgenden Passage wird deutlich, dass die Annahme einer professionellen Betreuung eine Unterstützungsmaßnahme darstellt, die von dieser Interviewten gerne angenommen werden würde, um den Wohnungserhalt gewährleisten zu können.

„...ich würde schon gerne hier bleiben. Ein jeder bleibt gerne in seinen vier Wänden, wenn es geht. Heute habens halt die Pflegehilfe, Hauskrankenpflege und die 24-Stunden-Betreuung...“ (IP V: Z. 432–435)

Auch eine andere Interviewpartnerin teilt diese Meinung, Sie hat ihre Ziele und Vorstellungen hinsichtlich ihrer Zukunft bereits in ihrem Testament festgeschrieben:

„... mir gehört das Haus jetzt gar nicht mehr. Als der Papa gestorben ist, mein Mann gestorben ist, haben sie jeder zur Hälfte natürlich ihren Teil bekommen.“

Sie können damit machen was sie wollen. Aber ich kann hier wohnen. Nicht nur das Zimmer gehört mir, mir gehört alles. Ich kann Freunde oder Verwandte und so empfangen. Ich kann tun was ich will. Ich darf nichts veräußern und sie auch nicht. So ist alles geregelt. Ich habe eine Pflege im Haus. Falls ich krank werde, muss ich gepflegt werden. Wie sie sich das einteilen, das ist mir Wurst...“ (IP IV: Z. 408–413)

IN UMLIEGENDER NÄHE WOHNEN UND BETREUT WERDEN

Lediglich eine Interviewpartnerin hat über eine öffentliche Institution, das *Betreute Wohnen*, die in der Bezirkshauptstadt kürzlich fertig gestellt wurde, eine Aussage getätigt:

„Das Betreute Wohnen, das wird vielleicht nächstes Jahr gebaut [...] Da denke ich nicht nur an mich, an verschiedene Alte, die ich hier so kenne. Ein solches betreutes Wohnen, ich habe das in Jennersdorf [...] bezogen auch angeschaut. Ich könnte zu jeder Zeit rübergehen. Es ist sehr schön. Es ist richtig heimelig eingerichtet.“ (IP V: Z. 1014–1019)

Sie ist der Meinung, dass es oft für einen älteren Menschen schwierig ist, einen Haushalt zu führen. Natürlich möchte auch sie in der vertrauten Umgebung weiterhin leben, jedoch wäre es ihr auch recht, ein betreutes Wohnhaus zu beziehen. Am besten, wenn sich dieses nicht weit weg vom eigenen Haus befindet.

MOBILITÄT WIEDER ERLANGEN

Die Interviewpartnerin formuliert ein sehr deutliches Ziel, das sie sich für die Aufrechterhaltung einer autarken Lebensführung gesetzt hat:

„... du Hani schau mal, so musst du hineinfahren: den Kreis rundherum und hier musst wieder raus fahren. Seit das jetzt gemacht ist, trau ich mich jetzt nicht mehr fahren. Bin ja immer zum Friedhof gefahren. Aber jetzt fange ich wieder an. Jetzt habe ich eh zur U. gesagt: wenn es mal schön ist, dann fahren wir hintereinander, dann fahren wir mal. Wenn einer einmal vor mir vorfährt, dann geht das schon. Aber am Anfang fürchtet man sich ein bisschen.“ (IP I: Z. 203–211)

Eine befragte Person ist aufgrund einer Operation schon längere Zeit nicht mehr mit dem Fahrrad gefahren, aber auch sie möchte es wieder versuchen und hat dieses für sich doch sehr wichtige Ziel weiterhin vor Augen.

„Aber mein Rad... Mit dem Rad bin ich auch immer gefahren, aber jetzt kann ich nicht mehr. Ich traue mich nicht mehr hinauf zu sitzen. Aber ich habe schon gesagt, ich probiere es wieder einmal, vielleicht wieder nach der Kur. Das erhoffe ich ja, dass ich vielleicht wieder ein bisschen Rad fahren kann und so...“ (IP II: Z. 84–89)

Das Bestreben wieder autonom und alleine mit dem Rad fahren zu wollen und es auch schaffen zu können, zeugt von Ehrgeiz und Mut zur Selbstständigkeit und verleiht das Gefühl von Unabhängigkeit, wenn sie es dann wieder geschafft haben.

DAHOAM IST DER ORT, AN DEM MAN STERBEN MÖCHTE

Zuhause zu sterben ist das Ziel aller InterviewpartnerInnen. Für Familien gibt es, um ihren Angehörigen diesen Wunsch erfüllen zu können, deshalb die Möglichkeit einer professionellen Unterstützung im Bereich der ambulanten Pflege, damit die alten Menschen so lange als möglich in der Umgebung bleiben können, die sie ihre *eigenen vier Wände* nennen.

ZU HAUSE GEPFLEGT WERDEN UND STERBEN

„...ich bin hier aufgewachsen und ich habe eh gesagt, ich möchte hier sterben. Ja nicht in ein Heim oder so fort. Ja, ich möchte hier sein.“ (IP II: Z. 259–262)

Es wird eine Unterstützung von Seiten der professionellen Pflege angesprochen, welche im Falle einer Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit in Anspruch genommen werden könne, um die Aufnahme in eine Institution speziell für alte Menschen zu vermeiden. Ein Heimeintritt würde einen unabdingbaren Einschnitt im Leben dieser Frau darstellen.

Eine weitere Interviewpartnerin spricht davon, im Falle einer Pflegebedürftigkeit im näheren Umfeld bleiben zu können:

„Ich darf hier bleiben. Und ich werde hier sterben. Und ich kann bei der C. (Schwiegertochter), die haben ein Zimmer unten mitgebaut, da könnte ich runter. Und ich würde vielleicht... Ich weiß nicht, aber eher nicht. Man wird ja sehen. Man weiß eh nicht wie man endet. Man weiß es ja nicht.“ (IP IV: Z. 419–421)

VORSTELLUNGEN ÜBER DIE EIGENE BESTATTUNG

Die Vorstellungen darüber, wie man sich den Ablauf einer Bestattung wünscht, welche Musik es geben soll usw. wurden von einigen Interviewten in ihren Berichten dargestellt.

„Ich habe schon gesagt zu meiner Nichte: wenn ich sterbe, ich brauche keine Musik nicht. Das ist eh hart genug. Da brauch ich nicht eine Musik auch noch haben...“ (IP I: 428–432)

und

„...was brauche ich da so einen Haufen Musik. Und das geht dir gleich durch und durch. [...] Ich weiß nicht, ich bin für das nicht. Ich sage auch immer, ich brauche keine Musik. Und die Lieder, die sie da immer haben: das Mutter-Herz und das... Wissens, das muss man alles anschaffen, die müssen ja bezahlt werden. Aber heute tun das nicht mehr viele. Aber wir bekommen eh unser Platzerl, ob man es groß macht, oder klein.“ (IP I: Z. 436–443)

Eine Dame spricht über ihre Bestattung eher humorvoll als ernst. Sie möchte in ihrer Pfarrgemeinde bestattet werden, wo auch ihr verstorbener Ehemann beerdigt wurde, denn *„wenn man zu zweit ist, ist das schöner“*.

„Etwa 15 Leute sind weggestorben, die ich gut gekannt habe (...) Die sollen mich runterführen nach St. Martin (lacht), wo ich (...) Wenn man zu zweit ist, ist das schöner. Naja, was können wir machen (...) gar nichts.“ (IP I: Z. 61–66)

Zusammenfassend ist aus den angeführten Passagen zu erkennen, dass sich die InterviewpartnerInnen auch noch im hohen Alter Ziele stecken. Sie möchten Bereiche aufrechterhalten, die ihnen immer wichtig waren. So gehören die Gesundheit, das

Wiedererlernen des Radfahrens sowie der Erhalt der Mobilität zu jenen elementaren Funktionen, die auch die Basis für ihr selbstständiges Leben darstellen.

Jeder hat seine subjektiven Ziele vor Augen, die er umsetzen möchte. Inwiefern diese Ziele zu erreichen sind, liegt einerseits an der Motivation der Befragten selbst, aber auch an deren sozialem Umfeld.

Zudem haben sie sich damit auseinandergesetzt, irgendwann in naher oder ferner Zukunft zu sterben. Diesbezüglich hat jeder Einzelne sein eigenes Bild, wie und wo er sterben möchte.

6.1.5 WERT DER SELBSTSTÄNDIGKEIT

Man kann tun und lassen was man will, ist nicht von anderen abhängig und kann seine Privatsphäre genießen sowie autonom Entscheidungen treffen. Was den *Wert der Selbstständigkeit* für die InterviewpartnerInnen ausmacht, lässt sich anhand dieses Kapitels beschreiben, welches sich in die Subkategorien *Selbstständig handeln zu können* und *Im vertrauten Umfeld leben zu können* unterteilt.

SELBSTSTÄNDIG HANDELN ZU KÖNNEN

Das Verlangen, auch noch im hohen Alter unabhängig leben zu können, ist bei Menschen, die an schwersten Krankheiten leiden oder bereits bettlägerig sind, eher eine Wunschvorstellung. Die InterviewpartnerInnen hingegen haben zum größten Teil noch die Ressourcen, um ihre Grundbedürfnisse sowie ihren Haushalt nach Möglichkeit selbstständig zu führen und zu organisieren.

Die folgende Interviewpartnerin hat eingesehen, dass sie mit der momentanen Situation zufrieden sein muss:

„...Was soll man machen in meinem Alter? Bei meiner Nichte beklage ich mich dann immer, und die sagt halt: was willst denn mit deinem Alter, sei froh dass du noch umherkrabbeln kannst (...) Und in der Früh, wenn ich von meinem Bett fast nicht runter kann, dann denke ich mir oft: die Nichte hat eh recht, dass sie so sagt, dass ich mehr will... (IP III: Z.166–170)

Auch eine andere Interviewpartnerin bezieht sich auf die Bewegungsfreiheit. Sie erkennt den Wert selbstständig zu sein und thematisiert das auch explizit. Durch den

Ehrgeiz, den sie an den Tag legt, möchte sie ihre Kompetenzen und verbunden damit ihre Autonomie so gut als möglich erhalten.

„...Ehrgeizig bin ich schon. Das stimmt schon. Aber ich meine ja nur. Ich habe länger das machen können als manche... sagen wir so: das ist eine Gottesgabe...“ (IP IV: Z. 668/669)

Wie bereits erwähnt, kocht eine Interviewpartnerin täglich für ihren Sohn das Mittagessen, um die Familie durch diese Tätigkeit etwas zu entlasten. Obwohl sie diese Arbeit gerne durchführt, spricht sie auch davon, dass es für sie eine physische Belastung ist und ist jedes Mal froh, wenn sie sich wieder hinsetzen kann und den Arbeitstag gut bewältigt hat.

„...wenn ich den ganzen Tag hier kochen muss. Dann noch ein wenig auskehren und ein bisschen zusammenräumen. Dann reicht es. Dann bin ich froh, wenn ich mich niedersetzen kann. Dann bin ich spazieren gegangen genug. Man muss froh sein, dass ich das noch zusammenbringe (...) Ich weiß eh nicht, wie lange das noch geht. Das kann morgen schon vorbei sein...“ (IP III: Z. 162–176)

Wenn es teilweise auch eine Belastung für sie darstellt, ist sie dennoch bemüht, die Tätigkeit weiterzuführen, um die Familie zu entlasten. Die InterviewpartnerInnen spüren es am eigenen Körper, wo ihre Grenzen liegen. Dadurch scheint die Motivation weiterzumachen umso größer. Ihr ist bewusst, dass sich diese Situation schnell ändern kann: *„Das kann morgen schon vorbei sein.“*

IM VERTRAUTEN UMFELD LEBEN ZU KÖNNEN

Sowohl das soziale als auch das häusliche Umfeld spielen eine wesentliche Rolle im Leben der alleinlebenden InterviewpartnerInnen. Es ist jener Ort, an dem sie viele Jahre, zum Teil auch das ganze Leben verbracht haben, ein Ort, der sich mit der Vergangenheit, mit schönen aber auch negativen Erinnerungen verbinden lässt. Ein Stück Eigentum, das Privatheit, Sicherheit und Wohlbefinden mit sich bringt. Zudem leben hier jene Menschen, die man kennt, mit denen man etwas unternehmen kann und die zur Stelle sind, wenn etwas benötigt wird.

Die Möglichkeit, auch noch im hohen Alter an diesem Ort der Vertrautheit leben zu können, ist der Wunsch aller InterviewpartnerInnen. Selbstständig zu sein bildet die Basis dafür, in den eigenen vier Wänden weiterhin leben zu können. Dabei spielt das soziale Netzwerk eine wichtige Rolle. So sprechen auch einige InterviewpartnerInnen deutlich aus, dass sie keinesfalls in eine Institution umziehen möchten (vgl. Kap. 6.1.4). Die folgende Interviewpartnerin betont das, und dies ist auch in allen anderen Interviews der Fall.

„Wenn irgendetwas ist, sagt ein jeder, wenn du nicht einkaufen magst, brauchst es nur sagen, ich bring dir was mit...“ (IP I:Z. 593-595)

Durch diese Hilfeleistungen besteht die Möglichkeit, in der bisherigen Form weiterzuleben. In einigen Fällen würde das ohne das Netzwerk nicht funktionieren.

„Hier war meine Heimat. Ich kenn hier alles und jeden. Ich denke mir oft, wie arm manche sind und haben niemanden. Aber so, wenn irgendetwas ist, sagt ein jeder, wenn du nicht einkaufen magst, brauchst es nur sagen, ich bring dir was mit und so.“ (IP I: Z. 589–591)

Es ist ihnen bewusst, wie wichtig es ist, dass die Familie, die Freunde und Nachbarn eine solche Einstellung haben und ihnen ihre Hilfe anbieten. Durch die Erfahrung von Krankheiten und Behinderungen und der Tatsache, dass sie zum Teil von anderen abhängig sind, verspüren sie, wie wichtig es eigentlich ist, dass man selbstständig agieren und autonom Entscheidungen treffen kann. Erst, wenn man selbst in der Situation der Abhängigkeit ist, verspürt man diesen Wert.

DEN EIGENEN GARTEN GENIEßEN

Der Garten hat für die Interviewpartnerinnen eine wichtige Rolle. Vorwiegend war es immer die Aufgabe der Frauen, diesen zu pflegen, Blumen zu setzen sowie Obst und Gemüse zu pflanzen. Alle InterviewpartnerInnen haben vor bzw. neben ihrem Haus einen Garten angelegt. Lediglich zwei Interviewpartnerinnen organisieren diesen noch autonom. In den anderen Fällen wurde der Garten bereits verkleinert bzw. ist zum Teil mit Unkraut überwuchert. Vier der fünf Interviewpartnerinnen haben mich nach dem Gespräch aus dem Haus begleitet. Dabei gingen wir immer am Garten vorbei und jede

der Damen hat davon gesprochen, was sie früher nicht alles angepflanzt hätte, um über die Jahreszeiten ständig mit Obst und Gemüse versorgt zu sein. Zudem haben sie mir anschließend jene Plätze gezeigt, wo sie sich oft nachmittags an die frische Luft setzen, die Sonne genießen oder Besuche empfangen. Der Garten stellt für die Interviewten somit auch einen Ort der Erholung und Privatsphäre dar.

Eine Interviewpartnerin hat neben dem Gemüsegarten eine große Wiese.

„... voriges Jahr habe ich noch den ganzen Garten gemäht...“ (IP II: Z. 12/13)

Zur Zeit der Interviewführung war dies nicht möglich, da sie aufgrund einer Operation mit einem Gehstock bzw. Krücken gehen musste. Sie meinte aber, dass sie es wieder einmal versuchen möchte und ihre Tochter wolle sie dabei unterstützen. Ihr Garten ist nach außen hin offen und einsehbar. Daher ist es für die Interviewte von großer Bedeutung, dass dieser gepflegt wirkt:

„...wie der Garten aussieht. Der ist so grasig. Noch nie habe ich ihn so grasig gelassen. Aber jetzt schaut er aus... Ich sage eh, wenn ich einmal nicht mehr bin, dann werden die Brennnessel hier beim Fenster hereinschauen (lacht.“) (IP II: Z. 166–170)

Sie zeigt sich bestürzt darüber, wie der Gemüsegarten im Moment aussieht: „so grasig“ habe er noch nie ausgesehen. Sie hätte ihn gerne sauber, solange sie lebt, denn wenn sie einmal nicht mehr ist, werden „die Brennnessel hier beim Fenster hereinschauen“.

Eine andere Interviewpartnerin hat einen Wintergarten, einen Gemüsegarten sowie einen Christbaumwald zu pflegen. Auch für sie ist es von größter Bedeutung, dass alles rundherum seine Ordnung hat und sauber gehalten wird. Die Gartenarbeit macht sie vorwiegend in Eigenregie, so auch das Umstechen, Kompostieren und das Bepflanzen. Nur zum Rasenmähen und Christbaumschneiden nimmt sie Unterstützung von Seiten der Familie an.

„...einen großen Garten, ich habe wahnsinnig viele Blumen draußen im Wintergarten. Dann ist draußen der Wintergarten. Und dann ist draußen der Garten. Und es hängt an jedem Fenster etwas. Dann habe ich noch einen

Christbaumwald: den bepflanze ich jährlich, den muss ich nachsetzen“ (IP IV: Z. 93–98)

und

„...umstechen und so tu ich noch alles selber; setzten tu ich auch alles selber. Was die Bäume betrifft setze ich auch jährlich, hundert mindestens, und das mache ich schon anständig (...) da wird die Grube hergerichtet, Kompost und so...“ (IP IV: Z. 709–711)

Die Möglichkeit, alle Tätigkeiten noch so zu gestalten, wie man es gerne hätte, muss genutzt werden, denn niemand kann die eigenen Vorstellungen und Wünsche besser umsetzen wie man selbst.

Ist der Garten gepflegt, dann setzt man sich auch gerne mal alleine oder mit Besuchern in dieses eher ruhige Plätzchen, um zu genießen und zu entspannen.

6.2 STÜTZEN DER SELBSTSTÄNDIGKEIT

Im Rahmen der Interviews wurde auf die Rolle des sozialen Umfeldes bzw. auf die Stützen der Interviewten eingegangen. Damit sind hier die *Familie, Freunde und Nachbarn* wie auch *professionelle Dienste* gemeint, welche eine bedeutende Funktion im Leben der Interviewten einnehmen (vgl. Kap. 4). Die letzte Kategorie dieses Kapitels bilden die *materiellen Stützen*. Damit werden jene Hilfsmittel angesprochen, die einer autonomen Lebensführung mehr Lebensqualität verleihen können.

Ohne die engagierte Unterstützung des sozialen Umfeldes und der Beihilfe von funktionellen Hilfsmitteln wäre es für einzelne InterviewpartnerInnen nur schwer möglich, ein selbstständiges Leben im vertrauten Eigenheim zu führen.

6.2.1. FAMILIE

Familie stellt das größte Unterstützungspotential hinsichtlich der Pflege dar. Auch in dieser wissenschaftlichen Arbeit bestätigt sich dieses Bild. Alle InterviewpartnerInnen erhalten primär von ihren Familienmitgliedern Beistand. Die eigenen Kinder, aber auch Nichten, Neffen und Cousins bilden den engeren Kreis der Kontakte. Diese Personen wachen vordergründig über ihre älteren Angehörigen, sie bieten Leistungen an, tätigen Besuche und investieren Zeit.

Lediglich ein Interviewpartner spricht davon, dass aus der engsten Verwandtschaft bereits alle verstorben sind. Er erhält ausschließlich von einer Nachbarin Hilfestellungen.

„Aus der engsten Verwandtschaft sind schon alle gestorben, eine Schwester hatte ich.“ (IP VI: Z. 36/37)

Es wird von diesem Interviewpartner mehrmals über jene Nachbarin gesprochen, welche sich zum Teil um die innerhäuslichen Tätigkeiten kümmert, eventuell stellt diese Nachbarin jenen Menschen dar, zu dem er die innigste seiner Beziehungen hat.

Alle anderen GesprächspartnerInnen haben Geschwister, Kinder, Schwiegerkinder, Nichten, Neffen und Enkelkinder, welche sich um sie bemühen. In der folgenden Passage zählt eine Interviewpartnerin in chronologischer Reihenfolge jene Angehörigen auf, welche in ihrem informellen Umfeld agieren:

„...ja wenn ich etwas brauche, da habe ich meinen Bruder, von N. meine Nichte, die E. oben und von D. auch meine Nichte...“ (IP I: Z. 11–13)

Aufgrund dieser ausdrucksstarken, überzeugten Nennung der einzelnen Personen wird davon ausgegangen, dass sich für die Interviewte ein ausreichendes Netzwerk entwickelt hat, welches in allen Belangen des Lebens verlässliche Unterstützung bietet. Dies lässt sich allerdings durch einen weiteren Hinweis derselben Interviewten zu einem späteren Zeitpunkt des Interviews zum Teil revidieren:

„Auf die anderen – außer meiner Nichte – verlasse ich mich nicht so, denn es hat eh jeder seine Familie. Die meiste ist die Nichte. Wir rufen uns öfters in der Woche an und die kommt oft vorbei. Die nimmt mir auch immer alles mit, wenn ich etwas brauche.“ (IP I: Z. 450–454)

Jene im Vorfeld erwähnten Personen nehmen wohl einen wichtigen Stellenwert im Leben der Interviewpartnerin ein, dennoch sind Unterschiede im Beziehungsverhältnis erkennbar. Zwischen der Interviewten und der Nichte hat sich ein Verhältnis aufgebaut, welches von Vertrautheit und Verlässlichkeit geprägt ist. Es ist anzunehmen, dass in diesem Fall die Nichte die Position der Hauptbetreuungsperson einnimmt.

Eine Interviewpartnerin erwähnt, dass verschiedene Aufgaben der Familie durch die Aufsetzung ihres Testaments bereits festgelegt wurden, wodurch sich zum einen Unterstützungsleistungen ergeben, welche von Seiten der Familie durchzuführen sind. Zum anderen werden durch die formelle Niederschrift Hauptbetreuungspersonen ernannt, welche die Pflicht der Betreuung und Sorgsamkeit innehaben werden.

„Ja, das ist alles festgeschrieben: die haben die Aufgabe, dass sie die Betreuung übernehmen. Sie müssten jetzt auch schon schauen, dass die Räume beheizt sind und dass das Menschliche auch erledigt wird...“ (IP IV: Z. 423–425)

Zwar sind im sozialen Umfeld eine Reihe an Familienmitgliedern und Angehörigen in verschiedene Tätigkeitsbereiche involviert, dennoch gibt es für jede/jeden Interviewte/Interviewten eine Person, die die Hauptpflegeperson verkörpert, und die sich um das Wohlbefinden der Interviewten bemüht bzw. sich ihr verpflichtet fühlt.

SORGSAMKEIT

Die meisten GesprächspartnerInnen erhalten zumindest einmal in der Woche regelmäßig Besuch von Familienangehörigen. Mehr als die Hälfte der Befragten sogar öfter, manche täglich. In der Subkategorie „Sorgsamkeit“ werden Besuche, Treffen und Telefonate angesprochen, welche von Seiten der Familie getätigt werden, und die Absicht der gesundheitlichen Kontrolle haben. Im Rahmen dieser Treffen wird überprüft, wie der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Angehörigen einzustufen ist. Diese Treffen können von wenigen Minuten bis zu mehreren Stunden dauern. So wird eine Interviewpartnerin fast täglich von ihrer Nichte kontaktiert bzw. schaut diese vorbei, um zu sehen, ob es der Tante gut geht.

„...die kommt immer herauf, meine Nichte, die schaut immer auf mich, ob ich noch lebe ...“ (IP III: Z. 88/89)

Die Interviewte meint selbst, dass sie vermutlich eines Tages von ihrer Nichte aufgefunden werden wird, wenn sie einmal verstorben ist.

Dieselbe Situation wird auch von einer anderen Gesprächspartnerin angesprochen:

*„Wenn er (Anm.: Neffe) vom Arbeiten nach Hause fährt, kommt er immer vorbei. Da schaut er immer, ob ich krank bin, liege, oder ob ich auf kann. Der wird mich halt einmal anfinden als Toter. Kein Mensch schaut da alle Tage her. (lacht)“
(IP II: Z. 61–65)*

Diese Passage beschreibt sehr deutlich, wie stolz die Interviewte auf ihren Neffen ist, der in regelmäßigen Abständen anwesend ist und Sorge trägt. Mit den letzten Worten des Zitates „kein Mensch schaut da alle Tage her“ unterstreicht die Interviewte, dass es für sie nicht üblich ist, täglich mit dem sozialen Umfeld in Kontakt zu treten. Zu wissen, dass sich jemand aus der Familie die Zeit nimmt, sich um sie sorgt, verleiht der Interviewten Sicherheit und Wohlbehagen.

Familienmitglieder versuchen möglichst viel Zeit mit den Interviewten zu verbringen, um sie beim Erhalt der Lebensqualität zu unterstützen und ihnen Sorgsamkeit zu vermitteln. So auch die Tochter einer Interviewten, die alle zwei Wochen von Wien ins

Südburgenland fährt, um ihre Mutter zu besuchen. Und das, obwohl die Tochter selbst an eine belastende Lebenssituation gebunden ist.

„Die J. (Tochter), die hat einen kranken Mann, die kommt regelmäßig.“ (IP V: Z. 264/265)

Die Verbundenheit dieser Interviewpartnerin mit ihren Kindern ist enorm. Sie halten zusammen und unterstützen sich gegenseitig in allen Lebenslagen. So erzählt die Interviewte von einem mehrmonatigen Krankenhausaufenthalt und der anschließenden Genesungszeit zu Hause. Die Kinder (alle wohnen in Wien) haben sich in dieser Zeit zusammengetan und sich mit regelmäßigen Besuchen abgewechselt, um ihr die Erholung in den eigenen vier Wänden zu ermöglichen.

„Die Kinder haben mich unterstützt, sind gekommen, haben alles gemacht. Ja, da ist immer jemand da gewesen...“ (IP V: Z. 29/30)

Eine der Befragten erwähnt hinsichtlich der Sorgsamkeit die dritte Generation, die Generation der Enkelkinder.

„...alle halten auf mich, aber die Enkel eher weniger, die kommen weniger her...“ (IP II: Z. 173/174)

Die Interviewte selbst geht davon aus, dass sich die Jungen nicht mehr für die ältere Generation interessieren, da diese sich lieber mit anderen Dingen beschäftigen würden. Diese Aussage ist als eine subjektive Meinung zu betrachten, denn immerhin haben drei Interviewpartnerinnen von ihren Enkelkindern gesprochen. Eine Interviewte sogar in ausführlicher Form (vgl. *Für andere da sein*), da sie unter Tags die Hauptbetreuungsperson für die Schützlinge darstellt. Demnach übernehmen auch Enkelkinder zum Teil eine wichtige Funktion, da auch sie Lebensfreude und das Gefühl der Sorgsamkeit vermitteln können.

UNTERSTÜTZUNGSMABNAHMEN

Wie bereits erwähnt (vgl. Kap. 6.1) werden die Grundtätigkeiten im Haushalt zum größten Teil von allen interviewten Personen selbstständig erledigt. Dennoch wird bei

gewissen Verrichtungen die Unterstützung der Familie benötigt bzw. von dieser einfach angeboten, um den Alltag bewerkstelligen zu helfen. Diese Hilfsleistungen werden in dieser Kategorie dargestellt, um Einblick in die „Unterstützungsmaßnahmen“ von Seiten der Familie zu erlangen. Diese Maßnahmen wurden wiederum in „Unterstützung im innerhäuslichen Umfeld“, „Unterstützung im Garten“ sowie „Unterstützung im außerhäuslichen Umfeld“ untergliedert, um einen sinnvollen Überblick zu gewährleisten.

UNTERSTÜTZUNG IM INNERHÄUSLICHEN UMFELD

Alle Befragten erhalten in irgendeiner Form Hilfestellungen: von Familie, Nachbarn oder Freunden. So bleibt es im Bereich des Möglichen, einen Haushalt weiterhin autark zu führen.

„...es greifen aber auch alle zusammen an, wenn etwas ist.“ (IP IV: Z. 181)

„...dann habe ich meine Nichte in F. ... nein, nein, die helfen schon was.“ (IP I: Z. 28/29)

Auch der Cousin einer Befragten übernimmt Aufgaben im Lebensumfeld. Er ist in diesem Haus bereits aufgewachsen und geht auch heute noch darin ein und aus als wäre es sein eigenes.

„...er ist mein Cousin. Der ist wie ein Bruder (...) der kommt viel (...) der macht mir auch viel beim Haus, Reparaturen und Gartenarbeiten...“ (IP V: Z. 132–139)

Sich auf jemanden verlassen zu können, wenn Hilfe benötigt wird, ist für diese Menschen das höchste Gut, selbst wenn der Großteil des Tages alleine verbracht wird und die Interviewten zum Teil täglich an die eigenen Grenzen gelangen, um gewisse Tätigkeiten noch selbstständig bewältigen können. Trotzdem gibt es in deren Leben eine Reihe von Menschen, die sich für sie einsetzen und Unterstützungsmaßnahmen jeglicher Art übernehmen.

Eine Interviewte sagt, sie müsse es nur sagen, wenn sie Hilfe benötigt:

„...er trägt mir alles herein, wenn ich ihm was sage. Der ist ganz lieb, und ja, die Tochter auch...“ (IP II: Z. 195–197)

Kleine Tätigkeiten, wie beispielsweise etwas hineinzutragen, wie es in der vergangenen Passage geschildert wird, bietet den Interviewten oft eine wertvolle Erleichterung im Alltag. Dies spricht auch eine Interviewpartnerin an, die krankheitsbedingt bei schweren Arbeiten Unterstützung benötigt:

„...bei der Hausarbeit geht halt noch ein bisschen, aber ich sage eh, die grobe Arbeit machen die Kinder. Ein bisschen Staubsaugen geht noch (...) Meine Tochter kommt regelmäßig, die putzt dann durch. Die kommt alle vierzehn Tage...“ (IP V: Z. 37–40)

und

„Letzten Winter und jetzt habe ich immer Glück gehabt. Der Cousin und der Sohn, die schaufeln halt das Nötigste ...“ (IP V: Z. 625–627)

Unterstützung zu erhalten ist für diese Interviewte unabdingbar. Sie ist froh und glücklich darüber, dass sich in ihrem sozialen Umfeld Menschen befinden, die sich in verschiedenen Arbeitsfeldern einbringen und mithelfen. Ohne diese Hilfe wäre es ihr nicht möglich, alleine zu wohnen.

Einzelne Familienangehörige werden auch in intimen Bereichen zur Assistenz gebeten:

„Manchmal sage ich schon zu meinen Kindern, meinen Rücken sollen sie waschen, da kommt man ja schwer dazu. Da muss ich mit den Tüchern reiben. Da helfen die Kinder manchmal...“ (IP V: Z. 94–96)

Nur diese Interviewpartnerin hat dieses Thema angesprochen, obwohl es von Seiten der Interviewerin nicht speziell gefragt wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass weitere InterviewpartnerInnen von solchen Unterstützungsmaßnahmen profitieren.

UNTERSTÜTZUNG IM GARTEN

Wie bereits erwähnt (vgl. Kap. 6.1.5) ist ein Garten für jene Personen, die noch einen in Stand halten, von größter Wichtigkeit. So übernehmen Familienmitglieder oft dieses Tätigkeitsfeld. Fünf der Interviewten besitzen zu ihrem Haus einen Gemüsegarten, zwei von ihnen besorgen diesen auf eigene Faust, mähen zudem auch den umliegenden Rasen. Die übrigen drei Damen benötigen aufgrund von physischen Einschränkungen bzw. Erkrankungen Unterstützung von Seiten ihres Umfeldes. Familienangehörige stehen oftmals selbst bereits in der zweiten Lebenshälfte ihres Lebens. Demnach kann die Übernahme einzelner Tätigkeiten auch für diese Personen anstrengend und herausfordernd sein.

„Helfen alle (...) so mäht immer die Tochter. Die plagt sich immer so ab...“ (IP V: Z. 782–784)

Das folgende Zitat beschreibt, wie schön es sein kann, gemeinsam den Garten zu pflegen:

„Im Garten setzt die Schwiegertochter an, und ich tu halt ein bisschen Gras zupfen...“ (IP III: Z. 104/105)

Durch die gemeinsame Durchführung von Arbeit wird die Beziehung der Beteiligten gestärkt und funktionelle Ressourcen aufrechterhalten bzw. optimiert.

Bislang hat eine Interviewpartnerin ihre unzähligen Bäume immer selbst gepflegt. Seit kurzem hat dies ein Sohn übernommen, da das sehr anstrengend und auch etwas gefährlich ist.

„Da C. schneidet mir die Bäume zurzeit. Die habe ich auch immer selbst geschnitten (...) Sonst brauchen sie nicht viel tun...“ (IP IV: Z. 708–709)

Mit der Feststellung *„sonst brauchen sie nicht viel zu tun“* betont sie ihre Selbstständigkeit. Zwar ist sie froh darüber, dass ihr jemand aus der Familie die schwere Gartenarbeit abnimmt, dennoch verabsäumt sie nicht zu erwähnen, dass sie eigentlich

auch ohne Unterstützung im Garten auskommen würde. Dies lässt sich auch in der folgenden Passage erkennen:

„...jetzt zum Beispiel: sie wollen nicht, dass ich selber mähe. (...) Freilich, wenn man alt wird, es wird allen so gehen (...) Sie gehen nicht, wenn es Zeit ist, wenn ich mir denke, jetzt müsste es schon gemäht sein (...) Den Wald drüben muss ich auch mähen und dort wird es so lange und sie kommen nicht, um zu tun. Dann gehe ich selber und dann schinde ich mich halt.“ (IP IV: Z. 650–655)

„So lange man kann, tut man es halt“ ist wohl die Devise dieser Interviewpartnerin. Sie muss mit kleineren Konsequenzen rechnen („sie schimpfen natürlich“), wenn sie alleine ihre Gartenarbeit durchführt. Die Kinder möchten mit Unterstützungsleistungen ihre Mutter entlasten, jedoch kann eine Arbeit für die Interviewte nicht warten. Ehe sie sich noch einen Tag geduldet, bis die Söhne vorbeikommen, macht sie sich selbst an die Arbeit und plagt sich mit dem Rasenmäher. Da sie selbst nicht mehr die Jüngste ist, sollte sie sich eigene Grenzen stecken können, was aber aus Sicht der Interviewten *noch nicht* geht, wie sie selbst beschreibt:

„[...], es ist dann nicht so, dass ich es gleich haben möchte: das sind zum Beispiel Dinge, wo ich mir Grenzen setzten sollte, wo ich mir denken sollte, soll sein wie es ist. Aber das kann ich noch nicht. Aber das wird auch kommen, wenn man nicht mehr kann. Aber das kommt eh automatisch. So lange man kann, tut man es halt, und ich tu es gar nicht ungern.“ (IP IV: Z. 656–660)

UNTERSTÜTZUNG IM AUßERHÄUSLICHEN UMFELD

Diese Subkategorie beschreibt jene Unterstützungsmaßnahmen, die außerhäuslich ihren Ablauf haben. Damit sind vorwiegend Fahrtendienste, aber auch spezielle Erledigungen gemeint, welche von Familienangehörigen getätigt werden. Durch sie wird den Betroffenen die Möglichkeit geboten, zum Beispiel Arzttermine, Einkäufe, Besuche von Bekannten oder Freunden sowie den Weg in die Kirche wahrzunehmen. Diese Unterstützungen werden einerseits von der Familie angeboten, andererseits nehmen in diesem Rahmen auch Freunde und Nachbarn einen beachtlichen Stellenwert ein.

„Meiner Nichte muss ich es nur sagen, dann nimmt sie mir alles mit oder ich fahre dann immer mit der Ch. mit...alle 14 Tage.“ (IP I: Z. 134–136)

Vier der sechs Befragten nutzen diese Art der Fahrtendienste regelmäßig, so auch die folgende Interviewte, die ohne die Hilfe des sozialen Umfeldes nicht die Chance hätte, laufende Arzttermine wahrzunehmen.

„...muss jetzt wieder alle 14 Tage zum Doktor rüber, zum Facharzt, zum S. Zum Glück fährt mich da immer meine Tochter oder mein Neffe rüber...“ (IP II: Z. 56–58)

Lange Wegstrecken vom Eigenheim bis zum gewünschten Zielort alleine zu überwinden, ist für einige InterviewpartnerInnen eine große Herausforderung. Aus diesem Grund spricht die Interviewpartnerin auch in der vorhergehenden Passage, dass sie von Glück sagen könne, ein hilfsbereites und engagiertes Netzwerk um sich zu haben. Einiges wäre ohne diese Menschen aus ihrer Sicht nicht zu bewerkstelligen. So spielt das soziale Umfeld auch im Hinblick auf die Durchführung von Einkäufen bei der Mehrheit der Interviewten eine erhebliche Rolle. Nicht selten wird ein Einkaufszettel geschrieben und den Angehörigen übergeben, damit diese die nötigen Erledigungen durchführen.

„...meine Schwiegertochter kauft da immer für mich ein. Ich schreib da einen Zettel oder ich sag, was ich brauch und dann bringt sie mir das alles. Alleine gehe ich nicht mehr einkaufen. Ich muss ja mit den Stöcken gehen und dann ...erstens bin ich schon zu alt und zu blöd, ... Die sollen mir das bringen (lacht).“ (IP III: Z. 99–102)

Jeder einzelne der Interviewten hat seine eigene Strategie, um sich außerhäusliche Tätigkeiten zu organisieren, wie auch die folgende Interviewpartnerin, die auch Hilfe annimmt:

„...meine Töchter helfen mir oft beim Einkaufen.“ (IP V: Z. 523/524)

Nachhaltiges Denken wird von den InterviewpartnerInnen verlangt. Man muss größere Mengen einzukaufen, einen Vorrat anlegen, wenn man weiß, dass die Kinder eine längere Zeit nun nicht kommen werden.

„...sonst kaufe ich immer, wenn die Kinder kommen, für eine ganze Woche ein. ...fahre dann mit den Kindern einkaufen, oder, wenn ich nicht mitfahre, kaufen sie ein.“ (IP V: Z. 363–365)

Auch speziellere Angelegenheiten werden von Familienmitgliedern übernommen. Eine der Interviewpartnerinnen beschäftigt sich sehr intensiv mit Mundartgedichten. Die Suche bestimmter Buchexemplare ist oft mit großem Aufwand verbunden, wie es in den folgenden Zeilen beschrieben wird:

„...ich hätte so gerne den ‚Ziegelaufzug‘, und der C. hat dann in Wien in alten Büchereien geschaut und er hat einige Bücher von Rudniker gebracht (...) Und ich blättere das Buch schnell wieder durch und, oje, es ist wieder nicht drinnen. Dabei war er schon vorne, auf der zweiten Seite...“ (IP IV: Z. 530–533)

Den Interviewten in bestimmten Bereichen des Lebens Hilfe anzubieten, ihnen dadurch eine Freude zu bereiten, all das kann wertvolle Beziehungen zwischen den Beteiligten entwickeln. Durch eine harmonische, konfliktfreie und konstante Beziehung fällt es den Angehörigen leicht, Unterstützungsmaßnahmen zu tätigen.

Einigen Interviewten liegt es sehr am Herzen, regelmäßig Besuch von den engsten Angehörigen zu erhalten. Dennoch fällt es ihnen oft schwer, Hilfeleistungen anzunehmen. Die Sorge, eine Belastung für andere darzustellen, kommt in einigen Passagen sehr deutlich zum Ausdruck:

„...das ist die Einzige, die ich sonst noch habe, denn die Schwägerin und die, die haben auch nicht Zeit. Die schauen schon auch noch auf mich. Aber die haben ja auch noch alle ihre Familien und ihre Arbeit...“ (IP III: Z. 93–96)

Eine weitere Textstelle bezeugt dieselbe Meinung, dass Hilfe wohl gerne angenommen wird, die Interviewten aber keine Belastung für andere darstellen möchten:

„...Sie sind alle hilfsbereit. Aber ich will so wenig wie möglich jemanden belasten. (...) Das ist eh die Nichte vom Mann. Die ist hilfsbereit, wenn ich etwas brauche. Sie nimmt mir alles mit im Winter und so, einkaufen (...) also wenn ich etwas brauche, kann ich jederzeit zu ihr kommen.“ (IP V: Z. 357–361)

GEMEINSAM UNTERWEGS

Unter der Subkategorie „gemeinsam unterwegs“ werden Ausfahrten jeglicher Art mit der Familie verstanden, um die Interviewten ein wenig aus ihren eigenen vier Wänden zu bringen. Lediglich drei InterviewpartnerInnen haben davon gesprochen, noch häufiger unterwegs zu sein und Aktivitäten mit der Familie durchzuführen.

Zum Teil ist es die Aufgabe der Familienangehörigen, *Trips* zu planen oder ihre Lieben spontan im Rahmen eines Besuches irgendwohin auszuführen.

„...Tochter kommt und sagt, heute fahren wir wohin...“ (IP II: Z. 203–205)

Hin und wieder werden die Interviewten von der Familie oder Freunden zum Essen eingeladen, wie die folgende Interviewpartnerin in freudiger Erwartung erzählt:

„...Heute gibt es Käsekrainer (...) unten bei ihnen. ...muss ich runtergehen essen, bin ich eingeladen...“ (IP IV: Z. 847–849)

Dieselbe Interviewte erwähnt, dass sie erst vor wenigen Wochen mit ihrer Tochter und der restlichen Familie in Mörbisch war, um die Seefestspiele zu besuchen.

„...in der Nähe von Mörbisch (...) haben wir uns dort die Seefestspiele angeschaut. In Mörbisch, ach war das schön, das Weiße Rössl (...) die C. (Tochter) hat das organisiert, dass wir dann alle gefahren sind.“ (IP IV: Z. 124–127)

Stolz erwähnt dieselbe Dame in einer weiteren Passage, welch aufregendes Geschenk sie zu ihrem letzten halbrunden Geburtstag erhalten hat:

„...Zu meinem 75er habe ich zum ersten Mal eine Reise gemacht. Bin ich halt das erste Mal geflogen, nach ...ach Gott ... eine Flugreise habe ich bekommen, nach Zakynthos, Griechenland.“ (IP IV: Z. 771–773)

Diese Interviewpartnerin ist von der Einstellung der Kinder, sie überall hin mitzunehmen und in ihren Alltag integriert zu sein, nahezu gerührt. Durch die Offenheit und Liebe, die sie zueinander aufgebaut haben, ist eine Lebensführung abseits jedes Generationenkonfliktes möglich. Durch den guten Allgemeinzustand erhält sie die Chance, solche Ausflüge mit der Familie durchzuführen, was ihr sichtlich Freude bereitet und ihr auch das eigene Leben lebenswerter macht.

Drei Interviewte geben an, hin und wieder mit der Familie zu einer Buschenschank oder anderen Lokalisationen zu fahren, wie es das folgende Zitat beschreibt:

„Da bin ich schon mitgefahren zur Buschenschank oder so. Kurze Strecken halt. Urlaub und so hätten sie mich schon mitgenommen. Ist gut gegen Rheuma, haben sie immer gesagt...“ (IP V: Z. 347–349)

Ob ein Ausflug stattfindet bzw. wie lange ein solcher dauert ist zumeist vom momentanen gesundheitlichen Befinden der Interviewten abhängig. Oftmals werden Einladungen abgelehnt, da sich die GesprächspartnerInnen schwach oder kränzlich fühlen. So dieselbe Interviewpartnerin:

„Aber ich habe Angst. Wenn mir da etwas passiert... lieber nicht...“ (IP V: Z. 350)

Generell würden die InterviewpartnerInnen gerne kurze Ausflüge machen, um Neues zu sehen oder einfach Zeit mit der Familie verbringen zu können. Häufig siegt bei den eher kränklichen Befragten der Verstand und die Interviewten trauen sich es in ihrem Gesundheitszustand nicht mehr zu, sich einer derartigen Belastung auszusetzen. Zudem wollen sie oft vermeiden, eine Last für Angehörige zu sein. All das sind Gründe dafür, weshalb einige der Befragten auf Einladungen eher zurückhaltend reagieren. Sie genießen es auch, einfach nur im Garten, in der Küche oder im Wohnzimmer zu sitzen, vielleicht ein wenig spazieren zu gehen und Zeit mit der Familie zu verbringen.

FÜR ANDERE DA SEIN

Studien belegen, dass alte Menschen nicht nur Empfänger sind, sondern auch als Geber agieren können. Sie unterstützen ihre Familie, indem sie Hilfeleistungen anbieten (vgl. Kap. 4).

Dies spiegelt sich auch im Leben zweier InterviewpartnerInnen wider, die den Großteil ihrer Zeit investieren, um der Familie Arbeit abzunehmen. Eine Dame kocht täglich für ihren Sohn das Mittagessen, eine andere passt täglich auf ihre Enkelkinder auf. Die Tatsache, im Kreise der Familie mitzuarbeiten, vermittelt ihnen zum einen Wertschätzung für die geleisteten Handlungen, zum anderen wird das Gefühl vermittelt, noch gebraucht zu werden. Des Weiteren erhalten die Interviewten Sicherheit allein aufgrund des Umstandes, dass ständig Personen anwesend sind. Somit wird mitunter auch die Gefahr der sozialen Isolation eingedämmt.

Eine Interviewte unterstützt ihre Familie mit aufopferndem Engagement. Sie steht Punkt sechs Uhr früh auf, weckt die Sprösslinge, hilft ihnen beim Waschen und Anziehen, gibt ihnen ein Frühstück und schickt sie in die Schule. So entlastet sie deren Eltern, die beide im Berufsleben stehen. Der Nachmittag und Abend mit den Kindern sieht etwa wie folgt aus:

„Die kommen direkt hier her mit dem Bus, kommen zum Essen, und wenn die Mama kommt, gehen sie dann runter. Nachtmahl essen tun sie unten und nach dem Essen kommen sie dann wieder, weil sie hier schlafen.“ (IP IV: Z. 449–451)

Nachmittags, wenn die Kinder von der Schule direkt zur Oma kommen, werden meist die Aufgaben gemacht. Im Anschluss daran hat die Interviewte kleinere Aufträge zu erfüllen, die im Vorfeld mit den Eltern besprochen wurden.

„...Die Mama schreibt ihnen unten hin, bevor sie fortgeht: der D. muss zwei Kapitel lesen, ... und dann kommt er halt, er muss lesen ...“ (IP IV: Z. 475–476)

Die zweite Interviewpartnerin, die sich tatkräftig für die Familie einsetzt, kocht – wie bereits erwähnt – für ihren Sohn an Werktagen das Mittagessen.

„Die Schwiegertochter muss ja auch arbeiten. Sie ist in F. oben Lehrerin und so wursteln sie halt: er kommt zu mir und sie isst bei ihrer Mutter ...“ (IP III: Z. 196/197)

Um mit beiden Müttern, damit ist sowohl die Interviewte als auch die Schwiegermutter gemeint, weiterhin Kontakt halten zu können bzw. deren Gesundheitszustand etwas im Auge behalten zu können, wurde mit dem Sohn der Interviewten und der Schwiegertochter ausgemacht, dass das Mittagessen an Wochentagen bei der jeweiligen Mutter eingenommen wird. Damit kommt es zu keiner Benachteiligung. Zudem haben beide ältere Frauen noch die Aufgabe, für ihre Kinder Verantwortung zu übernehmen. So kommt der Sohn der Interviewten mehrmals täglich vorbei, um einerseits bei seiner Mutter zu essen und andererseits auch, um bei ihr nach dem Rechten zu sehen.

„...dann schaut er halt immer bei der Tür herein. Wir sind das halt schon so gewohnt ... Zu Mittag kommt er halt immer Essen und in der Früh schaut er halt immer so herein. Und am Abend schaut er auch noch rein. Ich passe halt auch immer bis er kommt. Es ist schön, dass man jemanden hat ...“ (IP III: Z. 63–67)

Diese Mutter-Sohn-Beziehung stellt eine intensive Beziehung dar, die von Liebe und Fürsorge geprägt ist. Drei der InterviewpartnerInnen weisen ähnliche Beziehungen zu ihren Angehörigen auf. Ohne das Verlangen von Gegenleistungen werden diese Tätigkeiten von den älteren Damen gerne durchgeführt, wenn diese auch oft als anstrengend empfunden werden. Es ist für sie eine Selbstverständlichkeit nach dem Generationenvertrag zu agieren und dort mitzuhelfen, wo es für ihre Ressourcen noch im Rahmen des Möglichen liegt.

Die Bedeutsamkeit der gegenseitigen Unterstützung findet sich auch in der folgenden Erzählung einer Interviewten, die aus ihrer Jugend stammt:

„...Weil der Vater krank geworden ist, musste ich wieder nach Hause, musste zu Hause arbeiten, dass es hier weitergegangen ist. Dann bin ich halt hier picken geblieben. Das hat sich halt so ergeben...“ (IP III: Z. 282–286)

Resümierend ist zu diesem Kapitel zu sagen, dass auch die Familienmitglieder mit der Einstellung handeln, *ihre älteren Angehörigen in schwierigen Zeiten nicht im Stich zu lassen*. Sie versuchen, ihre alleinlebenden Angehörigen in allen Lebenslagen zu unterstützen und soviel Zeit als möglich mit ihnen zu verbringen. Dadurch kann eine konstante und innige Beziehung aufrechterhalten werden.

Es ist davon auszugehen, dass etwa drei der Interviewpartnerinnen eine autarke Lebensführung nicht mehr in dieser Form bewerkstelligen könnten, wenn das soziale Netz nicht in der bestehenden Konstellation vorhanden wäre.

6.2.2. FREUNDE UND NACHBARN

Wie bereits (vgl. Kap. 3) erwähnt, stellt sich oft nach der Pensionierung eine Veränderung des sozialen Umfelds ein. Man zieht sich eher in die eigenen vier Wände zurück und verbringt die meiste Zeit des Tages im Eigenheim und der näheren Umgebung. Das soziale Netzwerk reduziert sich.

Aus den Interviews ist ersichtlich, dass v. a. das Unterstützungspotential der Familienangehörigen an erster Stelle steht. Aber auch Freunde und einzelne Nachbarn der Befragten sind relevante Personen in diesem Punkt. Sie bieten zum einen bei den Alltagsaktivitäten und in Ausnahmesituationen ihre Unterstützung an bzw. sind in manchen Fällen einfach zum Zeitvertreib da.

„...*Freunde kommen öfters zu Besuch.*“ (IP VI: Z. 121)

Nachbarsleute sind in den häufigsten Fällen auch als Freunde anzusehen. So beschreibt es zumindest eine der InterviewpartnerInnen:

„*Freunde habe ich rundherum: die Nachbarsleute, das sind alles meine Freunde, da verstehe ich mich mit allen gut...*“ (IP III: Z. 75/76)

NACHBARSCHAFTSHILFE IM ALLTAG

In der Subkategorie *Nachbarschaftshilfe im Alltag* werden jene Hilfeleistungen angeführt, die von Seiten des sozialen, außerfamiliären Umfeldes angeboten und durchgeführt werden.

Auf die Frage, ob es eine Art Nachbarschaftshilfe gebe, wurde z. B. folgende Antwort gegeben:

„*Ist ja keiner da...*“ (IP I:Z. 456)

Damit ist jedoch lediglich gesagt, dass jene Häuser, die sich in unmittelbarer Nähe befinden, leer stehen bzw. nur mehr von anderen, auch älteren, alleinlebenden Personen bewohnt werden.

Im Allgemeinen geht aus den Interviews hervor, dass von vielen Seiten zahlreiche Unterstützungen angeboten werden, wenngleich diese nicht immer von den unmittelbar angrenzenden Nachbarn kommen. Freunde und Nachbarn stellen für alleinlebende Personen eine wichtige Komponente ihres Lebens dar. Sie werden von ihnen bei alltäglichen Dingen unterstützt.

Alle Befragten verfügen zumindest über ein kleines Netzwerk von außenstehenden Personen, das in die verschiedenen Alltagsaktivitäten wie Putzen, Einkaufen, Fahrtendienste usw. integriert ist.

Eine Interviewpartnerin schildert es so:

„Wenn mal keiner hier ist, kann ich immer zur M. (Nachbarin) gehen [...] Sie ist sogar jede Woche gekommen. Wenn niemand da ist, fragt sie, ob sie etwas mitbringen soll oder ob ich mitfahren möchte, wenn ich eine Milch brauche oder ein Brot. Das bringt sie mir. Sie bringt alles...“ (IP V: Z. 365–368)

Aus der Familie des einzigen männlichen Interviewpartners sind bereits alle nächsten Angehörigen verstorben. Somit ist er generell auf sich alleine gestellt. Eine Nachbarin kommt mehrmals in der Woche bei ihm vorbei, einerseits um nach dem Rechten zu sehen, andererseits erledigt sie einen kleinen Teil seiner Hausarbeit.

„Auskehren, Heizen und Kochen. Zum Putzen kommt öfter jemand. Gestern war auch jemand hier, eine Doiberin.“ (IP VI: Z. 32/33)

Normalerweise fährt er mit seinem PKW in das einige Kilometer entfernte Stammlokal, um zu Mittag zu essen. Doch auch diesbezüglich übernimmt die erwähnte Nachbarin Fürsorge.

„...die R. bringt mir immer was rüber, die kocht für mich zu Mittag mit...“ (IP VI: Z. 54/55)

Auch eine andere Interviewpartnerin, die grundsätzlich noch selbst mit dem Auto fährt und sich sehr in der Gemeinde engagiert, möchte trotz ihrer Selbstständigkeit für spezielle Reinigungsarbeiten Hilfe aus der Nachbarschaft in Anspruch nehmen, um sich den Alltag etwas zu erleichtern.

„...jetzt werde ich mal die N. anrufen. Die wird mir mal helfen, die Rollos zu putzen, weil die gehören jetzt geputzt und da muss man außen und innen zugleich putzen, da nehme ich mir dann jemanden...“ (IP IV: Z. 1006–1008)

Vor allem bei Tätigkeiten wie Hausrenovieren, Putzen usw. wird verstärkt das soziale Umfeld um Hilfe gebeten.

Aufgrund der Tatsache, dass nur mehr zwei InterviewpartnerInnen mit dem Auto mobil sind, ist das Angebot von Transportdiensten als sehr wichtig einzustufen. Einerseits wird den Menschen so die Möglichkeit eröffnet, größere Einkäufe selbst zu tätigen, andererseits, und das ist für die älteren Personen sehr bedeutend, die Fahrt zur heiligen Messe machen zu können.

„Alle vierzehn Tage gehen wir zur Kapelle hinauf, oder wir fahren mit dem X. (...) Und er will halt auch seine Cousinen, seine Bekannten mit dem Auto bringen. Der wohnt aber jetzt in J. drüben. Dann kommt er immer samstags rüber. Jetzt ist immer um 19:00 Uhr oben die Messe, und dann nimmt er die U. und mich immer mit. Sonntags ist [die Messe] unten. Jetzt ist [die Messe] alle zweiten Sonntage unten, weil die C., die steht ja auch nicht immer so früh auf. Arbeiten muss sie gehen und jetzt soll sie sonntags wegen uns aufstehen so früh. Wir sind froh, wenn sie uns jeden zweiten Sonntag fährt. Sie ist so was Gutes.“ (IP I: Z. 404–418)

Nicht nur die Familie um Unterstützung bitten zu müssen, sondern auch selbst flexibel zu sein und Nachbarn oder Freunde in gewissen Bereichen um Hilfe bitten zu können, erleichtert die Situation des Alleinwohnens erheblich. Man sieht, dass sich in einigen Fällen ein konstantes, Unterstützung bietendes Nachbarschaftsverhältnis entwickelt hat, das ganz nach den individuellen Bedürfnissen der Interviewten zum Einsatz kommt.

NACHBARSCHAFTSHILFE IN AUSNAHMESITUATIONEN

Eine weitere Form der Nachbarschaftshilfe ist das Bemühen, für den Nachbarn im Notfall bzw. in Zeiten der Krankheit Sorge zu tragen.

„(...) wenn bei der Nachbarin was passiert oder so, dass man den Doktor anruft oder so ...“ (IP II: Z. 313/314)

Für diese älteren Personen ist es von großer Bedeutung zu wissen, dass die Nachbarn auch aufmerksam sind, wenn beispielsweise in der Früh die Jalousien nicht hinaufgezogen wurden, wie es normalerweise bei Frau M. der Fall ist, so dass es auffällt, wenn etwas hier nicht in Ordnung wäre.

Eine Befragte erzählt davon, wie sie vor wenigen Jahren einen Herzstillstand mit Nierenversagen überlebt hat. Sie hatte das Glück, dass sich ein guter Freund und Arzt aus der Nachbarschaft, der gerade zu Hause war, für eine optimale Erstversorgung eingesetzt hat. Er hat dafür gesorgt, dass sie sofort per Helikopter in ein Spital nach Wien geflogen wurde, wo sie eine erstklassige Versorgung erhielt.

„...und wenn sich der Sp. (Nachbar) nicht so eingesetzt hätte, dann wäre ich gestorben, dann wäre ich nicht mehr am Leben.“ (IP V: Z. 698–699)

Eine Interviewte sieht es als eine ihrer Lebensaufgaben an, sich um Nachbarn und Nachbarinnen sowie FreundInnen zu kümmern, die an Behinderungen leiden und so in ihrem täglichen Tun gehandicapt sind.

„...also der Frau Y. stehe ich halt bei, weil die ist alleine daheim...“ (IP IV: Z. 804)

und

„Und sonst bin ich auch immer viel unterwegs: ist dort ein Kranker, ist da ein Kranker. Da ist zum Beispiel die Frau. F.: der musste man den Fuß abnehmen, oberhalb des Knies. Mit der muss man halt Karten spielen, weil sie das eben gerne tut...“ (IP IV: Z. 116–118)

Diese Interviewpartnerin setzt sich freiwillig für andere ein, möchte jenen Menschen, die sie als Freund gewonnen hat, in ihrem Alltag unterstützen und ihnen Freude

bereiten. Vom burgenländischen Bischof, Paul Iby, hat sie bereits eine Urkunde für das Engagement und den Einsatz besonderer Dienste erhalten. Eine solche Anerkennung motiviert und bestärkt sie in ihrem Tun.

Nicht in Fällen wird Hilfe von Seiten der Nachbarschaft angenommen. So hat eine Frau jahrelang ihre Mutter gepflegt und tat dies eher zurückgezogen, ohne Unterstützung aus dem nachbarschaftlichen Umfeld anzunehmen. Gerade in solch intimen Bereichen ist es vermutlich schwierig, diese Arbeit, diese Last an Außenstehende abzugeben. Zudem möchte man oft auch nicht, dass andere wissen, wie es einem geht bzw. wie die Situation in Wirklichkeit aussieht.

6.2.3. PROFESSIONELLE DIENSTE

Ganz allgemein gesehen wird von den InterviewpartnerInnen nur in sehr geringem Maße professionelle Hilfe in Anspruch genommen, und wenn, dann ausschließlich in Form von Hauskrankenpflege und Arztbesuchen. Auf die Frage, ob professionelle Hilfe angenommen werde, kommt meist die Antwort:

„...regelmäßig kommt da niemand her, nur wenn ich jemanden brauche...“ (IP III: Z. 140)

Lediglich wenn Erkrankungserscheinungen auftreten wird von Seiten der Interviewten tatsächlich professionelle Hilfe geordert.

MOBILE ARZTBESUCHE

Nur zwei Damen nehmen in regelmäßigen Abständen Hausbesuche eines örtlichen Arztes in Anspruch.

„Soweit geht's mir eh ganz gut. Ja, und der Doktor, der kommt auch alle vierzehn Tage; ja alle vierzehn Tage, drei Wochen.“ (IP I: Z. 67–69)

und

„Der Arzt, der war gestern wieder hier, der T. (...) Der geht uns jedes Mal besuchen, mich und die Frau X (Nachbarin) auch. Der kommt fast alle drei Wochen...“ (IP II: Z. 265–267)

Die Häuser liegen nicht weit voneinander entfernt. So wird im Vorfeld vereinbart, bei wem sich die Damen treffen und auf den Arzt warten. Im Rahmen dieser Besuche wird beispielsweise der Blutdruck gemessen sowie die notwendigen Rezepte ausgestellt.

„...der wird schon Krankenbesuche machen. Geht ja so auch überall rein, und inzwischen gehe ich dann schon rüber, zur Blutabnahme oder so ...“ (IP II: Z. 122–125)

Diese Damen fühlen sich, den Berichten zufolge, gut aufgehoben. Sie werden in zeitlichen Abständen von zwei bis drei Wochen vom Arzt durchgecheckt und haben damit auch die Möglichkeit, einen wichtigen Kontakt aufrechtzuerhalten. Die zweite Aussage (*„der geht uns jedes Mal besuchen“*) beschreibt wohl auch die Entzückung der Interviewten über die Anerkennung, für wenige Minuten im Mittelpunkt zu stehen und von einem Arzt Besuch zu erhalten – sich also jemand von außerhalb der Familie um sie sorgt.

Sind die InterviewpartnerInnen nicht in der Lage, selbstständig einen Arzt aufzusuchen, übernimmt zumeist die Familie oder die nahen Angehörigen die Organisation der Fahrten.

„Das machen dann eh die Kinder, wenn ich etwas brauche...die Schwiegertochter kümmert sich dann darum und dann kommt auch der Arzt vorbei... und wenn ich krank bin, kümmert die sich dann... Man weiß halt nicht, was kommt. Hilft eh nichts...“ (IP III: Z. 147–151)

„Wenn ich nicht hinfahren kann, dann fährt er her und kommt vorbei der Doktor (...) Da fahre ich sonst mit den Kinder hin, regelmäßig kommt der nicht (...)“ (IP V: Z. 374/375)

INANSPRUCHNAHME DER PROFESSIONELLEN PFLEGE

Nur in Ausnahmesituationen, beispielsweise bei schweren Erkrankungen bzw. nach Operationen, wie es bei einer Dame nach einem Fahrradsturz, der schon längere Zeit zurück liegt, der Fall war, wird professionelle Pflege angenommen, um beispielsweise Verbände zu wechseln.

„...die Hauskrankenpflege ist jeden Tag gekommen und hat das verbunden und neu wieder eingeschmiert...“ (IP I: Z. 176–178)

Primäre Ansprechpartner bei Erkrankungen oder Notfällen sind die engsten Angehörigen. Arztbesuche werden in kontinuierlicher Art und Weise nur von zwei Interviewpartnerinnen in Anspruch genommen, die übrigen nehmen mobile Dienste nur bei Bedarf an. Hauskrankenpflege wird nur in Fällen gerufen, in denen spezielle pflegerische Aspekte zu berücksichtigen sind. Im Vorfeld wird aber auch von den Interviewpartnerinnen erwähnt, dass eine häusliche Pflege bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit eine gute Option der Betreuung wäre, um im Privathaushalt weiterhin leben zu können. Zum Zeitpunkt der Interviewführung wären solche Pflegehandlungen für keine(n) der Interviewten akut nötig gewesen, da bei allen die Selbstständigkeit in einem hohen Maße gegeben ist und jeder einzelne der Befragten versucht, seine Ressourcen aufrechtzuerhalten bzw. diese weiterhin zu optimieren.

6.2.4. MATERIELLE STÜTZEN

Nicht nur personelle Stützen können die Selbstständigkeit fördern sondern auch materielle bzw. funktionale Hilfen. Damit sind jene Mittel gemeint, welche einem Menschen, egal ob jung oder alt, das Leben erleichtern und den Autonomieerhalt zu fördern vermögen. In diesem Kapitel werden folgende Kategorien veranschaulicht: *zur Stärkung der Sinne, um in Kontakt zu bleiben* sowie die Subkategorie *mobil durch den Tag*.

ZUR STÄRKUNG DER SINNE

Zur Unterstützung der Sinnesorgane wenden alle Interviewpartnerinnen ein für sie hilfreiches Produkt an, beispielsweise eine Brille oder ein Hörgerät, wie es in den folgenden Passagen dargestellt wird.

Zwei InterviewpartnerInnen beschreiben mit nur wenigen Worten, wie wichtig eine Brille für sie ist:

„Ich habe eine Brille, da sehe ich eh alles.“ (IP VI: Z. 58)

„Also, ohne Brille sehe ich nicht mehr viel ...“ (IP II: Z. 79)

Durch die Anwendung eines mechanischen Hilfsmittels kann der Alltag erleichtert werden. Eine Interviewpartnerin benutzt ein Hörgerät, wodurch sie kaum Probleme im auditiven Alltag hat.

„...das Hörgerät habe ich ...“ (IP II: Z. 334)

Eine andere Interviewpartnerin, die kein Hörgerät benutzt, empfindet die Situation als schwierig. Auf die Frage, wie es ihr mit dem Gehör gehe, antwortet sie mit folgenden Worten:

„Schlecht, weil ich nicht mehr gut höre. Schon schwer... Hören tu ich schlecht...“ (IP V: Z. 103)

Während des Interviews ist sie mehrmals zur Haustüre gegangen, um zu sehen, ob jemand geläutet oder angeklopft hat. Früher hat sie es meist bemerkt, wenn jemand an der Tür geläutet hat oder ums Haus geschlichen ist. Heute fühlt sie sich oft in ihrem eigenen Haus unsicher (vgl. Kap. 6.3.2).

Durch dieses Beispiel wird sehr offensichtlich, dass sich ohne die Anwendung materieller Stützen ein Defizit in der autonomen Lebensführung auf tun kann. Das Gefühl, beobachtet zu werden bzw. gewissen Situationen ausgeliefert zu sein, kann dazu führen, dass sich Ängste entwickeln.

UM IN KONTAKT ZU BLEIBEN

Auch neue Techniken, z. B. Handys, werden von den InterviewpartnerInnen genutzt.

„Ich habe eh ein Handy...“ (IP VI: Z. 48)

Zwei der Interviewpartnerinnen verwenden ein solches, um ständig erreichbar zu sein und im Notfall rasch Hilfe holen zu können.

„...ich habe das Telefon, wenn etwas ist...“ (IP V: Z. 536)

Eine der Handynutzerinnen besitzt eine Art Seniorenhandy, mit extra großen Tastaturfeldern, auf denen die Ziffern gut leserlich sind und ihr das Tippen erleichtern.

„Das ist praktisch für mich. Meine Finger greifen nicht mehr so wie sie sollten...“ (IP IV: Z. 835)

Auf die Frage, wie es ihr generell beim Telefonieren ergehe, meinte eine Interviewpartnerin:

„...ich telefoniere nicht viel, komm aber zurecht, wenn ich was brauch...“ (IP II: Z. 335/336)

Allgemein finden sich noch alle Interviewten gut mit einem Telefon zurecht. Die Telefonnummern werden aufgeschrieben, um sie in Reichweite zu haben, wenn diese benötigt werden. Telefonate werden vorwiegend geführt, um sich zu erkundigen, wie es bestimmten Personen geht, bzw. um bei jemandem anzufragen, wenn sie etwas benötigen. In den meisten Fällen wird aber eher wenig telefoniert.

MOBIL DURCH DEN TAG

In der Subkategorie „mobil durch den Tag“ werden sowohl innerhäusliche als auch außerhäusliche Aspekte angesprochen. Mobil sein zu können entspricht einem Grundbedürfnis, um den Alltag selbstständig bewältigen zu können, und steht in vielerlei Hinsicht mit dem Gesundheitszustand in Verbindung. Je nach Lebenssituation treten unterschiedliche Ansprüche im Bereich der subjektiven Mobilität auf. Die Bandbreite reicht vom Leben mit einem Gehstock bis zur Inanspruchnahme verschiedener Verkehrsmittel.

Hinsichtlich der vorhandenen öffentlichen Verkehrsmittel ist zu erwähnen, dass es von der Hauptstraße aus eine Busverbindung gibt. Nicht alle InterviewpartnerInnen wohnen zentral in den Ortschaften. Dadurch haben sie meist keinen direkten Anschluss an diese Busverbindung. Dies bedeutet, dass in den meisten Fällen einige Kilometer bis zur Bushaltestelle zurückzulegen sind. Des Weiteren fahren die Busse nur an Schultagen sowie zur heiligen Messe und zu Begräbnissen (zu vorgegebenen Zeiten), was teilweise von den Interviewten auch genutzt wurde bzw. wird.

„...früher beim Begräbnisfahren, vor 2 Jahren, da bin ich immer mit dem Bus mitgefahren, zum Begräbnis oder in die Kirche...“ (IP II: 110–113)

Die vorhandenen Taxidienste sind nach telefonischer Vereinbarung zu bestellen. Diese werden jedoch von Seiten der InterviewpartnerInnen eher selten bis gar nicht in Anspruch genommen.

„...Taxi nicht, das kann ich mir nicht leisten. Mit dem Bus fahre ich auch nicht gerne. Mir wird es nämlich leicht schlecht [...] Mit dem PKW mitfahren ist das Beste ...“ (IP V: Z. 511–513)

Aus diesem Grund ist die Mehrheit der Interviewten von anderen Fortbewegungsarten abhängig: diese inkludieren „per pedes“, das „Radl“, das „eigene Auto“ sowie die Unterstützung von Angehörigen.

Eine männliche und eine weibliche Interviewperson fahren noch selbständig mit ihrem Wagen, für diese beiden das Hauptverkehrsmittel. Sie sind in ihrer Mobilität unabhängig von anderen und können je nach Belieben ihren Tätigkeiten nachgehen. Einer dieser Interviewpartner spricht mit ganzem Stolz davon, dass er bereits seit 54 Jahren mit dem PKW auf den Straßen unterwegs ist:

„Ich habe das Auto. Mein Radl habe ich schon lange weggeschmissen. Seit 1955 fahre ich jetzt schon mit dem Auto...“ (IP VI: Z. 72–74)

Zudem beschreibt er, wie es ihm beim Autofahren ergeht:

„...weil Auto fahren tu ich gerne und ich glaube, dass ich noch gut fahre. Ich würd es ja spüren, wenn es nicht mehr so gut gehen würde.“ (IP IV: Z. 270–272)

Die zweite Interviewte, die noch mit ihrem eigenen PKW fährt, lässt sich nicht davon abbringen, alleine auch weitere Strecken anzutreten.

„Ja, da fahre ich schon noch. Graz auch... In die Stadt fahre ich nicht mehr weit hinein, bis zum Spital meistens. Da fahre ich in die Tiefgarage...“ (IP IV: Z. 131/132)

In der Stadt angelangt, werden von ihr die öffentlichen Verkehrsmittel in Anspruch genommen.

„...mit dem Bus und mit der Straßenbahn und so fahre ich auch immer.“ (IP IV: Z. 462)

Vier der InterviewpartnerInnen besitzen keinen PKW-Führerschein und waren bislang auf ihr Fahrrad und ihr soziales Umfeld angewiesen. Gesundheitliche Einbrüche waren bei jeder dieser Personen ein Grund, die Tätigkeit des Radfahrens zumindest schon einmal aufgegeben zu haben.

„Rad fahren... Ich bin Jahre nicht gefahren und jetzt habe ich wieder ein bisschen probiert ...“ (IP V: Z. 244/245)

In irgendeiner Weise mobil zu sein ist für die Interviewten von fundamentaler Bedeutung, denn sie wollen ihnen wichtige Wege, wie den Weg in die Kirche bzw. auf den Friedhof, zurücklegen können. In zahlreichen Aussagen der Interviewten wird der Friedhof angesprochen, jener Ort, an welchem ihre Ehegatten begraben sind. So erzählt auch eine Interviewpartnerin davon, wie sich der Weg zum Friedhof für sie im Laufe der Zeit verändert hat:

„...zum Friedhof zum Beispiel bin ich früher immer mit dem Fahrrad gefahren. Jetzt fahren wir halt mit dem Auto. Taxi aufnehmen ist mir zu teuer...“ (IP II: Z. 103–105)

Auch für andere Fahrten werden die Dienste von der Familie, Freunden und anderen Personen angenommen (vgl. Kap. 6.2.1 und 6.2.2). Sind größere Besorgungen zu machen, können die InterviewpartnerInnen mit dem Fahrzeug der Angehörigen oder bei Freunden mitfahren.

„Meine Tochter hat ein Auto, der Neffe hat ein Auto. Wenn wir irgendwo hinfahren, dann haben wir eh ein Auto ...“ (IP II: Z. 82/83)

Im weiteren Verlauf der Interviews werden materielle Stützen angesprochen, z. B. ein Gehstock. Lediglich eine Interviewpartnerin geht ständig mit einem Gehstock. Eine weitere ist zur Zeit der Interviewführung durch einen Gips am Bein gehandicapt und benützt Krücken.

„...wenn ich halt gehe, habe ich eh meinen Stock. Mit dem gehe ich halt den ganzen Tag in der Küche. Dann vergesse ich ihn wieder irgendwo und dann fliegt er wieder um (lacht) und macht einen Krach. Ärgern tut er mich auch immer wieder. Und ohne Stecken kann ich auch nicht sein...“ (IP III: Z. 160–164)

Alle anderen Personen sind ohne Hilfsmittel in der Lage längere Wegstrecken zurückzulegen und bedürfen in diesem Bereich auch keinerlei Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Von Vorteil ist natürlich, wenn das Haus bzw. der zentrale Wohnbereich barrierefrei gestaltet ist.

Die Hälfte der Privathaushalte der InterviewpartnerInnen ist zum größten Teil, bis auf zwei bis drei Stufen, flach zu begehen. Zwei der Haushalte sind generell nur über Stiegen erreichbar, was aus Sicht der Befragten jedoch kein primäres Problem darstellt.

„...Stiegen sind kein Problem. Gefallen bin ich auch noch nicht.“ (IP VI: Z. 45/55)

„...drei Stufen sind das halt. Das geht noch. Sonst ist eh alles flach ...“ (IP III: Z. 208/209)

Das Motto einer älteren Frau hinsichtlich dieser Thematik lautet:

„Solange man vorsichtig ist... Man darf halt nicht hudeln und schusseln.“ (IP V: Z. 495)

Es hat sich gezeigt, dass auch kleine technische Hilfsmittel, wie beispielsweise ein intaktes Hörgerät, bereits einen enorm positiven Einfluss auf das Selbstvertrauen sowie das allgemeine Wohlbefinden eines Menschen nehmen kann. Ohne den gezielten Einsatz materieller Stützen wäre es für einige der InterviewpartnerInnen nur schwer möglich, einen autonomen Haushalt bzw. ein geregeltes Leben zu führen.

6.3 GRENZEN DER EIGENEN SELBSTSTÄNDIGKEIT

In dieser Kategorie werden Grenzen und Hindernisse der Selbstständigkeit so dargestellt, wie sie sich im Leben der InterviewpartnerInnen repräsentieren. Gerade im hohen Alter, wenn man alleine lebt, schon etwas gebrechlich ist und in einigen Bereichen des körperlichen Befindens degeneriert, lassen sich die *Grenzen der eigenen Selbstständigkeit* gut erkennen.

Die erste Unterkategorie nimmt Einblick in den *Gesundheitszustand* der Interviewten und zeigt damit verbundene Einschränkungen und Veränderungen auf.

Als zweite Subkategorie werden subjektive *Ängste und Sorgen* sowie Belastungen der InterviewpartnerInnen besprochen. Die letzte Kategorie stellt das *Verlangen nach sozialen Kontakten* dar, das im letzten Teil der Ergebnisse in Augenschein genommen wird.

Die Prioritäten der InterviewpartnerInnen haben sich in den vergangenen Jahren merklich verändert. Es sind andere Dinge im Leben der Befragten wichtiger geworden.

Es ist kein Muss, alleine im hohen Alter noch die Felder zu bewirtschaften. Ein ganzes Leben lang hat ein Interviewpartner einen Hof mit Acker und Tieren betrieben. Heute ist er dieser Arbeit nicht mehr verpflichtet, wie er selbst beschreibt:

„So am Acker draußen arbeite ich nichts mehr und so. Früher bin ich noch mit dem Traktor gefahren, habe umgebaut und gepflügt, und alles habe ich gemacht. Jetzt mache ich das alles nicht mehr. Heute muss ich nicht mehr.“ (IP IV: Z. 106–109)

Grenzen und Veränderungen lassen sich erkennen, die sich die InterviewpartnerInnen selbst eingestehen müssen. Sie machen das Beste aus der Situation und versuchen noch oft über ihre Grenzen hinauszugehen.

6.3.1. GESUNDHEITZUSTAND

Schon im Vorfeld (vgl. Kap. 6.1.3) wurde auf die „Bewältigung von Altersveränderungen“ sowie der „Bewältigung von Krankheiten“ näher eingegangen. Um diese Abschnitte nicht zu wiederholen, wird in diesem Subkapitel über den generellen gesundheitlichen Zustand sowie über den Umgang und die Handhabung der Medikamenteneinnahme gesprochen.

Einleitend einige Worte einer Interviewpartnerin darüber, wie sie ihren Gesundheitszustand einschätzt:

„Ich weiß nicht. Ich glaube, dass ich gesund bin. Ich glaube, ich bin gesund. Ich habe wohl mit den Venen zu tun... Nein, ich glaube, ich bin gesund. Mit den Venen hat es mich anständig gehabt (...) Ich hatte Osteoporose...“ (IP IV: Z. 243–246)

„ALLERHAND WEHWEHCHE“

In dieser Subkategorie werden jene physischen und psychischen Erscheinungsbilder dargestellt, die die InterviewpartnerInnen aus eigener Sicht als „Wehwehchen“, beschreiben. Dabei werden eher kleine Schmerzzustände u. Ä. berücksichtigt, die täglich auftreten können, oft mit dem Alter einhergehen und mit denen die Interviewten versuchen, so gut als möglich umzugehen.

„...wenn man alt ist, hat man allerhand Wehwehchen. Da hilft eh nichts. Aber mir tut der Magen oft weh. Aber was soll man denn tun?“ (IP III: Z. 172/173)

Mit dem Alter nimmt die Mobilität des Bewegungsapparates ab, was auch anhand der Interviews sehr deutlich wird. Immer wieder sprechen die InterviewpartnerInnen davon, dass es nicht mehr so geht wie früher:

„...früher bin ich immer gegangen. Ich mag nicht mehr. Es ist vorbei.“ (IP III: Z. 124)

„...meine Beine tun halt so weh. Ich kann halt nur schwer gehen, und alt bin ich schon und ...“ (IP III: Z. 150/151)

Auch Wetterfühligkeit gibt eine Interviewpartnerin als Grund für Bewegungseinschränkungen an:

„...wenn ich das Wetter spüre, dann tut mir alles weh, Knie und alles.“ (IP II: Z. 309/310)

Die Beschwerden einer anderen Interviewpartnerin sind auf zahlreiche Allergien zurückzuführen.

„...ich habe auch dauernd Schnupfen. Heute ist es wieder besser (...) nur Wasser trinken. Da kann ich nichts kochen und backen, da rinnt die Nase. Interessant, heute geht es. Habe ich mich schon gefreut. Vielleicht hat es jetzt endlich aufgehört. Ich traue mich eh nicht fortgehen...“ (IP V: Z. 232–236)

Aufgrund dieses Symptoms ist sie in ihrem Tun und Handeln enorm eingeschränkt. Weder ist es ihr möglich, die Arbeit in der Küche zu erledigen, noch traut sie sich, das Wohnumfeld zu verlassen.

Um weiterhin autark einen Haushalt führen zu können, ist der Erhalt der Gesundheit größtes Gut. Diese beschriebenen *Wehwehchen*, von welchen die InterviewpartnerInnen sprechen, werden je nach Individuum als leicht oder schwer ertragbar hingenommen. Die Akzeptanz und der Umgang mit den jeweiligen Krankheitssymptomen sind jedoch als positiv einzuschätzen. Die Interviewten sind dazu entschlossen, mit den Einschränkungen zu leben, und versuchen diese so gut als möglich im Tagesgeschehen auszublenden. Dies geschieht durch Selbstdisziplin und die Motivation, die Gesundheit bestmöglich aufrechterhalten zu wollen. Damit diese *Wehwehchen*, wie sie sagen, nicht eines Tages zu schweren Erkrankungen führen und somit dramatischen Einfluss auf den autonomen Alltag nehmen.

SCHWERE KRANKHEITEN

Die meisten InterviewpartnerInnen haben im Laufe ihres Lebens eine Reihe an Erkrankungen durchgemacht. Sie haben dadurch viel erlebt und müssen auch jetzt noch mit täglichen gesundheitlichen Problemen, zum Teil mit Folgeerkrankungen kämpfen, die ihnen das Leben oft erschweren.

Visuelle Einschränkungen haben alle Interviewten geäußert: eine Brille ist bei allen vonnöten. Eine Interviewpartnerin leidet zudem an einer Augenerkrankung, die aus Sicht ihres Arztes irreversibel ist.

„...und zwar habe ich eine Makuladegeneration. Mit dem Auge sehe ich nichts, mit dem Linken. Das ist jetzt schon 4 Jahre. Die Krankheit für sich ist altersbedingt und so, wie ich jetzt gehört habe, ist es sehr häufig, und vor allem bei älteren Menschen...“ (IP IV: Z. 298–301)

Im Wesentlichen kommt die Interviewte sehr gut mit dieser Erkrankung zurecht. Nur beim Rad- oder Autofahren, was sie beides nicht aufgeben möchte, empfindet sie es selbst als eine Behinderung.

Durch frühere Erkrankungen ist eine andere Interviewpartnerin vorsichtiger in ihrem Handeln geworden.

„...ich strenge mich nicht an, weil ich nicht kann, weil ich krank war...“ (IP V: Z. 14/15)

„...ich darf mich nicht anstrengen.“ (IP V: Z. 35)

Aufgrund dessen ist es ihr auch nicht mehr möglich, Tätigkeiten bestimmter Art durchzuführen.

„...ich kann bei der Hitze nicht rausgehen. Ich bekomme mit dem Herz Probleme.“ (IP V: Z. 139/140)

Im Anschluss an das Interview begleitete sie mich hinaus in den Garten. Da jedoch ein heißer, sonniger Tag war, suchte sie sofort einen schattigen Platz auf. Sie leidet sehr an dieser gesundheitlichen Beeinträchtigung, zumal sie die meiste Zeit der Woche alleine ist und vorwiegend in den Sommermonaten sehr in ihrem Tätigkeitsfeld eingeschränkt ist. Des Weiteren spricht dieselbe Interviewpartnerin davon, dass sie zunehmend bemerkt, dass ihr Kurzzeitgedächtnis stetig schlechter wird. Sie vermutet, dass dies das Anfangsstadium der Krankheit Alzheimer ist, da auch ihre Mutter schon an dieser heimtückischen Erkrankung gelitten hätte.

„...das Wichtige ist halt, dass man geistig beieinander ist, ein bisschen. Ich bin halt so vergesslich, und werde es immer mehr. Mein Kurzzeitgedächtnis ist halt schlecht: was gestern war verwechsle ich schon mehr, aber was vor Jahren war, weiß ich noch genau. Von den letzten Tagen da weiß ich nicht, war es gestern, war es vorgestern? Ich sehe es selbst. Ich weiß, dass für die Vergesslichkeit Alzheimer wahrscheinlich ist.“ (IP V: Z. 200–205)

Sie leidet sehr darunter, häufig nicht mehr einordnen zu können, was in den letzten Tagen genau geschehen ist. Zudem kommt durch die Erfahrung hinzu, die sie mit ihrer Mutter gemacht hat: das Wissen über den Verlauf der Krankheit Alzheimer. Wodurch sie aber auch darin bestärkt wird, täglich über ihre eigenen Grenzen hinwegzusehen und einzelne Ereignisse im Alltag mit Humor zu nehmen, wie sie in den nachstehenden Zeilen schildert:

„...heute habe ich den Radio verschaltet (...) Mein Cousin [...] hat mir das angezeichnet, wo ich schalten darf, wo der Burgenländer ist. Durch das Vergesslich-Sein, habe ich mir gedacht, der gehört mal sauber abgewischt (lacht). Und ich wische und wische, und ich hab es vergessen, was er angezeichnet hat. Ich habe alles weggewischt. Ich habe mir gedacht, ja warum ist das so schmutzig? Danach bin ich draufgekommen, als ich Radio hören wollte. Geht nicht. Habe ich das weggewischt, und das geht nicht ...“ (IP V: Z. 108–115)

Zuletzt wird hier eine typische Alterserscheinung und zwar Osteoporose angesprochen. Eine Interviewte erzählt in wenigen Worten davon, wie es ihr damit ergeht:

„...die Knochen, Osteoporose. Ganz schlechte Werte habe ich da. Gebrochen habe ich mir die Hand vor 3 Jahren, doppelt ...“ (IP V: Z. 182–184)

Nach Berichten der InterviewpartnerInnen leiden drei dieser Personen an einem herabgesetzten Allgemeinzustand, wodurch diese täglich an ihre subjektiven Grenzen stoßen.

Allgemein ist zu erwähnen, dass insgesamt eine Vielzahl an Krankheiten von den Interviewten durchlebt wurde bzw. durchlebt wird: von Brustkrebs, Rheuma, Neurodermitis, Knochenbrüchen bis hin zu akutem Nierenversagen. Zum Teil werden von einzelnen InterviewpartnerInnen mehrere Krankheiten aufgezählt. Es kann demnach davon ausgegangen werden, dass es sich in den meisten Fällen um eine Multimorbidität handelt, was gerade im höheren Alter keine Seltenheit ist. Der persönliche Umgang mit den verschiedenen Krankheitsbildern ist bemerkenswert. Alle Interviewten versuchen trotz verschiedener Erkrankungen weiterhin einen autonomen Alltag zu bewerkstelligen. Sie sind sich im Klaren darüber, dass eine autonome Lebensführung in den eigenen vier Wänden nur dann bestehen kann, wenn sie aus physischer und psychischer Sicht noch dazu in der Lage sind, diese auch zu führen. Dies ist wohl jener Aspekt, der sie motiviert und bestärkt, das gesundheitliche Befinden nicht degenerieren zu lassen.

DER UMGANG MIT MEDIKAMENTEN

Um den Gesundheitszustand aufrechterhalten zu können, werden verschiedene Medikamente für die jeweiligen Krankheitssymptome eingenommen. In der Subkategorie „Umgang mit Medikamenten“ wird die Anwendung dieser Produkte näher beleuchtet.

Alle InterviewpartnerInnen nehmen regelmäßig mindestens ein Medikament ein, das sie vom Arzt verschrieben bekommen, wie im nachstehenden Zitat zum Ausdruck kommt:

„...Medizin nehme ich halt, verschreibt mir der Arzt immer. Kleinigkeiten, ich hab halt Kleinigkeiten. Wenn man alt wird, wird man halt schwächer.“ (IP VI: Z. 61–63)

Oder es werden rezeptfreie Präparate eingenommen, um das tägliche Wohlbefinden zu stärken. Wie beispielsweise das altbewährte „Aspro“, welches laut Angabe einer Interviewpartnerin gegen vielerlei einsetzbar ist.

„...ich nehme da meistens Aspro.“ (IP III: Z. 147)

Auf die allgemeine Frage hin, ob die Interviewten Medikamente einnehmen, wurde der Interviewerin zumeist eine kleine Schuhschachtel oder ein Körbchen gezeigt, in welchem sich zahlreiche Medikamente befanden. Alle darin vorhandenen Medikamente wurden von den InterviewpartnerInnen präsentiert und dazu Erklärungen abgegeben, wie es auch die folgenden Aussagen beschreiben:

„Medikamente muss ich halt nehmen und gar nicht so wenig. In der Früh muss ich drei nehmen und am Abend drei. Und die eine Tablette mag ich nicht. Die habe ich nicht so gerne. Da tut der Magen immer so komisch...“ (IP II: Z. 348–351)

„...das muss ich halt in der Früh nehmen und das am Abend ... Das ist dann für die Schilddrüsen und das ist auch für den Magen (...) Und das ist fürs Schlafen, weil ich nicht schlafen kann...“ (IP I: Z. 88–90)

Eine Interviewte leidet an Neurodermitis. Aufgrund des Umstandes, dass ihr Arzt nicht in unmittelbarer Nähe eine Praxis führt, hat sie eher selten die Gelegenheit, sich ein neues Rezept zu besorgen.

„...wenn ich keine Neurodermitis-Salbe habe, nehme ich halt Cortison, weil die Salbe gegen Neurodermitis ist sehr teuer und die darf nur ein Hautarzt verschreiben. Und ich komme ja nicht leicht nach Güssing. Dann nehme ich halt wieder Cortison und dann geht's wieder für ein paar Monate gut. Und plötzlich ist es dann wieder da...“ (IP V: Z. 387–391)

Unter anderem wird auch auf Naturprodukte zurückgegriffen, wie zum Beispiel auf die „Braunhirse“.

„...die *Braunhirse* nehme ich noch ein. Und dann nehme ich noch *Medikamente für die Venen* und dann nehme ich etwas fürs *Auge*, für die *Augen*...“ (IP IV: Z. 297/298)

Von den InterviewpartnerInnen werden unzählige Medikamente eingenommen, die alle die Gesundheit fördern und die Möglichkeit der selbstständigen Lebensführung unterstützen sollen. Grundsätzlich werden keine Probleme bezüglich der Verträglichkeit erwähnt – ausgenommen einzelne Nebenwirkungen wie Magenbeschwerden und dergleichen, die in wenigen Fällen kurz angesprochen wurden. Die Medikamenteneinnahme selbst liegt im eigenen Ermessen der Interviewten und für sie benötigen sie keine Hilfeleistungen. Lediglich der Weg zur Apotheke oder zum Facharzt stellt sich zum Teil als problematisch dar. Denn lange Wegstrecken benötigen wiederum Hilfe von Seiten des sozialen Netzwerkes bzw. sind Arztbesuche mit zusätzlichen Kosten verbunden, z. B. mit den Kosten für die notwendigen Präparate.

6.3.2. ÄNGSTE UND SORGEN

Im Laufe der Interviews wurden von den InterviewpartnerInnen, mehrmals Andeutungen und Aussagen gemacht, die mit ihren täglichen Ängsten in Verbindung zu bringen sind. Gegen Ende eines Gesprächs, als bereits ein vertrautes Verhältnis zwischen Interviewerin und InterviewpartnerInnen aufgebaut war, wurde dezidiert das Thema *Ängste und Sorgen* angesprochen. Die Frage lautete, ob bzw. in welchen Bereichen ihres Lebens solche vorhanden sind. Meist wurde diese Frage, ohne zu überlegen, spontan beantwortet.

Der Gesundheitszustand ist das primäre Thema in allen Interviews: der Gesundheitszustand der eigenen Person wie auch jener der Familienmitglieder, der Kinder und Enkelkinder. Damit sind auch jene Personen angesprochen, die für eine Unterstützung in erster Instanz eintreten.

Auch Heimerl & Berlach-Pobitzer²¹² haben in ihrer Arbeit „Autonomie erhalten – eine qualitative Patientenbefragung in der Hauskrankenpflege“ das Thema bearbeitet. Aus ihren Forschungen resultieren fünf Gruppen, in denen die *größten Sorgen von alten Menschen*, die zu Hause leben, wie folgt zusammengefasst wurden: *Sorge um den eigenen Gesundheitszustand, Sorge um den Gesundheitszustand der pflegenden*

²¹² vgl. Heimerl – Berlach-Pobitzer 2000, S. 107f

Partnerin, Sorge wegen eines Notfalls, Sorge, nicht mehr in die eigenen vier Wände zurückkehren zu können sowie die Sorge um Tod und Sterben.

Interessant zu erwähnen ist, dass sich hinsichtlich der von der Verfasserin durchgeführten Gespräche zum größten Teil eine Übereinstimmung mit den von Heimerl & Berlach-Pobitzer (2002) aufgezählten „größten Sorgen“ ergab.

Im Folgenden werden die am häufigsten auftretenden Sorgen der Gesprächspartner dargestellt. Dabei wurden die nach der soeben zitierten Studie ersten beiden „größten Sorgen“ übernommen.

SORGE UM DEN EIGENEN GESUNDHEITZUSTAND

Die *Sorge um den eigenen Gesundheitszustand* steht auch in diesem Kapitel an erster Stelle. In zahlreichen Interviews wird als große Besorgnis der drohende Verlust der Mobilität beschrieben, v. a. die Angst vor einem Sturz wird von den einzelnen InterviewpartnerInnen oft erwähnt.

„...vorm Niederfallen mit meinem Stock habe ich schon Angst. Ich und mein Stock. Oft rutscht er aus [...] Einmal bin ich anständig damit niedergefallen, beim Klo drüben, Und dass ich noch aufstehen konnte, da habe ich noch ein Glück gehabt. Ich bin doch alleine, und wenn ich nicht auf kann, dann bin ich halt tot...“ (IP III: Z. 254–258)

Alleine zu sein, wenn sie stürzt. Die Interviewte hat v. a. Angst davor, mehrere Stunden oder sogar Tage als Gestürzte nicht gefunden zu werden, wie es ja bereits bei anderen Menschen passiert ist.

Eine andere Interviewpartnerin spricht eine ähnliche Sorge an:

„Ich habe viel Angst, dass ich in der Badewanne ausrutsche. Einmal bin ich fast nicht mehr rausgekommen, aufgrund der Knie. Wenn man alleine ist, kann das passieren. Es braucht nur momentan das Knie nicht so tun wie es soll. Mit der Badewanne ist es nicht so leicht. Unfall war noch keiner. Ich muss halt aufpassen...“ (IP V: Z. 96–100)

Eine andere Interviewpartnerin erwähnt wieder einen weiteren Aspekt, der sich auf die Mobilität bezieht. Sie fürchtet den neu gebauten Kreisverkehr. Früher war dort eine große Kreuzung, über welche sie das Fahrrad einfach geschoben hat. Jetzt stellt sich diese Verkehrsveränderung als ein subjektives Problem dar, wie sie beschreibt:

„...unten bei der Kreuzstraße, der Kreisverkehr, dort fürchte ich mich so viel. Jeder sagt, dass ist jetzt viel besser als früher. Aber früher bin ich halt abgestiegen, und hab drüber geschoben und jetzt, jetzt ist es so, da muss man aufpassen, dass man mit dem Rad drüber kommt, das ist jetzt blöder. (IP I: Z. 195–200)

Zum einen besteht die Angst, diese Strecke, welche auch zum Friedhof und zur Kirche hinunter führt, nicht mehr selbstständig befahren zu können, zum anderen steht im Hintergrund die Angst bzw. die Sorge, man könnte mit dem Fahrrad stürzen, wie es bei dieser Dame schon einige Jahre zuvor der Fall war.

Wenn es um die „Sorge des subjektiven Gesundheitszustandes“ geht, wird vorwiegend das Thema der Mobilität erwähnt. Die Interviewten haben Angst davor in Situationen zu stürzen, in denen niemand anwesend ist. Zudem ist mit einem Sturz in den meisten Fällen eine Oberschenkelhalsfraktur oder Ähnliches verbunden, wodurch eine Pflegebedürftigkeit eintreten kann. Der Autonomieerhalt wäre so nur schwer aufrechtzuerhalten.

SORGE UM DEN GESUNDHEITZUSTAND DER KINDER

An zweiter Stelle steht nach Heimerl & Berlach–Popitzer (2002) die „Sorge um den Gesundheitszustand der pflegenden PartnerInnen“. Anhand der durchgeführten Interviews lässt sich die Sorge um andere, genauer gesagt, die Sorge um die eigenen Kinder bzw. Enkelkinder an zweiter Position wiederfinden. Die InterviewpartnerInnen leben alleine und sind von ihrem sozialen Umfeld je nach Situation abhängig. Dieses Netzwerk stellt neben anderen Faktoren auch eine wichtige Basis für den Erhalt der Selbstständigkeit dar, was wiederum die Sorge um deren Gesundheitszustand verstärkt.

Eine Interviewte erhält von ihrem Sohn sogar dreimal täglich Besuch. Dieser ist ihre erste Betreuungsperson, wenn etwas nicht in Ordnung ist bzw. etwas benötigt wird. So

ist es nicht verwunderlich, dass es ihr sofort Sorgen bereitet, wenn er nicht zur regulären Zeit anwesend ist.

„Wenn der Sohn nicht kommt... Zwischendurch denkt man halt, hoffentlich ist nichts.“ (IP III: Z. 248/249)

Eine weitere Interviewpartnerin äußert mehrmals im Gespräch die Sorge um die eigenen Kinder, welche zum Teil an schweren Krankheiten leiden. Obwohl die Interviewpartnerin selbst in den vergangenen Jahren gesundheitlich sehr viel erdulden musste, wovon sie auch äußerlich gezeichnet ist, steht das Wohlbefinden und die Gesundheit ihrer Kinder an erster Stelle.

„...die Krankheit von den Kindern. Alles andere ist schon nicht mehr so. So mache ich mir nicht so viele Sorgen (...)“ (IP V: Z. 458/459)

Sie hat Angst davor, dass die eigenen Kinder vor ihr aus dem Leben treten müssen. Die Sorge um den eigenen Gesundheitszustand und um das gesundheitliche Wohlbefinden der eigenen Kinder lässt sich gut mit den Ergebnissen der Studie von Heimerl & Berlach-Pobitzer (2002) vergleichen.

SORGE DARÜBER, WO DAS LEBEN IN ZUKUNFT STATTFINDEN WIRD

Ein weiterer Faktor, welcher den InterviewpartnerInnen Sorgen bereitet, bezieht sich auf das zukünftige Leben: wie dieses wohl aussehen wird?

Alle Interviewten möchten, wenn möglich, in ihrem eigenen Haus, in ihrem privaten Umfeld wohnen bleiben, und dort auch sterben – gleich in welcher Form (vgl. Kap. 6.1.4 und Kap. 6.1.5). In dieser Subkategorie wird die „Sorge darüber, wo das Leben in Zukunft stattfinden wird“ aus Sicht der Interviewten dargestellt.

Eine Interviewpartnerin spricht mehrmals den Gesundheitszustand an und bezieht sich bei dieser Gelegenheit auf die autonome Lebensführung:

„Ich mache mir schon Sorgen, weil wenn das immer schlimmer wird, dann kann man vielleicht nicht mehr alleine bleiben.“ (IP V: Z. 208/209)

Ein guter Allgemeinzustand bildet auch die Basis für die Bewältigung eines selbstständigen Lebens. Dies möchte sie mit dieser Aussage darstellen. Sie hat Angst davor, eines Tages nicht mehr alleine für sich sorgen zu können und dadurch ihr Wohnumfeld aufgeben zu müssen.

Zusätzlich erwähnt dieselbe Dame die Sorge, bloß eine Belastung im Zusammenhang einer zukünftig eventuell eintretenden Pflege darzustellen.

„ ...ich denke immer nach, ja, was die Kinder sagen. Wohl, die nehmen mich. Aber das kann ich keinem zumuten, denke ich mir. Die Tochter hat jetzt eh ihren Mann, die ist selbst gefordert. Sie hat immer gesagt, na dann kommst zu mir Ich weiß nicht... “ (IP V: Z. 414–417)

und

„ ...heute ist es so: heute wollen die Eltern ihren Kindern nicht zur Last fallen, weil die Jungen gehen ja alle arbeiten. Sie wissen ja eh wie das ist. Früher hat es noch die Großfamilien gegeben und das gibt's nicht mehr. “ (IP V: Z. 417–419)

Aus den Worten der Interviewpartnerin lässt sich erkennen, dass sie im Zwiespalt mit sich selbst ist. Einerseits würde sie gerne, wenn es ihre physischen und psychischen Ressourcen nicht mehr zulassen, zu ihren Kindern, zu ihrer Tochter ziehen. Andererseits weiß sie, mit welchem Arbeitsaufwand die Pflege eines Menschen verbunden ist. Sie möchte ihre Familie nicht belasten, die ohnehin täglich selbst mit schwierigen Situationen konfrontiert ist.

ANGST DURCH DAS STILLE UMFELD

Die Gruppe der InterviewpartnerInnen lebt alleine in ihrem privaten Wohnhaus – und das schon seit vielen Jahren. Vereinzelt eröffnen sich Sorgen und Ängste durch die Situation des Alleinelebens, das Unbehagen vermitteln kann. Anhand dieser Unterkategorie werden einige Ängste dargestellt, die sich durch „das stille Umfeld“ des Alleine-Wohnens ergeben.

Vier der Interviewpartnerinnen geben an, dass sie durch den Lebensumstand, alleine zu wohnen, unsicher und vorsichtiger geworden seien. Sie verspüren Angst vor Einbrüchen, Gewittern und Ähnlichem.

„...ich bin schon sehr vorsichtig mit dem Zusperrren. Ich gehe gar nicht hinten raus, ohne dass ich zusperre...“ (IP V: Z. 473–474)

„Zwischendurch hat man da schon Angst. Vorm Gewitter habe ich Angst. Sonst mache ich am Abend alles zu. Zusperrren tu ich immer alles und meine Rollos tu ich immer runter. Aber was soll denn sein?“ (IP III: Z. 251–253)

Anhand dieser Erklärungen ist erkennbar, dass die Interviewten strikte Maßnahmen ergreifen bzw. Rituale setzen, um sich in ihrem Umfeld sicherer zu fühlen. Zudem wird mit der Gegenfrage „Aber was soll denn sein?“ die subjektive Angst besonders hervorgehoben und eine beruhigende, optimistische Antwort von Seiten der Interviewerin erwartet.

Auch physische Faktoren, wie ein schlechtes Gehör, können Ängste und Unsicherheiten verstärken, wie auch die folgende Interviewpartnerin erzählt:

„...ich habe früher ja alles gehört. Ich hatte ja einen so leichten Schlaf. Jetzt höre ich halt nicht mehr so gut, jetzt bin ich mir halt noch unsicherer...“ (IP V: Z. 480–482)

Jene Personen, die von Ängsten sprechen, sind ausschließlich Frauen. Möglicherweise haben gerade sie in ihrem Leben schon Dinge erlebt, über die nie gesprochen wird. Des Weiteren nimmt unter Umständen auch die Medienwelt Einfluss. Lesen sie in den Zeitungen von Überfällen und Morden oder hören dementsprechende Radio- und Fernsehberichte, können Gefühle der Angst entstehen.

„Ja sehr, weil man so viel liest (...)“ (IP V: Z. 463)

Lediglich zwei der InterviewpartnerInnen gaben an, weder Ängste noch Sorgen zu haben.

„Wovor soll man Angst haben? Man muss halt aufpassen. Bis jetzt ist es immer gegangen...“ (IP VI: Z. 139)

Eine Dame hat das Thema Sorgen und Ängste mit nur wenigen Worten auf den Punkt gebracht: „*Ich gehe am Abend am Friedhof herum.*“

6.3.3. VERLANGEN NACH SOZIALEN KONTAKTEN

Das Verlangen nach sozialen Kontakten ist eines der Grundbedürfnisse jedes einzelnen. Durch die Pensionierung werden zahlreiche Kontakte vernachlässigt und aufgegeben, zudem treten mit steigendem Alter gesundheitliche Veränderungen auf, die die Betroffenen oft veranlassen, sich zurückziehen. Das Leben, das man mit dem Ehepartner, mit der Ehepartnerin bzw. anderen lieben Menschen geführt hat, wird häufig durch den Eintritt eines Todesfalles beendet. Das Umfeld wird kleiner und soziale Kontakte reduzieren sich. Demzufolge ergibt sich von Seiten der InterviewpartnerInnen die Sehnsucht bzw. das *Verlangen nach sozialen Kontakten*, mitunter die *Sehnsucht nach Gesprächen* wie auch eine *Sehnsucht nach Gesellschaft*, die beide im folgenden Kapitel näher dargestellt werden.

SEHNSUCHT NACH GESPRÄCHEN

Vom nächsten Dorf weit abgelegen wohnen drei der sechs InterviewpartnerInnen. Zwei von ihnen an einem Standort, wo ringsum nur verlassene, leere Häuser stehen. Zwar kümmern sich die nahen Angehörigen sowie einige Freunde und Nachbarn um die Interviewpartnerinnen, dennoch fehlen ihnen Gespräche sowie die Nähe anderer Menschen. Früher wurde vom Garten aus zum Nachbarn oder zur Nachbarin hinübergeredet.

So beschreibt eine Interviewpartnerin ihre Sehnsucht nach mehr GesprächspartnerInnen:

„...*ich würde mich so freuen, wenn wir wieder Nachbarn hätten. Ja, da könnten wir ein bisschen zusammen gehen, ein bisschen reden. Wenn man die ganze Zeit immer alleine ist, ist man immer alleine. Da tut man nichts anderes als studieren. Aber wenn man mit jemanden reden kann, dann vergisst man das andere alles. Man kann nicht alles ändern. Das ist halt so, wie Gott will...*“ (IP II: Z. 242–249)

Die Befragte betont die Phrase „*immer alleine*“. Dies drückt Einsamkeit aus, auch wenn sie nicht immer alleine ist, wie aus den Interviews hervor geht (vgl. Kap. 6.2.1

und Kap. 6.2.2). Dennoch fühlt sie sich in gewisser Hinsicht alleine gelassen und verlangt nach jemanden, der mit ihr *„ein bisschen redet“*, denn, *„wenn man mit jemanden reden kann, dann vergisst man das andere alles“*.

Das einzige Haus, das in ihrer Nähe noch bewohnt ist, gehört ebenfalls einer über 75-jährigen Frau, die alleine lebt. Hinsichtlich des Kontaktes zu dieser Person erklärt sie:

„...mit der Frau X komme ich wirklich selten zusammen, obwohl wir so glatt nebeneinander wohnen. Weil erstens, sie hat immer Arbeit und ich traue mich nicht sie aufzuhalten. Das traue ich mir ja nicht...“ (IP II: Z. 276–280)

Trotz des Verlangens nach Gesprächen hält sich die Interviewte in ihrer Kontaktaufnahme zurück, um niemandem im Weg zu sein. Auch jene Dorffrauen, die noch vor Jahren fast täglich vorbeispaziert sind, kommen nun eher selten vorbei. Vermutlich hat sich auch für diese Frauen das Leben verändert, zumal sie mittlerweile auch zur älteren Generation zu zählen sind.

„...die Dorffrauen gehen auch schon selten spazieren. Früher sind sie oft zurück gekommen (...) Wenn die zurückkommen, dann reden wir ein paar Worte miteinander...“ (IP II: Z. 286–290)

SEHNSUCHT NACH GESELLSCHAFT

Früher hatte man sich beispielsweise nachmittags oder abends in den wenigen Haushalten getroffen, wo es einen Fernseher gab. Oft war fast das ganze Dorf vertreten. Durch solche Treffen wurde Geselligkeit und Zusammenhalt vermittelt. Einige InterviewpartnerInnen sprechen davon, dass sich die Zeiten geändert hätten.

„Ich bin wohl mit allen gut, aber es ist nicht mehr so wie früher, zusammengehen oder so.“ (IP V: Z. 344/345)

Generell ist zu sagen, dass es bei allen InterviewpartnerInnen nicht üblich ist, dass jemand vorbeikommt, um einen Kaffee oder dergleichen zu trinken. Die Ausnahme ist angekündigter Besuch von Seiten der Familie oder Freunde.

„...aber so Kaffee trinken oder so kommt da keiner vorbei...“ (IP II: Z. 293–294)

Auch das Ableben von Freunden oder Nachbarn kann dazu führen, dass sich soziale Kontakte reduzieren, wie es eine der befragten Personen beschreibt:

„...ich bin sehr gern zur Nachbarin gegangen. Die ist vor einem Jahr gestorben. Die Frau W., die fehlt mir. Aber sonst habe ich so keinen mehr. Die Jungen hier, [...] die stehen alle in der Arbeitswelt. Mit so alten Leuten etwas zu tun, interessiert die Leute ja nicht so und ich möchte die ja auch nicht belasten ... Ach die Frau W. ...“ (IP V: Z. 339–343)

Auch hier lässt sich das Bedürfnis nach mehr Kontakten erkennen. Jener Freundin, die früher eine gute Wegbegleiterin war, trauert sie mit großer Wehmut nach, denn, wie sie sagt, *„sonst habe ich so keinen mehr“*.

Häufig erhoffen sich Eltern, dass zumindest eines der Kinder sich des Elternhauses annimmt. Dies zeigt auch folgende Passage:

„...habe mir immer gedacht die Letzte wird hier bleiben. Ist auch nicht geblieben...“ (IP V: Z. 256/257)

Zwar kommen die Kinder immer wieder nach Hause und versuchen ihre Mutter zu unterstützen, dennoch ist die Sehnsucht nach Gesellschaft und mehr Kontakt zu den eigenen Kindern stark vorhanden.

Hinzu kommt, dass es auch Nachwuchs und somit Enkelkinder gibt. Zwar freut sie sich sehr darüber, allerdings findet dadurch noch weniger Kontakt statt.

„...sie hat jetzt zwei kleine Kinder. Daher kommt sie nicht so oft.“ (IP V: Z. 263/264)

Eine Interviewpartnerin fasst das Verlangen nach Kontakten kurz und prägnant mit nur wenigen Worten zusammen:

„...ich passe immer drauf, dass wer kommt...“ (IP III: Z. 294)

Dieses Zitat stellt eine sehr aussagekräftige Passage in diesem Kapitel dar. Obwohl sie dreimal täglich Besuch von ihrem Sohn erhält, sieht sich diese Interviewpartnerin dennoch in einer Situation, in der es zu wenige Kontakte zu Mitmenschen gibt. Auf die Frage, ob die InterviewpartnerInnen auch fremde Hilfe, eine Art Besuchsdienst, in Anspruch nehmen würden, haben einige der Interviewten dieselbe Meinung geäußert. Diese wird von einer Interviewten mit diesen Worten zusammengefasst:

„...wenn jemand vorbeikommt, das würde mich freuen. (lacht) Da würde ich mich schon freuen. Ich würde dann schon sagen, danke, das mache ich jetzt schon selber. Aber freuen würde ich mich (...) Bedienen lass ich mich eh nicht. Denn das, was ich will, das, was ich machen kann, das möchte ich noch selber machen...“ (IP II: Z. 224–227)

Gerade bei dieser speziellen Gruppe älterer Menschen, die in ihrer Mobilität zum Teil eingeschränkt ist, zudem alleine in einem zersiedelten, ländlichen Gebiet lebt und dadurch viele Stunden des Tages von sozialen Kontakten fern ist, wären ständige soziale Interaktionen von großer Bedeutung, um eine soziale Isolation zu vermeiden.

6.4 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Im Folgenden wird eine Zusammenfassung sowie die Beantwortung der Forschungsfragen auf Basis der empirischen Erhebung gegeben. Dabei werden unter anderem die Ergebnisse mit vorhandenen wissenschaftlichen Studien in Beziehung gesetzt. Alle InterviewpartnerInnen in der Altersgruppe von 77–89 Jahren, die sich für die Untersuchung zur Verfügung gestellt haben, zeichnen sich durch ihr selbstständiges Leben und der hierfür notwendigen Kompetenzen und Motivation im Alltag aus.

Ihre Selbstdarstellung ist primär von Autonomie geprägt. Die Interviewten sind stolz auf jene Fähigkeiten und Fertigkeiten, die ihnen zu einer autarken Lebensführung verhelfen. Sie stärken ihre eigenen Ressourcen und gehen in gewissen Situationen über die eigenen Grenzen, um die Selbstständigkeit aufrechtzuerhalten. Diese Haltung ist zudem auch mit ihrer Bescheidenheit und Genügsamkeit in Verbindung zu bringen, wie sich in Aussagen wie „*ich brauche ja keinen*“ zeigt.

Arbeit wird von der Mehrheit der Interviewten als etwas Existentielles angesehen. Für sie kommt Arbeit der Stillung der Grundbedürfnisse gleich. Der Großteil der Befragten hat das bisherige Leben ausschließlich auf dem Land verbracht. Sie sind in Bauern- oder Arbeiterfamilien aufgewachsen, wodurch bereits in frühen Jahren das Leben von Arbeit geprägt war. Womöglich lässt sich der intensive Bezug bzw. die Freude zur Arbeit auf die jeweilige Biographie zurückführen. Auch Labisch beschreibt in einer Forschungsarbeit, dass der Großteil der älteren Generation dazu tendiert, jene in ihrer Biographie entwickelten *Verhaltens- und Erlebnisstile* auch im Alter weiterzuführen.²¹³ Dies würde erklären, weshalb die GesprächspartnerInnen eine dermaßen intensive Verbindung zu ihrer Arbeitseinstellung hegen, wie es auch eine Interviewte beschrieb: „*Ich bin halt ein Arbeitsmensch.*“ Durch den Arbeitsablauf wird eine konstante Struktur in das tägliche Geschehen gebracht. Die Möglichkeit, sich eine Arbeit suchen zu können, ist zum einen eine Form der Selbstbestätigung, zum anderen stärkt es das Selbstbewusstsein und animiert dazu, die Eigenständigkeit nicht aufzugeben und den Alltag auch weiterhin selbstständig zu organisieren.

²¹³ vgl. Labisch 1999, S. 498

Lassen einzelne Kompetenzen nach, so ist dies mit einer Veränderung der Tätigkeitsfelder wie auch der eigenen Prioritäten zu erklären. Der Verlust der Selbstständigkeit im Bereich der Arbeit ist für die Mehrheit der Interviewten meist nur schwer zu akzeptieren. Bei zahlreichen Aussagen, welche mit den Worten „*ein bisschen – ein wenig*“ versehen waren, lässt sich dies erkennen. Zwar wollen die Interviewten in der Lage sein, den Alltag alleine, unabhängig von anderen zu bestreiten, dennoch ist dies in einzelnen Fällen aufgrund von physischen oder psychischen Einflüssen nicht mehr im Rahmen des Möglichen. Nahezu von allen InterviewpartnerInnen wird mehrmals mit Nachdruck erwähnt, dass sie im Grunde keine direkten Leistungen von Außenstehenden benötigen. Dies unterstreicht sowohl den Willen, weiterhin eigenständig zu leben, als auch den Gedanken, keine Last für andere darstellen zu wollen. Dennoch sind sie froh darüber, wenn das Umfeld in gewissen Situationen und Handlungsfeldern auf ihre individuellen Bedürfnisse (wie beispielsweise hauswirtschaftliche Tätigkeiten bzw. Fahrtendienste) Einfluss nimmt. Vorwiegend lässt sich dies bei Frauen in der Durchführung ihrer hauswirtschaftlichen Arbeiten erkennen. Arbeiten im innerhäuslichen Feld wie auch im Garten waren bislang *der* Arbeitsraum der InterviewpartnerInnen. Können sie gewisse Tätigkeiten nicht mehr selbstständig durchführen, wird dies bereits als Abhängigkeit empfunden, jedoch nur selten als solche zugegeben.

Zusammengefasst lassen sich häusliche Alltagstätigkeiten in einfache und schwierige Hausarbeiten unterteilen, wobei die einfacheren Formen wie Kochen, Zusammenkehren und Wäschewaschen von allen InterviewpartnerInnen autark bewerkstelligt wird. Der Verlust der Arbeitstätigkeit würde einen entscheidenden Einfluss auf das Leben dieser Menschen nehmen, wie es eine Interviewte formulierte: „*Wenn ich nicht arbeiten kann, dann will ich auch nicht mehr leben.*“

Tägliche Handlungsfelder, die der Definition einer *Beschäftigung* unterliegen, sind Funktionen innerhalb des Tagesablaufes, die diesen lebenswerter gestalten. Zudem sind damit Tätigkeitsfelder angesprochen, die durchgeführt werden müssen.

So bringen *Dinge, die Freude bereiten*, ein wenig Abwechslung ins Leben der Interviewten. Auch Kondatowitz und Schmitz-Scherzer haben sich mit dieser Thematik auseinandergesetzt und sind zu dem Schluss gekommen, dass vorwiegend das Lesen von Zeitungen und Zeitschriften, Fernsehen und Radiohören, die Erhaltung sozialer

Kontakte Spaziergänge, Kirchenbesuche und Gartenarbeit zu jenen Alltagstätigkeiten zählen, die am häufigsten von älteren Menschen durchgeführt werden.²¹⁴ Dieses Ergebnis wird auch von der hier durchgeführten Untersuchung bestätigt – abhängig vom momentanen Gesundheitszustand der Befragten. Wobei zu erwähnen ist, dass die überwiegende Zeit des Tages in den eigenen vier Wänden, also in den privaten Räumlichkeiten, und auch im Garten verbracht wird. Diese Beobachtung lässt sich auch in Studien finden. Laut Stanjek haben SeniorInnen täglich etwa zehn Stunden an freier Zeit zur Verfügung, rund acht Stunden davon verbringen diese Menschen in ihren eigenen vier Wänden, etwa zwei Stunden werden für Tätigkeiten außerhalb verwendet.²¹⁵ Der Privathaushalt stellt für die Interviewten jenen Ort dar, in dem sie sich zurechtfinden, wo sie Privatheit und Geborgenheit verspüren. In diesem Setting werden hauptsächlich Beschäftigungen gewählt, die alleine durchgeführt werden können, da die InterviewpartnerInnen ohnehin den Großteil des Tages ohne Gesellschaft verbringen. Besuche finden vorwiegend in der Küche statt, welche den Koch- und Essbereich darstellt und vergleichbar einem Aufenthaltsraum genutzt wird.

Jene Beschäftigungen, die außerhalb des Wohnungsbereiches vollzogen werden, werden von den InterviewpartnerInnen oft als subjektive Herausforderung empfunden – wegen der oft weiten Distanzen, die sich durch die Zersiedelung im ländlichen Raum ergeben. Bei einzelnen InterviewpartnerInnen, hauptsächlich bei jenen, die selbst nicht mehr mit dem PKW mobil sind, lassen sich Probleme erkennen. So sind Aufgaben wie beispielsweise Einkaufengehen oder Arztbesuche oft mit viel Selbstdisziplin und Anstrengung verbunden, wobei bei etwa der Hälfte der InterviewpartnerInnen das soziale Umfeld hier unterstützend eingreift.

Kontakte aufrechtzuerhalten ist für die InterviewpartnerInnen von enormer Wichtigkeit. Wobei sich dies aufgrund von Mobilitätseinschränkungen oft als schwierig erweist. So werden Besuche von Seiten der Interviewten eher selten getätigt. Wenn, dann meist im Rahmen einer Vereins-Mitgliedschaft. Diesbezügliche Kontakte bzw. Treffen werden in regelmäßigen Abständen von einzelnen InterviewpartnerInnen wahrgenommen. In eine Gruppe integriert zu sein, ist für einige der InterviewpartnerInnen von größter Bedeutung. Dadurch bleibt die Beziehung zu den Mitmenschen aufrecht. Zudem besteht die Möglichkeit, neue Bekanntschaften zu schließen. Des Weiteren ist erkennbar, dass die Mitgliedschaft in einem Verein die Betroffenen aus ihrem Alltagstrott bringt und sie dadurch Neues erleben und kennenlernen können.

²¹⁴ vgl. Kondratowitz – Schmitz-Scherzer 1999, S. 497

²¹⁵ vgl. Stanjek 1998, S. 193

Die *Bewältigung* verschiedener Krankheitssymptome liegt im Interesse der Interviewten. Nur eine Akzeptanz der gesundheitlichen Einschränkungen und ihre Integration in den Tagesablauf macht eine autonome Lebensführung auch weiterhin möglich. Die Betroffenen versuchen mit ganz eigenen Strategien, auf eigene Art und Weise, zum Beispiel durch kontinuierliches Training wie Treppensteigen, Fahrradtraining, Gedächtnistraining, ... gesundheitliche Veränderungen zu bewältigen bzw. Behinderungen vorzubeugen.

Diesbezüglich werden auch *Ziele* erkennbar, welche sich primär auf den Erhalt des eigenen Gesundheitszustandes konzentrieren.

Es existiert für die Mehrheit der InterviewpartnerInnen ein unabdingbares Verlangen, weiterhin im Eigenheim zu leben, und auch in diesem Betreuung und Pflege zu finden. Nur eine Interviewpartnerin erwähnte von sich aus die Alternative, in eine Einrichtung wie das „*Betreute Wohnen*“ zu ziehen, jedoch nur unter der Bedingung, dass sich dieses in unmittelbarer Nähe des jetzigen Wohnortes befindet. Dies unterstreicht wiederum die Bedeutsamkeit des gewohnten Umfeldes, das keineswegs aufgegeben werden möchte. Auch das Thema Sterben wurde in diesem Zusammenhang erwähnt, wobei das *Ziel* der Betroffenen spürbar wurde, zu Hause – im Beisein der Angehörigen – und nicht in einer Institution sterben zu wollen.

Bei einigen zeigte sich das Verlangen, eine Bestattung nach eigenem Wunsch zu erhalten, die in der eigenen Gemeinde vollzogen werden soll. Der Großteil der Interviewten hat sich mit der Situation des Altseins sowie den damit einhergehenden gesundheitlichen Veränderungen abgefunden und es sich zum Ziel gemacht, die übrige Zeit so unabhängig wie möglich zu gestalten.

Den Interviewten ist es ein Bedürfnis, sich Ziele stecken zu können, um auch so noch im hohen Alter Motivation für ein eigenständiges Leben zu haben. Dazu müssen Faktoren bestehen, welche den *Wert der Selbstständigkeit* repräsentieren. So ist es für die InterviewpartnerInnen von größter Wichtigkeit, autark Entscheidungen treffen und in ihrem Alltag unabhängig handeln zu können; sein eigener Herr zu sein und ohne Widerspruch von anderen den Tag zu gestalten, wie auch die Tatsache, in den eigenen vier Wänden zu leben und in den Garten gehen zu können, um diesen zu genießen; Privatsphäre zu haben, sich ungestört zurückziehen zu können. All diese Punkte stellen

wichtige, unabdingbare Aspekte dar, welche die Befragten animieren, das Leben weiterhin so zu vollziehen, wie es bislang gelebt wurde.

Die *Familie* stellt die wichtigste Stütze für die InterviewpartnerInnen dar. Dabei lässt sich ein differentes Bild hinsichtlich der Hauptpflegepersonen erkennen, das von der Familienkonstellation bzw. vom Familienstand abhängig ist. Bei den Interviewten handelt sich um alleinlebende Personen, die in allen Fällen durch den Tod des Ehepartners/der Ehepartnerin in die Situation der Singularisierung geraten sind. Wobei ersichtlich wird, dass die Beziehung zu den Verwandten bei fünf der sechs Befragten Bestand hat, was bedeutet, dass nicht nur die eigenen Kinder sondern auch Nichten und Neffen eine wesentliche Rolle im sozialen Netzwerk darstellen. Demzufolge erhalten vier der Interviewten die primäre Unterstützung von ihren leiblichen Kindern sowie von den Schwiegersöhnen und Schwiebertöchtern. Eine Interviewpartnerin hat eine kinderlose Ehe geführt. Daraus resultiert der Umstand, dass ihre Hauptpflegepersonen die Nichte mit ihrer Familie ist. Der zuletzt erwähnte Interviewpartner hat keine lebenden Angehörigen mehr, die sich um ihn kümmern könnten. Er wird durch eine Nachbarin in Bereichen der Haushaltsführung unterstützt. So zeigt sich ein Netzwerk von Angehörigen, das nicht nur in direkter Linie zur Familie steht. Die Interviewten empfinden jene Personen als ihre Familie, als ihre Angehörigen, die sie pflegen, die sich um sie kümmern und zu denen sie eine Beziehung aufgebaut haben. Enkelkinder ergreifen nach Angaben der Befragten hinsichtlich der Unterstützungsmaßnahmen nur selten Initiative.

Kontakte der Angehörigen mit den Interviewten gibt es in vier Typen. Sie lauten: *Sorgsamkeit*, *gemeinsam unterwegs*, *Unterstützungsmaßnahmen* und *für andere da sein*. Zudem besteht die Möglichkeit einer Verschmelzung aller vier Typen.

In den Bereich der *Sorgsamkeit* fallen jene Treffen, die in regelmäßigen Abständen erfolgen. Diese können nur fünf Minuten, aber auch mehrere Stunden dauern. Hier wird von Seiten der Angehörigen darauf geachtet, wie beispielsweise das Wohlbefinden und der Gesundheitszustand zu interpretieren sind. Ein Angehöriger kommt zum Beispiel täglich zwei bis drei Mal bei seiner Mutter vorbei, um zu sehen, ob es ihr gut geht. In manchen Fällen, jedoch eher weniger genutzt, findet dieser Austausch über ein kurzes Telefonat statt. Durch diese Form des Kontakts bleiben die Interviewten zum einen mit der Familie in regelmäßigen Abständen in Verbindung, zudem erhalten sie das Gefühl

der Sicherheit, bei eintretender Krankheit, Stunden oder sogar Tage nicht alleine sein zu müssen.

Mit der Subkategorie *gemeinsam unterwegs* wird jener Bereich verstanden, der dazu führt, dass die Interviewten ihren Privathaushalt verlassen, um Ausflüge bzw. Reisen mit der Familie zu machen sowie Zeit mit ihnen zu verbringen. Ausflüge werden aufgrund der meist vorhandenen Gehbehinderung von den InterviewpartnerInnen eher selten durchgeführt. Diesbezüglich geben sie einerseits an, dass es entweder zu anstrengend sei, mehrere Stunden unterwegs zu sein, andererseits haben sie oft das Gefühl, in solchen Situationen eine Belastung für die Angehörigen darzustellen.

Mit dem Begriff der *Unterstützungsmaßnahmen* lassen sich Tätigkeitsfelder im inner- und außerhäuslichen Bereich aufzeigen, welche in Kooperation mit den Angehörigen bzw. auch nur von diesen durchgeführt werden. Schwierigere Arbeiten wie beispielsweise das Reinigen von Rollos, das Ausklopfen von Teppichen, einen generellen Hausputz sowie das Reinigen der Dachrinnen und Gartenarbeiten, aber auch Bereiche in der Körperpflege, also Tätigkeiten, die eher mehr Zeit benötigen und mit unangenehmen Körperhaltungen verbunden sind, werden mit Hilfe der familiären Angehörigen durchgeführt. Maßnahmen, welche in die Intimsphäre und Privatsphäre eingreifen, werden vorwiegend von Seiten der Familie praktiziert.

Der letzte Faktor, der sich hier darstellen lässt, ist *für andere da sein*. Aus Studien wird ersichtlich, dass ältere Personen nicht nur Empfänger sondern auch Geber sein können.²¹⁶ Dies zeigt sich auch anhand der hier erzielten Forschungsergebnisse. Zwei der InterviewpartnerInnen übernehmen wichtige Versorgungsbereiche, um die Familie ihrer Kinder zu unterstützen und zu entlasten. Zum einen stellt sich dies in der Bereitschaft der täglichen Versorgung der Enkelkinder dar, zum anderen kocht eine Interviewpartnerin an Werktagen für ihren Sohn. Jeweils mit der Absicht, den Kindern die Möglichkeit zu bieten, dass sie ihrer Arbeit nachgehen können.

Diese Unterstützungsleistungen von Seiten der InterviewpartnerInnen werden ohne Gegenleistung durchgeführt. Sie erfolgen nach dem Generationenvertrag und lassen eine innige Beziehung der Beteiligten entstehen. Die Befragten erhalten durch die Integration das Gefühl der Wertschätzung und Anerkennung und können so auch den Kontakt zur Familie aufrechterhalten.

²¹⁶ vgl. Wagner – Wolf 2001, S. 530

Nachbarn und Freunde können auf einer Ebene interpretiert werden, zumal die Interviewten zu den Nachbarn meist ein freundschaftliches Verhältnis pflegen. Auch wenn in einigen Fällen durch die Zersiedelung keine Nachbarn in nächster Nähe wohnhaft sind, so verfügt dennoch ein jeder über ein kleines Netzwerk von mindestens zwei bis drei Personen, die sich in die verschiedensten Tätigkeitsfelder integrieren. Man kann von einer Art Nachbarschaftshilfe sprechen, in welcher vorwiegend Fahrtendienste angeboten werden, die zumeist den wöchentlichen Gang zur Kirche ermöglichen, aber auch für Einkäufe eine Transfermöglichkeit darstellen. Vereinzelt gibt es Nachbarn bzw. Nachbarinnen, die auf Besuch kommen, um zu plaudern oder aber auch um zu sehen, wie es ihren älteren Mitmenschen ergeht. Dadurch werden Kontakte aufrechterhalten und Informationen weitergegeben. Die InterviewpartnerInnen erfahren so auch von Neuigkeiten.

Die Interviewten selbst sprechen davon, dass sich die Nachbarschaft sowie der Freundeskreis aufgrund von Todesfällen reduziert haben. Hinzu kommt, dass der eigene Gesundheitszustand Einfluss darauf nimmt, in welchem Maße sie Kontakte und Beziehungen aufrechterhalten können.

Hinsichtlich der häuslichen *professionellen Betreuung* werden nur wenige Dienste in Anspruch genommen. Eben nur dann, wenn wirklich professionelle Hilfe benötigt wird, so zum Beispiel bei speziellen Versorgungsmaßnahmen, wie einem Verbandswechsel nach einem Unfall. Nur zwei der InterviewpartnerInnen nehmen regelmäßig den mobilen Dienst des Hausarztes in Anspruch. Der Besuch des Arztes wird gerne und zum Teil regelmäßig genutzt, da sich in diesem Setting für die Betroffenen auch wichtige Gespräche ergeben und sie sich ihren Kummer von der Seele reden können. Zudem stehen sie bei diesen Besuchen für wenige Minuten im Mittelpunkt und können sich verstanden und wichtig fühlen.

Auch *materielle Stützen* lassen sich erkennen. So werden diese zum einen für die Stärkung der Sinne verwendet, wie beispielsweise eine Brille oder ein Hörgerät, wodurch sie verstärkt Sicherheit und Kontrolle in ihrem Umfeld erlangen. Auch das Telefon bzw. das Handy bietet den InterviewpartnerInnen Sicherheit. So sind sie in jeder Lebenslage erreichbar und können sich in Notfallsituationen schnell verständigen. Zum anderen bieten Gehhilfen (wie beispielsweise ein Stock) eine wichtige Form der

physischen Stütze, um vorhandene Gleichgewichtsstörungen bzw. aufgrund der eingeschränkten Motorik entstehende Gangunsicherheiten ausgleichen zu können.

Hinsichtlich der eigenen *Grenzen der Selbstständigkeit* sprechen die InterviewpartnerInnen den *Gesundheitszustand* an. Da die größere Anzahl der GesprächspartnerInnen an verschiedenen Erkrankungen, zum einen an kleinen *Wehwehchen*²¹⁷, zum anderen an ernst zu nehmenden *schweren Krankheiten*²¹⁸ leidet, wird das „Alleine-Leben“ in einzelnen Situationen erschwert. Die erwähnten Krankheitsbilder werden je nach Zustand in den Tagesablauf integriert oder auch ausgeblendet. Im Allgemeinen ist eine Multimorbidität bei fast allen Befragten erkennbar, welche meist durch eine gezielte Medikamenteneinnahme und mit zahlreichen Präparaten behandelt wird.

Im Weiteren wird das Erleben des Alltags der Befragten durch *Sorgen und Ängste* geprägt. Es lassen sich vier Schwerpunkte feststellen: die *Sorge um den eigenen Gesundheitszustand*, die *Sorge um den Gesundheitszustand der Kinder*, die *Sorge darüber, wo das Leben in Zukunft stattfinden wird* wie auch die *Angst durch das stille Umfeld*. Die beiden ersten werden auch in einer Arbeit von Heimerl & Berlach-Pobitzer erwähnt, in der die größten Sorgen der alten Menschen, die zu Hause leben, zusammengefasst wurden. Hinsichtlich der *Sorge des eigenen Gesundheitszustandes*²¹⁹ wird vorwiegend die Angst des Mobilitätsverlustes angesprochen, mitunter auch die Angst vor einem Sturz, weil dadurch der Umstand der Pflegebedürftigkeit eintreten kann. Aussagen von InterviewpartnerInnen bezogen sich auf einen Sturz in der Badewanne, einen Sturz mit dem Gehstock oder dem Fahrrad. So wird von einzelnen InterviewpartnerInnen eher vorsichtig als leichtfertig mit der zu erhaltenden Mobilität umgegangen. Sie versuchen durch Einschränkung ihres Bewegungsumfeldes sowie durch bewusstes Zeitnehmen für spezielle Bewegungen Stürze und dergleichen zu verhindern. Die Wissenschaftler Anders, Dapp et al. schreiben in einer Arbeit über Sturzprävention davon, dass Menschen mit Sturzangst und Gangunsicherheit schon von vornherein den Bewegungsradius einschränken, ehe sich überhaupt noch ein Sturz zuge tragen hat.²²⁰

²¹⁷ wie Schmerzen in den Beinen durch Wetterfühligkeit; verschiedene Allergien wie in Kap. 6.3.1 erwähnt.

²¹⁸ wie beispielsweise einer Makuladegeneration, Herz- und Lungenbeschwerden u. Ä.

²¹⁹ vgl. Heimerl – Berlach-Pobitzer 2000, S. 107ff

²²⁰ vgl. Anders - Dapp et. al 2007, S. 255

Eine weitere Sorge betrifft den *Gesundheitszustand der Kinder*. Rufen diese nicht zur vereinbarten Zeit an oder verspäten sie sich um wenige Minuten, wird sofort die Vermutung angestellt, dass etwas geschehen sein könnte. Eine Interviewpartnerin betrachtet das Leben ihrer Kinder sogar vorrangig gegenüber dem eigenen. Die Angst, die eigenen Kinder zu Grabe tragen zu müssen, ist groß. Dieser Gedanke ist für sie unvorstellbar und würde ihr sämtlichen Lebensmut rauben. Die Familie repräsentiert für die meisten InterviewpartnerInnen etwas Fundamentales und muss in ihrer Struktur erhalten bleiben.

Wo das Leben in Zukunft stattfinden wird, stellt eine weitere Sorge der Interviewten dar. Wie vorhin erwähnt ist es ihr Ziel, im eigenen Haus weiter leben zu können und in diesem zu sterben. So stellt sich diesbezüglich die Frage, ob sich dies mit der Familie vereinbaren lässt. Die Annahme einer professionellen Unterstützung im Falle einer Pflegebedürftigkeit scheint nach Angaben der Interviewten eine gute Hilfe darzustellen. Auch die Unterstützung von Seiten der Familie scheint in den meisten Fällen konstant zu sein. So wurde beispielsweise bereits für eine Interviewpartnerin im Haus der Kinder ein zusätzliches Zimmer gebaut, damit diese einmal dort leben kann.

Einige InterviewpartnerInnen gaben an, *Angst durch das stille Umfeld* zu haben. Oft verspüren sie in ihren eigenen vier Wänden Angst bei Gewittern bzw. befürchten, ausgeraubt zu werden. Die Medien haben hinsichtlich des zweiten Angstfaktors einen entscheidenden Einfluss auf die Betroffenen. Ausschließlich Frauen machen Aussagen zu diesem Thema. Es ist davon auszugehen, dass sie bereits im Laufe ihres Lebens unangenehme Erfahrungen gemacht haben, über die nie gesprochen wird, die sich jedoch in ihrem Leben verankert haben, wodurch sich das Gefühl, in gewissen Situationen Angst zu bekommen, besser erklären lässt.

Die letzte Forschungsfrage bezieht sich auf die Wünsche und Bedürfnisse der InterviewpartnerInnen. In Bezug auf diese Thematik wurden bereits einige Ergebnisse angesprochen. Darauf aufbauend wird eine Zusammenfassung mit allen Wünschen und Bedürfnissen der Befragten gegeben. So tritt der Wunsch, die eigene Mobilität aufrechtzuerhalten, besonders deutlich hervor. Eine Interviewpartnerin äußert als ihren

innigsten Wunsch, dass sie in Zukunft wieder einmal auf ihr Fahrrad würde steigen wollen, um den neuen Kreisverkehr zu bezwingen. Seit es diesen gibt, traut sie sich nicht mehr alleine zum Friedhof zu fahren, einem Ort, der für sie, aber auch für alle anderen InterviewpartnerInnen einen bedeutenden Platz darstellt, da dort ihre verstorbenen Ehemänner und Ehefrauen begraben sind. Veränderungen können, wie in diesem Fall, Einschränkungen im Tun und Handeln zur Folge haben, und somit zu einer Abhängigkeit führen, die durch eine verkehrstechnische Maßnahme entsteht und nicht durch die eigenen Ressourcen bedingt ist.

Des Weiteren zeigt sich das *Verlangen nach sozialen Kontakten*. So hat sich bei allen InterviewpartnerInnen im Lauf der Jahre das soziale Umfeld, wie bereits erwähnt, durch das Ableben von Freunden und Nachbarn reduziert. Sie erhalten weniger Besuche und haben weniger Menschen, bei denen sie sich ihre Sorgen von der Seele reden können. Vereinzelt wird angesprochen, dass sie gerne mehr Gesellschaft hätten, jemanden, mit dem sie sprechen können, der mit ihnen die Zeit verbringt. Diesbezüglich wurde mit Nachdruck erwähnt, dass sie keine Tätigkeiten an diese Menschen abgeben möchten, sondern sich ausschließlich ihre Anwesenheit wünschen. Aus Sicht der Befragten wäre es schön, wenn dazu jemand bei ihnen vorbeikommen würde.

Aus diesen Ergebnissen geht hervor, dass einige soziale Implementierungen im Leben der Betroffenen besonders wünschenswert wären. So könnten beispielsweise ehrenamtliche Besuchsdienste auf Gemeindeebene gegründet werden, welche sich für die älteren Personen für einige Stunden in der Woche Zeit nehmen, um diese aus dem normalen Alltag zu bringen, bzw. dafür sorgen, dass diese mehr soziale Kontakte zu anderen pflegen können. Zudem ließe sich an die Möglichkeit von Kursen für Pensionisten denken, die innerhalb der Gemeinde stattfinden, und in denen beispielsweise Themen wie „Sicherheit im Straßenverkehr für ältere Straßenverkehrsteilnehmer“ aufgegriffen werden. Eventuell würde mittels finanzieller Förderung von Notrufahren, wie sie das Rote Kreuz anbietet, erreicht werden, dass sich ältere Personen in Notfallsituationen (beispielsweise nach einen Sturz) Hilfe organisieren können.

Des Weiteren wäre es wichtig, um einer Überbelastungen der pflegenden Angehörigen entgegenzuwirken, Arbeitsgruppen zu gründen, in denen eine präventive Beratung für voranschreitende Krankheiten wie beispielsweise Alzheimer erfolgt, und auch andere altersbedingte Krankheiten besprochen und diskutiert werden.

Wünschenswert wäre zudem die Schaffung einer konsequenten, individuell angelegten Betreuung eines multiprofessionellen Teams, um so zum einen Ärzte im ländlichen Raum zu entlasten, zum anderen, um eine weitreichendere Versorgung und Hilfe dort anbieten zu können, wo sie benötigt wird – in den eigenen vier Wänden der Betroffenen.

LITERATURVERZEICHNIS

Amrhein, L. – Backes, G. M.: Alter(n)sbilder und Diskurse des Alter(n)s. Anmerkungen zum Stand der Forschung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40, 2007, S. 104–111.

Anders, J. – Dapp, U. – Laub, S. – von Renteln-Kruse, W.: Einfluss von Sturzgefährdung und Sturzangst auf die Mobilität selbstständig lebender, älterer Menschen am Übergang zur Gebrechlichkeit. Screeningergebnisse zur kommunalen Sturzprävention. Z. Gerontol Geriat 40: 2007, S. 255-267.

Backes, G. M. – Clemens, W.: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Altersforschung. Juventa Verlag, Weinheim – München 1998.

Backes, G.M. – Clemens, W.: Lebensphase Alter. Eine Einführung in die sozialwissenschaftlichen Altersforschung. Juventa Verlag, Weinheim – München 2003.

Berghoff, Ch. – Handschuh-Heiß, St. – Kocs, U. – Rosentreter, M.: Gerontologie für die Altenpflegeausbildung. Grundlagen für die Gerontologie, Psychologie und Soziologie. Kieser Verlag GmbH, 1999.

Blonski, H. (Hrsg.): Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe. Beitz Verlag, Weinheim – Basel 1997.

Böhmer, F.: Multimorbidität und Polypathie, in: Böhmer, F. – Fusgen, I. (Hrsg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Böhlau Verlag, Wiesbaden – Köln – Weimar 2008.

Böhmer, F.- Fusen, I. (Hrsg.): Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten. Böhlau Verlag, Wiesbaden – Köln – Weimar 2008.

Bramberger A.: Zukunft–Altern–Wohnen. Wissenschaftliche Schriftenreihe des Zentrums für Zukunftsstudien – Salzburg. Lit Verlag, Wien 2005.

Breyll, B.: Das Gefühl, dass noch wer da ist. Erleben sozialer Kontakte im Alters- und Pflegeheim aus der Sicht der Bewohnerinnen. Diplomarbeit, Wien 2009.

Bundesministerium für Gesundheit; Familie und Jugend (Hrsg.): Klimont, J. – Kytir, J. – Leitner, B. [Autoren]: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007: Hauptergebnisse und methodische Dokumentation, Wien 2007.

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.): Österreichischer Pflegevorsorgebericht 2007, Wien 2007

Bunzendahl, I. – Hagen, B. P. (Hrsg.): Soziale Netzwerke für die ambulante Pflege. Grundlagen, Praxisbeispiele und Arbeitshilfen. Juventa Verlag, Weinheim – München 2004.

De Gryter, Walter.: Pschyrembel Wörterbuch Pflege. Berlin – New York 2003.

Deutsches Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: Zur Lage der älteren Generation. 2001.

Doblhammer, G.: Das Alter ist weiblich. Demographie der weiblichen Bevölkerung. Gynäkologe 39, 2006, S. 346–353 (online publiziert)

Döllmann, P. – Temel, R. (Hrsg.): Lebenslandschaften. Zukünftiges Wohnen im Schnittpunkt zwischen privat und öffentlich. Campus Verlag, Frankfurt – New York 2002.

Ennker, J. – Pietrowski, D.: Gesund und fit in der zweiten Lebenshälfte. Ein Patientenratgeber. Steinkopff Verlag Darmstadt, Darmstadt 2006.

Essbüchl, M.: Alternative Wohn- und Betreuungskonzepte für SeniorInnen – aus Grau wird Bunt. Diplomarbeit, Wien 2008.

Fernández de la Hoz, P. – Pflegerl, J.: BMUFJ: Seniorenbericht 2000. Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich, Nov. 1998 – Okt. 1999. Kurzfassung. Wien 1999/2001. (online publiziert)

Flade, A.: Wohnen im Alter aus psychologischer Sicht: Zur Bedeutung der Wohnumwelt im Alter, in: Blonski, H. (Hrsg.): Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1997.

Friedl, R. – Spinderl, E. A. (Hrsg.): Nachhaltige Entwicklung ländlicher Räume, Chancenverbesserung durch Innovation und Traditionspflege. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009.

Gatterer, G. (Hrsg.): Multiprofessionelle Altenbetreuung. Ein praxisbezogenes Handbuch. Springer, Wien – New York 2003.

Graber-Dünow, M.: Selbstbestimmung trotz Hilfebedürftigkeit. Wohnformen alter Menschen. Dr. med Mabuse, 5. Jg., Nr. 141, Jänner/Februar 2003, S. 30–35.

Grond, E.: Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander. 6. Auflage, Lambertus, Freiburg im Breisgau 1991.

Gunzelmann, Th. – Oswald, W. D.: Gerontologische Diagnostik und Assessment. 1. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 2005.

Häder, M.: Empirische Sozialforschung. Eine Einführung. Lehrbuch. 1. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006.

Haveman, M. – Stöppler, R.: Altern mit geistiger Behinderung. Grundlagen und Perspektiven für Begleitung, Bildung und Rehabilitation. 1. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 2004.

Heimerl, K. – Berlach-Pobitzer, I.: Autonomie erhalten – Eine qualitative PatientInnenbefragung in der Hauskrankenpflege. in: Seidl, E. – Staňková, M – Walter,

I. (Hrsg.): Autonomie im Alter. Studien zu Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien – München – Bern, 2000, S. 102-165.

Hofer, N.: Behinderung und Pflegebedürftigkeit in Österreich. Ein Wegweiser. 2. Auflage, Freiheitliche Akademie, Wien 2009.

Hofmayer, M. M. – Rack, H. M.: Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. MWV, Berlin 2006.

Huber, M. – Siegel, S. A. – Wächter, C. – Brandenburg, A.: Autonomie im Alter. Leben und Altwerden im Pflegeheim: wie Pflegenden die Autonomie von alten und pflegebedürftigen Menschen fördern. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2005.

Jansen, B. (Hrsg.): Informelle Pflege durch Angehörige. in: Jansen, B. – Karl, F. – Radebold, H. – Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1999, S. 604-628.

Jansen, B. – Karl, F. – Radebold, H. – Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1999.

Jenny, M.: Psychische Veränderungen im Alter. Mythos – Realität – Psychologische Interventionen. Facultas Universitätsverlag, Wien 1996.

Juchli, L.: Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. 8. überarb. Auflage, Georg Thieme Verlag, Stuttgart – New York 1997.

Kaiser, H. J. (Hrsg.): Autonomie und Kompetenz. Aspekte einer gerontologischen Herausforderung. LIT Verlag. Münster – Hamburg - London 2002.

Klapfer, K.: Wohnen im Alter zu Hause – Belastung oder ideale Lebensform? Sekundäranalyse der Studie „Leben in Wien“. Diplomarbeit, Wien 2001.

Klie, Th. – Buhl, A. – Entzian, H. – Hedtke-Becker, A. – Wallrafen-Dreisow, H. (Hrsg.): Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen. Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2005.

Koeppel, A. – Mausberg, D.: Zur Lebenslage Angehöriger psychisch kranker alter Menschen. Eine empirische Untersuchung. Diözesan-Caritasverband für das Erzbistum Köln e.V., Köln 2003.

Kondratowicz, H.-J. – Schmitz-Scherzer, R.: Über den Alltag im Alter. in: Jansen, B. – Karl, F. – Radebold, H. – Schmitz-Scherzer, R.: Soziale Gerontologie. Beltz Verlag. Weinheim – Basel, 1999, 490-503.

Kreimer, R.: Altenpflege: menschlich, modern und kreativ. Grundlagen und Modelle einer zeitgemäßen Prävention, Pflege und Rehabilitation. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, 2004

Kremer-Preiß, U.: KDA-Datenbank zum Modellprojekt „Wohnen im Alter“. Pflege aktuell, 45. Jg., Heft 4, April 2000, S. 204–206.

Kremer-Preiß, U. – Stolarz, H.: Neue Wohnkonzepte für das Alter und praktische Erfahrungen bei der Umsetzung – eine Bestandsanalyse. Aus der Reihe: Leben und Wohnen im Alter. Band 1. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh und Kuratorium Deutsche Altershilfe, Köln 2003

Kruse, A. – Martin, M. (Hrsg.): Enzyklopädie der Gerontologie. Alternsprozesse in multidisziplinärer Sicht. 1. Aufl., Hans Huber Verlag, Bern 2004.

Kruse, A.: Autonomie und soziale Teilhabe im Alter als politische Leitbilder eines erfolgreichen Alters. in: Kaiser, H. J. (Hrsg.): Autonomie und Kompetenz. Aspekte einer gerontologischen Herausforderung. LIT Verlag. Münster – Hamburg - London 2002 S. 17-34.

Kuhlmey, A. – Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber Verlag, Bern 2008.

Kytir, J.: Die demographische Revolution und die Langlebigkeit. Zu den Ursachen und Folgen des Altersstrukturwandels, in: Rosenmayr, L. – Böhmer, F. (Hrsg.): Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. WUV Universitätsverlag, Wien 2003, S. 131-145.

Kytir, J.: Bevölkerungsentwicklung: Probleme, Chancen, Perspektiven. Agrarische Rundschau, Heft 5/2008, Online-Fachzeitschrift des Bundesministeriums für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft, Jahrgang 2009 (26.08.2009).

Labisch, A.: Gesundheit. Oder: der Traum der Moderne, Krankheit, Alter und Tod überwinden zu können. in: Jansen, B. – Karl, F. – Radebold, H. – Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1999, S. 470-488.

Lamprecht, A. M.: Christlicher Glaube im Alter. Eine Untersuchung zu Bedeutung und Funktion. Forum Theologie und Psychologie, Band 10. 1. Auflage, Lit Verlag 2006.

Lehr, U.: Psychologie des Alterns. 10. korr. Auflage, Quelle und Meyer Verlag, Wiebelsheim 2003.

Lehr, U.: Psychologie des Alterns. 11. korr. Auflage, Quelle und Meyer Verlag, Wiebelsheim 2007.

Mayer, H. (Hrsg.): Pflegeforschung aus der Praxis für die Praxis. Band 1: Qualitative Forschungsarbeiten aus dem Berufsfeld Pflege. Facultas Universitätsverlag, Wien 2000.

Mayer, H.: Einführung in die Pflegeforschung. 1.Auflage, Facultas Universitätsverlag, Wien 2002.

Mayer, H.: Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. 2. Auflage, Facultas Universitätsverlag, Wien 2007.

Mayring, Ph.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim – Basel 2008.

Naumann, S. – Frangenberg, A.: Rapido – Ein Forschungsbeitrag zu innovativen ländlichen Entwicklung in der EU, in: Friedel, R. – Spindler, E. A. (Hrsg.): Nachhaltige Entwicklung ländlicher Räume. Chancenverbesserung durch Innovation und Traditionspflege. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009.

Menche, N.: Pflege heute. Lehrbuch für Pflegeberufe. 3. Auflage, Urban – Fischer, München 2004.

Nigg, B. – Steidl, S.: Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie. Ein Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe. Facultas Universitätsverlag, Wien 2005.

Noack, H. R. – Reis-Klingspiegl, K.: Altern als Herausforderung. Band 2: Gesundheit macht alt. Wissensgrundlagen, Projekte und Szenarien für lebenswerte Lebenswelten im Alter. Leykam, Graz 1999.

Oswald, W. D. – Gatterer, G. – Fleischmann, U. M. (Hrsg.): Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 2008.

Oswald, W.D. – Lehr, U. M. (Hrsg.): Altern. Veränderung und Bewältigung. 1. Auflage, Hans Huber, Bern 1991.

Oswald, W.D. – Gunzelmann, Th.: Zur Steigerung der geistigen Leistungsfähigkeit durch Übung und Training. in: Alter. Veränderung und Bewältigung. 1. Auflage, Hans Huber, Bern 1991, S. 29-37.

Parr, D.: Autonomie im Alter, in: Schumpelick, V. – Vogel, B. (Hrsg.): Alter als Last und Chance. Herder, Freiburg im Breisgau 2005.

Pensionsversicherungsanstalt (Hrsg.): Die Pensionsreform 2003/2004. 3. Auflage. 01.01.2004.

Reimann, H.: Das Alter. Einführung in die Gerontologie. 3. neubearbeitete Auflage, Lucius & Lucius, 1994.

Riepe, M. W.: Psychische Störungen und Krankheiten im Alter, in: Kuhlmei, A. – Schaeffer, D. (Hrsg.): Alter, Gesundheit und Krankheit. Hans Huber Verlag, Bern 2008.

Pochobradsky, E.- Bergmann, F. – Brix-Samoylenko, H. – Erkamp, H. – Laub, R.: BMSGK: Situation pflegender Angehöriger. Enbericht. Wien 2004.

Rosenmayr, L. – Böhmer, F. (Hrsg.): Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. WUV Universitätsverlag, Wien 2003.

Röttger-Liepmann, B.: Pflegebedürftigkeit im Alter. Aktuelle Befunde und Konsequenzen für künftige Versorgungsstrukturen. Juventa Verlag, Weinheim – München 2007.

Rückert, W.: Demographie. in: Jansen, B. – Karl, F. – Radebold, H. – Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz Verlag, Weinheim und Basel 1999, S. 142-170.

Rupprecht, R.: Psychologische Theorien zum Alternsprozess, in: Oswald, W. D. – Gatterer, G. – Fleischmann, U. M. (Hrsg.): Gerontopsychologie. Grundlagen und klinische Aspekte zur Psychologie des Alterns. 2. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart 2008.

Schaffenberger, E. – Pochobradsky, E.: BMSGK: Ausbau der Dienste und Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen in Österreich – Zwischenbilanz. Wien 2004.

Schneekloth, U. – Wahl, H.-W. (Hrsg.): Selbständigkeit und Hilfebedarf bei älteren Menschen in Privathaushalten. Pflegearrangements, Demenz, Versorgungsangebote. Kohlhammer, Stuttgart 2007.

Schneider, C.: Gesellschaftliche Problemlagen des Alter(n)s und der Altenbetreuung als Herausforderung pflegerischen Handelns bei psychischen Alterserkrankungen. Eine gerontosoziologisch-pflegewissenschaftliche Analyse unter Berücksichtigung des psychologischen Pflegemodells nach Erwin Böhm. Univ.-Diss., Wien 2005.

Schneider, U. – Österle, A. – Schober, D. – Schober C.: Die Kosten der Pflege in Österreich. Ausgabenstrukturen und Finanzierung. Forschungsbericht. Institut für Sozialpolitik, Wien 02/2006.

Schilling, O. – Wahl, H.-W.: Familiäre Netzwerke und Lebenszufriedenheit alter Menschen in ländlichen und urbanen Regionen. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Soziologie, Jg. 45, Heft 2, 2002, S. 305–317.

Schumpelick, V. – Vogel, B. (Hrsg.): Alter als Last und Chance. Herder, Freiburg im Breisgau 2005.

Schweppe, C.: Biographie und Alter(n) auf dem Land. Lebenssituation und Lebensentwürfe. Leske und Budrich, Opladen 2000.

Seidl, E. – Staňková, M. – Walter, I. (Hrsg.): Autonomie im Alter. Wilhelm Maudrich, Wien – München - Bern, 2000.

Seidl, E. – Walter, I.: Lebensbewältigung und Information. Eine Studie über alte Menschen nach der Spitalsentlassung. in: Seidl, E. – Staňková, M. – Walter, I. (Hrsg.): Autonomie im Alter. Wilhelm Maudrich, Wien – München - Bern, 2000, S. 36-98.

Simon, G. – Solveig, H.: Alter als Herausforderung. Band 1: Soziale Teilhabe und Integration älterer Menschen. Sozialressort der Steiermärkischen Landesregierung, Graz 1999.

Österreichisches Normungsinstitut (Hrsg.): Spezielle Baulichkeiten für behinderte und alte Menschen. Planungsgrundsätze ÖNORM B1601. Wien, 8/1994.

Österreichisches Normungsinstitut (Hrsg.): Barrierefreies Bauen. Planungsgrundsätze. ÖNORM B1600. Wien, 8/1994.

Stanjek Karl (Hrsg.): Altenpflege Konkret. Sozialwissenschaften. 1. Aufl., Fischer, Lübeck – Stuttgart – Ulm – Jena 1998.

Statistik Austria (Hrsg.): Familien- und Haushaltsstatistik. Ergebnisse des Mikrozensus. Wien 2009.

Teising, M.: Zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Ein zentraler Konflikt auch am Lebensende. Dr. med. Mabuse 179, Mai/ Juni 2009, S. 36–38.

Titze, B. H.: Die Bedeutung der Wohnsituation für die subjektive Lebenszufriedenheit alter Menschen - ein Vergleich dreier Wohnformen für alte Menschen. Diplomarbeit. Wien 1991.

Tomek, K.: Stürze im Alter sind vermeidbar. Fachbeitrag. Österreichische Pflegezeitschrift Heft 10/2005, S. 13-16.

Ullrich, I.: Zu Hause leben oder im Heim?, in: Blonski, H. (Hrsg.): Wohnformen im Alter. Ein Praxisberater für die Altenhilfe. Beltz Verlag, Weinheim – Basel 1997, S. 50-75.

Viidik, A.: Biologisches Altern – Gesetzmäßigkeiten und Beeinflussbarkeit, in: Böhmer, F. – Rosenmayr, L. (Hrsg.): Hoffnung Alter. Forschung, Theorie, Praxis. WUV Universitätsverlag, Wien 2003, S. 21-44.

Wagner, M. – Wolf, Ch.: Altern, Familie und soziales Netzwerk. Zeitschrift für Erziehungswissenschaft, Jg. 4, Heft 4/2001, S. 529–554.

Walter, U. – Flick, U. – Neubauer, A. – Fischer, C. – Schwartz, F.-W. (Hrsg.): Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis. Band 11. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2006.

Walter, U. – Schwartz, F. W. – Seidler: Sozialmedizin. in: Jansen, B. – Karl, F. – Radebold, H. – Schmitz-Scherzer, R. (Hrsg.): Soziale Gerontologie. Ein Handbuch für Lehr und Praxis. Beltz Verlag, Weinheim – Basel 1999, S. 230-255.

Weber, G. – Glück, J. – Heiss, C. – Sassenrath, S. – Schaefer, L. – Wehinger, K.: ESAW. European Study of Adult Well-Being / Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter. 2002–2004. WUV Universitätsverlag, Wien 2005.

World Health Organization: Active Ageing. A policy framework. World Health Organization, Genua 2002.

Zglinicki, T. – Nikolaus, T.: Alter und Altern. in: Schmidt, R. F. – Lang, F. (Hrsg.): Physiologie des Menschen – mit Pathophysiologie. 30. Auflage. Springer Verlag, Heidelberg 2007.

Internet:

BAG Positionspapier: Gesundheits- und Pflegevorsorge in Österreich.

http://caritas.at/.../oesterreich/.../BAG_Arbeitsklausur_Positionspapier.doc (27.07.2009)

BMSK, Soziale Dienste

http://www.bmsk.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0062 (26.08.2009)

BMUJF: Seniorenbericht 2000: Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich Nov. 1998 – Okt. 1999. (14.10.2008)

BMWFJ – Bundesministerium für Wirtschaft, Familie, Jugend. Freiwilligenarbeit im Tourismus in Österreich (Hrsg.): Freiwilligenarbeit im Tourismus in Österreich, Wien, 6/2008
<http://www.bmsg.at/cms/site/detail.htm?channel=CH0127&doc=CMS1056464720800> (16.01.07).

BPGG Bundespflegegeldgesetz, 2006.
<http://www.eislive.at/BPGG.pdf> (15.08.09)

Heilig, G. K.: Stirbt der ländliche Raum? Zur Demographie ländlicher Gebiete in Europa: Zahlen, Fakten, Schlussfolgerungen. Leader ERD Projekt. Vortrag auf der Bayerisch-Österreichischen Strategie Tagung, Salzburg 2002 (online: 26.08.2009)
http://www.iiasa.ac.at/Research/ERD/net/pdf/Papers/Doc5_all.pdf

Haberfeld, H.: Herzinsuffizienz, Stürze und Multimorbidität im Alter. Geriatrie ist das Thema der Sommerakademie in Pörschach. 2008 (online)
http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse_1_0_0a.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=5D2D52FC4EC97C34C125744800371A81&fsn=fsStartHomeFachinfo&iif=0 (01.09.2009)

Lebensministerium: Der ländliche Raum als Siedlungsraum:
<http://sitemap.lebensministerium.at/article/articleview/62718/1/13751> (26.08.2009).

Medizininfo: Geriatrie, Alter, soziales Altern:
http://medizininfo.de/geriatrie/alter/soziales_altern.shtml (7.11.2008).

Österreichisches Normungsinstitut: ÖNORM B1600; ÖNORM B 1601
On-norm.at: Barrierefreiheit
http://www.on-norm.at/publish/oenorm_b_1610.html (23.07.2009)

Robert Koch Institut: GBE Heft 10, 2005 (18.02.08).

Runge, M.: Multifaktorielle Pathogenese von Gehstörungen, Stürzen und Hüftfrakturen im Alter. Aerpath- Klinik, EsslingenKennenburg1997.
http://www.unitrem.com/galileo/letteratura/5Die_multifaktoriellePathagonese.pdf

Seniorenbericht Kurzfassung:
http://www.bmsk.gv.at/cms/site/attachments/4/6/4/CH0184/CMS1240821992988/seniorenbericht_kurzfassung.pdf (15.09.2008)

Statistik Austria: <http://www.statistik.at>
Statistik Austria: Bevölkerungspyramide
Statistik Austria: Bevölkerungsprognosen

Statistik Austria: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz; Bericht des Arbeitskreises für Pflegevorsorge 2007.

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/sozialleistungen_auf_bundesebene/bundespflegegeld/020068.html (25.08.2009)

TABELLENVERZEICHNIS

<i>Tabelle 1: Differenzierung der zweiten Lebensphase, eigene Darstellung</i>	<i>13</i>
<i>Tabelle 2: Selbstständige Lebensführung in vier US-Regionen und Deutschland, eigene Darstellung</i>	<i>28</i>
<i>Tabelle 3: Zahl der EinwohnerInnen der Marktgemeinde St. Martin/Raab (Stand: 4.10.2007) –</i>	<i>60</i>

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

<i>Abbildung 1: Bevölkerungspyramide für Österreich 2006 bis 2030.....</i>	<i>6</i>
<i>Abbildung 2: BundespflegegeldbezieherInnen in Österreich nach Altersgruppen, eigene Darstellung.....</i>	<i>7</i>
<i>Abbildung 3: Einpersonenhaushalte in Österreich nach Alter und Geschlecht, eigene Darstellung.....</i>	<i>30</i>
<i>Abbildung 4: Verbrachte Stunden zu Hause von Personen verschiedener Altersgruppen, eigene Darstellung</i>	<i>32</i>
<i>Abbildung 5: Platzbedarf bei Rollstuhlbenützung</i>	<i>38</i>
<i>Abbildung 6: Bedeutung formeller und informeller Pflege bei Pflegebedürftigkeit bzw. langer Krankheit bezogen auf die häusliche Betreuung in Österreich (alle Altersgruppen), eigene Darstellung.....</i>	<i>42</i>
<i>Abbildung 7: Betreuung bei Pflegebedürftigkeit bzw. langer Krankheit der Altersgruppe 75 +, eigene Darstellung</i>	<i>44</i>
<i>Abbildung 8: Erbrachte Pflege- und Betreuungsleistungen pflegender Angehöriger bei häuslicher Pflege, eigene Darstellung.....</i>	<i>46</i>
<i>Abbildung 9: Belastungen durch die Pflege, eigene Darstellung.....</i>	<i>48</i>
<i>Abbildung 10: Einteilung formeller Pflege, eigene Darstellung</i>	<i>50</i>
<i>Abbildung 11: Alten- und Pflegeheime in Österreich – Qualifikationsstruktur des Pflege- und Betreuungspersonals, eigene Darstellung</i>	<i>58</i>
<i>Abbildung 12: Hauptkategorien & Unterkategorien der empirischen Arbeit, eigene Darstellung</i>	<i>65</i>

INFORMATIONSBLETT

Universität Wien
Institut für Pflegewissenschaft
Diplomandin: Ramona Scherbler

Betreff:
Personenbefragung für Diplomarbeit

Thema:
„Autonomes Altern im ländlichen Raum unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerks.“

SEHR GEEHRTE DAMEN UND HERREN!

Mein Name ist Ramona Scherbler (wohnhalt: Schwabengraben 28). Seit Oktober 2004 studiere ich an der Universität Wien Pflegewissenschaft. Im Zuge dieses Studiums ist es die Aufgabe, um einen Abschluss zu erwerben, eine Diplomarbeit zu verfassen.

Ich habe mich auf den ländlichen Raum spezialisiert und das Thema: „Autonomes Altern im ländlichen Raum unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerks“ gewählt.

Im Rahmen dieser Arbeit werde ich Befragungen mit allein lebenden älteren Menschen aus der Marktgemeinde Sankt Martin an der Raab durchführen. Dabei würde ich in einem Gespräch (ca. 20-60 Minuten) von Ihnen gerne erfahren, wie sie den Alltag im ländlichen Raum erleben. Zudem ist es für mich wichtig zu erfahren, wie es im Bereich der informellen und formellen Netzwerkarbeit (Familie, Nachbarn, soziale Dienste etc.) in Ihrem Umfeld aussieht.

Mit dieser Forschungsarbeit wird nicht nur versucht, die Problematik des allein lebenden alten Menschen auf dem Land aufzuzeigen, es sollen auch zukunftsweisende Aspekte dargestellt werden. Bislang gibt es im deutschsprachigen Raum nur wenig Literatur über diese Personengruppe im ländlichen Gebiet. Dieses Defizit wird mit dieser Arbeit in einem ersten Schritt auszugleichen versucht. Sie soll auch eine Sensibilisierung für die Wichtigkeit dieses Themas der allein wohnenden alten Menschen auf dem Lande leisten, da auch der Anteil der im Alter allein wohnenden Menschen an der Gesamtbevölkerung tendenziell steigt und sich gerade der ländliche, periphere Raum in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht als eine Herausforderung darstellt.

Selbstverständlich werden die Daten sowohl vertraut als auch anonym behandelt sowie nicht an Dritte weitergegeben!

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie mich bei meiner Abschlussarbeit unterstützen und mit mir ein Gespräch führen würden.

Bei Fragen oder Unklarheiten rufen Sie mich bitte unter einer der folgenden Telefonnummern an!

Tel.: xxx

Handy: xxx

Mit freundlichen Grüßen,
Ramona Scherbler

INTERVIEWLEITFADEN

„Autonomes Altern im ländlichen Raum unter Berücksichtigung des sozialen Netzwerks“

Allgemein:

- Vorstellung der Interviewerin
 - Ziel und Zweck der Interviews
 - Ablauf der Interviews
 - Zusicherung der Anonymität
 - Einverständnis der InterviewpartnerInnen hinsichtlich der Aufnahme des Interviews
-

1. Das Erleben des Alltags

- Wie sieht ein ganz normaler Tag bei Ihnen aus?

Tätigkeiten im Wohnumfeld: *Reinigung des Haushalts, Wäsche versorgen, Kochen, Telefonieren, Gartenarbeit, ...*

- Was erledigen Sie im Haushalt selbstständig?
- Wo gibt es Einschränkungen?

Tätigkeitsfelder außerhalb des Wohnumfelds: *Einkaufen, finanzielle Erledigungen, Arzt und Apothekenbesuche, Kirchen bzw. Friedhofbesuche, ...*

- Der nächstgelegene Nahversorger ist doch einige Kilometer entfernt - wie / bzw. woher erhalten Sie jene Dinge, die Sie zum Leben benötigen?
 - ☐ Besorgen Sie diese Dinge selbstständig?
 - ☐ Brauchen Sie bei diesen Erledigungen Begleitung?
 - ☐ Beauftragen Sie jemanden für diese Aufgaben?

Transportmittel / Mobilität:

- Welche Transportmittel benutzen Sie noch selbstständig? (Fahrrad, PKW, Taxi,...)
- Würden Sie sagen, dass Erledigungen auf dem Land durch die weiten Distanzen ein Problem für ältere Menschen darstellen?

Freizeit / Hobbies:

- Was machen Sie gerne in Ihrer Freizeit?
 - ☐ z.B.: Sind Sie in Vereinen tätig?

Gesundheitszustand:

- Leiden Sie an bestimmten Krankheiten / Beschwerden?
- Behindern sie diese an der selbstständigen Lebensführung?

Grenzen im Alltag:

- Gibt es Situationen, in welchen Sie auf Hindernisse bzw. an Ihre Grenzen stoßen?
- Gibt es Tätigkeiten, welche Sie nicht mehr selbstständig verrichten können?

Sorgen und Ängste:

- Haben Sie irgendwelche Sorgen bzw. Ängste, die Sie momentan bedrücken?
- Was glauben Sie würde geschehen, wenn Sie nicht mehr in der Lage wären, Ihren Haushalt selbstständig zu führen?

2. Die Rolle des sozialen Netzwerks

Informelles Umfeld:

- Haben Sie Familienangehörige, etc.?
- Wie ist der Ablauf, wenn jemand aus Ihrer Familie vorbeikommt?
- Bekommen Sie Unterstützung von Seiten der Familie / Verwandtschaft?
- o Wer sind diese Unterstützungspersonen?

- Gibt es außerhalb Ihrer Familie Personen, die Sie öfters treffen/ besuchen?
- Wer sind diese Personen?
- Wie oft finden solche Besuche / Treffen statt?
- Wie sieht ein solcher/s Besuch / Treffen aus?
- Sind diese Personen eine Quelle der Unterstützung für Sie?
- Gibt es so etwas wie Nachbarschaftshilfe?

Formelles Umfeld:

- Nehmen Sie soziale (mobile) Dienste in Anspruch (z.B. Hausarzt, Hauskrankenpflege,...)?
- Wie oft kommen Personen der sozialen (mobilen) Dienste bei Ihnen vorbei?
- Welche Handlungsfelder nehmen diese Personen ein?

3. Wünsche der allein lebenden älteren Personen:

- Was würden Sie sich wünschen, wenn Sie drei Wünsche frei hätten?
 - Wenn Sie an die derzeitige Lebenssituation denken, was würden Sie verändern um eine Erleichterung im Alltag zu erlangen?
-

CURRICULUM VITAE

PERSÖNLICHE DATEN:

Ramona Margarete Scherbler
Schwabengraben 28, 8385 Welten
geb. am 14. Dezember 1985 in Güssing

SCHULBILDUNG:

1992-1996, Volksschule St. Martin an der Raab
1996-2000, Hauptschule Jennersdorf
2000-2004, Bundesoberstufenrealgymnasium Feldbach

STUDIUM:

2004-2009 IDS Pflegewissenschaft mit Schwerpunkt
Pädagogik und Medizin, Universität Wien

BERUFSERFAHRUNGEN/AUSBILDUNGEN/PRAKTIKA:

2002-2009

Abenteuerland Welten (Aktivitätenprogrammgestaltung,
Gästebetreuung), Welten

Seit 2008

Schülerin an der Schule für allgemeine Gesundheits- und
Krankenpflege mit Neurologischem Zentrum Rosenhügel

März-Juni 2009

Praktikum auf der Rheumatologie im Krankenhaus
Hietzing, Wien

Juni-September

Praktikum im Geriatriezentrum Favoriten, Pflege- und
Wohnbereich, Wien