



universität
wien

DISSERTATION

Titel der Dissertation

„Lebensqualität im hohen und höchsten Alter im
städtischen Bereich-
Eine Untersuchung von 75- bis 95-jährigen Wiener und
Wienerinnen in Privathaushalten und Altersheimen“

Verfasserin

Mag.^a Monika Kratzer

angestrebter akademischer Grad

Doktorin der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (Dr.rer.soc.oec.)

Wien, 11.10.2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 084 121

Dissertationsgebiet lt. Studienblatt:

Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Betreuerin / Betreuer:

Univ.-Prof. Dr. Mag.Josef Hörl

Danksagung

Mein spezieller Dank gilt Herrn **Professor Dr. Josef Hörl**, der mich von der Konkretisierung und der Einarbeitung in das Thema „Lebensqualität im Alter“ über die Vorstudien bis hin zur Fertigstellung der Dissertation stets hilfreich und sehr geduldig mit Verbesserungsvorschlägen unterstützte.

Ebenfalls danke ich Herrn **Professor Dr. Franz Kolland**, dem ich meine Forschungsarbeit im Rahmen eines Forschungskollegs vorstellen durfte und der mir als Zweitbegutachter mit Rat und Tat zur Seite stand.

Unterstützung erfuhr ich ebenfalls von meiner Studienkollegin Jennifer Erhardt und meinen Freundinnen Margit Chwatal, Helga Kratzer und der „Sperl Runde“, für die ich mich herzlich bedanke.

Meine Familie, im Speziellen mein Ehegatte, brachte stets Verständnis für meine Forschungsbegeisterung auf und ermöglichte mir dadurch die Umsetzung meines Dissertationsvorhabens.

Sprachliche Gleichbehandlung

Wenn im Text personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form oder nur in weiblicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer.

Erklärung zum selbständigen Verfassen der Arbeit

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe.

Ich habe keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt.

Ich habe die Arbeit bzw. Teile davon weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung als Prüfungsarbeit vorgelegt.

(Ort und Datum;

Unterschrift der Studierenden)

*Es muss das Herz bei jeder Lebensstufe
bereit zum Abschied sein und Neubeginne,
um sich in Tapferkeit und ohne Trauern
in andre, neue Bindungen zu geben...*

(H. Hesse 1990)

I. Abstract

The dissertation concerns itself with the quality of life of persons aged 75+ in Vienna (Austria). Based on concepts such as satisfaction, happiness and loneliness the quality of the daily lives of the elderly and very old is investigated. Aging is a natural and unavoidable process, but every individual grows older in his own unique way. By 2015, one quarter of the Viennese population will be above 60. Most old people yearn for contentment and happiness and I will also address the question of loneliness among old people.

The aim of this research work is to find the factors of influence which impact the quality of life in the older population. The main areas of focus are age, marital status, household income, education, dependency on care, health status, mobility, independence, social contacts, activeness and the place of residence (private home, assisted retirement home, geriatric care institute). The analysis of the research data reveals four complex links: socio-demographic links, socio-economic links, states of health, self-competence and the ability to function.

In many theories, age is described as being an ineffectual factor on the quality of life (Amann & Majce 2005:205) and my own research findings confirm this theory.

Crucial for the well-being of old men and woman are objective living conditions as well as subjective self- assessments. Sometimes the following paradox eventuates: Some people are happy with their lives despite poor objective living conditions while others are unhappy even though their objective living conditions are good. Society has a negative opinion about life in retirement homes. New findings from random samplings however revealed that life in an assisted care retirement home increases the life satisfaction of old women.

Independence, in terms of social competence in the daily life is very important for the subjective perceptions of well-being for old people. The loss of close relatives (especially the loss of a spouse) is calamity which has a deep, negative impact on the quality of life.

130 persons in Vienna, aged 75+ were surveyed. The data structure of the study shows the living conditions of the participants. 91 of those surveyed live in private households without

any help. 20 persons are being taken care of in their own homes, 14 women live in senior-residential homes and 5 women live in nursing homes.

The analysis of variance, clusters, factors and regressions was used for the statistical evaluation. Those research results apply only to those 130 persons surveyed in my studies. To make a more generally viable statement, more research is needed.

Inhaltsverzeichnis

I.	Abstract	9
1.	Einleitung	13
II.	Theoretischer Teil.....	21
2.	Lebensqualitätsforschung.....	21
2.1.	Begriffe und Definitionen.....	21
2.2.	Länderspezifische Lebensqualitätsforschung.....	27
2.2.1.	Nordamerikanische Forschung.....	27
2.2.2.	Skandinavische Forschung.....	31
2.2.3.	Deutsche Forschung	32
2.2.4.	Österreichische Forschung	35
2.3.	Vergleichsstudien	38
2.3.1.	Bolsa Studie.....	40
2.3.2.	Berliner Altersstudie.....	41
2.3.3.	Share	43
3.	Kulturgeschichtliche Aspekte	45
4.	Altern und „Neues Alter“.....	49
4.1.	Altern als individuelles und gesellschaftliches Phänomen.....	49
4.2.	„Produktives Altern“	53
5.	Lebensqualität für Pflegebedürftige.....	57
6.	Exkurs zu „Ausgleichszulage“ und „Pflegegeld“	59
III.	Empirischer Teil.....	63
7.	Studie: Lebensqualität 2009.....	63
7.1.	Forschungsproblem, Entstehung und Entwicklung.....	63
7.1.1.	Forschungsfragen	64
7.2.	Konzeptspezifikation.....	64
7.2.1.	Alter und Partnerschaft.....	66
7.2.2.	Ökonomische Lebenslage.....	66
7.2.3.	Gesundheitszustand	67
7.2.4.	Funktionsfähigkeit und Selbstkompetenz.....	67
7.3.	Hypothesenkatalog	69
7.3.1.	Soziodemographische Zusammenhänge	70
7.3.2.	Sozioökonomische Zusammenhänge	71
7.3.3.	Gesundheitszustand	74
7.3.4.	Selbstkompetenz und Funktionsfähigkeit.....	76
7.4.	Operationalisierung	79
7.4.1.	Lebensqualitätsmessung.....	80
7.4.2.	Zufriedenheit	80
7.4.3.	Einsamkeit	81
7.4.4.	Glück	82
7.5.	Untersuchungsplanung und Vorbereitung der Erhebung	83
7.6.	Konstruktion des Erhebungsinstrumentes (Fragebogen).....	84
7.7.	Stichprobenauswahl.....	86
7.8.	Qualitative Interviews und Beobachtungen.....	89
7.8.1.	Alltag im Privathaushalt.....	89
7.8.2.	Alltag im Altersheim („Häuser zum Leben“)......	91
7.8.3.	Alltagsleben im Pflegeheim	97
8.	Datenauswertung.....	102
8.1.	Eigener Datensatz.....	103
8.1.1.	Gütekriterien.....	105

8.1.2.	Validität.....	105
8.1.3.	Objektivität.....	105
8.1.4.	Reliabilität.....	106
8.1.5.	Repräsentativität.....	106
8.2.	Beschreibung der Lebensqualitätsparameter.....	107
8.2.1.	Zufriedenheit.....	107
8.2.2.	Einsamkeit.....	108
8.2.3.	Glück.....	109
8.3.	Beschreibung der Untersuchungseinheiten.....	112
8.4.	Einflussgrößen.....	113
8.4.1.	Alter und Geschlecht.....	113
8.4.2.	Bildung.....	114
8.4.3.	Einkommen.....	115
8.4.4.	Familienstand.....	115
8.4.5.	Wohnort Altersheim.....	117
8.4.6.	Aktivitäten und Hobbys.....	118
8.4.7.	Chronische Krankheiten.....	119
8.4.8.	Selbständigkeit.....	120
8.5.	Hypothesenüberprüfung.....	120
8.5.1.	Übersicht über die in den Hypothesen verwendeten Variablen.....	122
8.5.2.	Soziodemografische Zusammenhänge.....	123
8.5.3.	Sozioökonomische Zusammenhänge.....	131
8.5.4.	Gesundheitszustand.....	140
8.5.5.	Selbstkompetenz und Funktionsfähigkeit.....	154
8.6.	Clusteranalyse.....	171
8.6.1.	Hierarchische Cluster.....	171
8.6.2.	Ward Methode: Ward Linkage.....	172
8.7.	Faktorenanalyse.....	175
8.8.	Regression.....	183
9.	Diskussion der Ergebnisse.....	189
9.1.	Bolsa Studie.....	189
9.2.	Berliner Altersstudie.....	191
9.3.	SHARE.....	195
9.4.	Freizeitverhalten im Alter.....	196
9.5.	Zufriedenheit bleibt stabil.....	197
10.	Reflexive Betrachtung.....	199
11.	Zusammenfassung.....	202
12.	Persönliches Schlusswort.....	209
13.	Literaturverzeichnis.....	211
14.	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis.....	216
14.1.	Abbildungsverzeichnis.....	216
14.2.	Tabellenverzeichnis.....	216
IV.	Anhang.....	218
15.	Abstract.....	218
16.	Fragebogen.....	220
17.	Variablenliste eigener Datensatz.....	246
18.	Sozialstruktur der Hochbetagten im eigenen Datensatz.....	256
19.	Sozialstruktur der Base Studie-Zeitpunkt 4.....	259
20.	Sozialstruktur Share Studie: Welle 2.....	260
21.	Lebenslauf.....	261

1. Einleitung

Lebensqualität - was macht Lebensqualität aus? Welche Kriterien sollen erfüllt werden um ein qualitativ hochwertiges Leben zu führen? Ist es finanzielle Abgesicherheit, Zufriedenheit, nicht einsam sein oder Glück?

Fragen dieser Art beschäftigen mich schon sehr lange.

Das Phänomen „Lebensqualität“ faszinierte mich seit dem Beginn meines Diplomstudiums der Soziologie. Bereits die erste Übung meiner Hochschulausbildung hatte deshalb „Lebensqualität“ zum Inhalt, wobei ich mich mit dem Thema „Wohlfahrtsstaat“ genauer beschäftigte. Da mein Interesse nun vollkommen geweckt war, verfolgte ich weiterhin jede Lehrveranstaltung dazu. So bei Prof. Dr. Wolfgang Schulz, wo der Schwerpunkt der Analysen des zweisemestrigen Forschungspraktikums in der Erforschung der Lebensqualität lag. Ich konzentrierte mich hierbei vorwiegend auf die Indikatoren Gesundheit und Freizeitverhalten bei älteren Menschen (60+). Nach weiteren Lehrveranstaltungen zum Gegenstand Lebensqualität und Armut beschloss ich, das Thema in meiner Diplomarbeit zu behandeln. Die Diplomarbeit trägt den Titel „Armut in der Zwischenkriegszeit“ und beschäftigt sich inhaltlich mit der Jugendzeit und den damaligen Überlebensstrategien von jetzt alten Menschen. Während dieser Forschungstätigkeit wurde das Interesse an der Generation 75+ immer größer.

Meine Überlegungen zur Lebensqualität lassen sich in Hinblick auf Hochbetagte so formulieren:

Spielt das Alter in Hinblick auf Lebensqualität eine Rolle?

Inwiefern hängt die Lebensqualität vom Gesundheitszustand oder vom Geschlecht des Individuums ab?

Inwieweit wirken sich demografische Veränderungen auf die Lebensqualität alter Menschen aus?

Welche Faktoren beeinflussen die Lebensqualität?

Diese ersten Überlegungen führten dazu, eine weitere Forschung in Form der vorliegenden Dissertation durchzuführen. Bei Beobachtungen und in narrativen Gesprächen wollte ich erfahren, wie das tägliche Leben der jetzt alten Menschen abläuft. Die Armut in der

Zwischenkriegszeit betraf vor allem die Stadtbevölkerung und daher interessierte mich, wie diese Menschen heute leben. Sind sie zufrieden mit ihrem Leben? Fühlen sich die Menschen einsam? Sind sie glücklich? Bereits in den ersten qualitativen Gesprächen zeigten sich bestimmte Tendenzen. Einerseits wurde der Selbständigkeit und Unabhängigkeit in der Bewältigung des Alltags eine besonders große Bedeutung zugeschrieben und andererseits der Angst der Generation 75+ vor Altersheimen und Pflegeheimen. In unserer Gesellschaft herrschen negative Altersstereotypen vor.

(Rosenmayr 2006: 165)

Die hier vorliegende Dissertation beschäftigt sich mit den subjektiven Einschätzungen und den objektiven Lebensbedingungen von älteren und alten Frauen und Männern, die in Wien in Privathaushalten, Altersheimen und Pflegeheimen leben. Es wird die Geburtskohorte 1914-1934 näher untersucht. Das Konstrukt „Lebensqualität“ beinhaltet im vorliegenden Modell die abhängigen Indikatoren Glück, Einsamkeit und Zufriedenheit. Welche unabhängigen Faktoren nun tatsächlich einen Einfluss auf die Lebensqualität der befragten Personen haben, soll diese Forschungsarbeit näher erläutern. Menschen sehnen sich nach Glück und Zufriedenheit und manche alte Menschen sehnen sich im Alter nach dem Rückzug aus dem sozialen Leben.

Die theoretischen Grundlagen für diese Dissertation bieten hauptsächlich einerseits die Lebensqualitätsforschung von Wolfgang Glatzer und Wolfgang Zapf (1984) und andererseits neue Forschungen zur Lebensqualität von Anton Amann, Günther Ehgartner und David Felder (2010). Es wird zwischen „objektiv beobachtbaren Lebensbedingungen und subjektiven Bewertungen der Bürger und Bürgerinnen“ unterschieden.

(Zapf 1984: 19, Amann & Ehgartner & Felder 2010: 80f)

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen wenige Ergebnisse über die subjektive Wahrnehmung von Lebensqualität für sehr alte Menschen auf. Meist enden diese Untersuchungen bei Personen im Alter von 60 bis 75 Jahren. Untersuchungen in Altersheimen und Pflegeheimen sind äußerst selten.

Die steigende Lebenserwartung bewirkt eine entscheidende Veränderung der demographischen Struktur, da der Anteil der über 75-jährigen Männer und Frauen ständig zunimmt. Die Gruppe der Hochaltrigen wächst am schnellsten. In Deutschland lebten 2006 etwa 8000 Menschen im Alter von 100 Jahren und mehr, ein Jahrhundert vorher waren es

nur einige Dutzend Menschen in dieser Altersgruppe. (Udo Kelle in Baur & Korte & Löw & Schroer 2008: 20) In Österreich leben laut Statistik Austria (2010) über 1000

100-jährige Personen und ältere¹. 2015 wird ein Viertel der Bevölkerung von Wien über 60 Jahre alt sein.

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html v. 27.5.2010)

Langlebigkeit ist ein Massenphänomen, das sich erstmals im 20. Jahrhundert zeigte. Es ist zu sehen, dass sich das Leben mit Zunahme des Alters durch Multimorbidität und Funktionsverluste zeitweise mühsam gestaltet. Der Alltag ist für ältere Menschen schwer zu bewältigen. „Altern“ ist ein natürlicher biologischer Prozess und verläuft individuell verschieden. „Altern ist heute primär soziales Schicksal und erst sekundär funktionelle oder organische Veränderung.“ (Lehr 2007: 9)

Im Jahre 2010 sind in Österreich 494.000 Personen über 75 Jahre (8 Prozent) und 168.000 Personen über 85 Jahre (2 Prozent) alt . Laut Statistik Austria wird die Generation 75+ bis 2030 schätzungsweise über eine Million Menschen betragen.

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html v. 27.5.2010)

Die Prognosen anhand der demographischen Entwicklung in Österreich besagen folgende Veränderungen:

Bereits 2026 werden doppelt so viele Personen 85 Jahre und älter sein. Die Anzahl der Personen, die 95 Jahre und älter sein werden, beläuft sich nach diesen Berechnungen auf 10.000, die der über 99-jährigen auf 1.200. In 20 Jahren wird Österreich über neun Millionen Einwohner zählen, davon wird jeder Neunte über 75 Jahre alt sein.

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html v. 27.5.2010)

Derzeit leben laut dem Statistischen Jahrbuch der Stadt Wien in der Bundeshauptstadt 880.183 Frauen und 807.088 Männer. 7,6 Prozent der Wohnbevölkerung Wiens sind über 75 Jahre alt. In Wien wird der Anteil der über 75jährigen Menschen bis 2013 etwas abnehmen,

¹ Die älteste lebende Wienerin hat bereits ein Alter von 110 Jahren erreicht. (<http://www.wien.gv.at/verwaltung/ehrungen/jubilaeen> v.2.5.2011)

um dann wieder zu steigen. 2020 wird der Anteil auf 8,7 Prozent und bis 2050 auf 13 Prozent anwachsen. 5 Prozent der über 80jährigen Menschen sind pflegebedürftig. Es gibt in Österreich 600.000 pflegebedürftige Menschen und 540.000 davon werden in ihrer Privatwohnung betreut. (Salzburger Woche Flachgau vom 16. April 2009)

Die Sterbetafeln der Statistik Austria zeigen, dass die ferne Lebenserwartung von Männern, die im Jahr 1947 geboren wurden, 59 Jahre betrug (64 bei Frauen). Im Jahr 2009 sind diese Personen 63 Jahre alt. Männer haben eine ferne Lebensdauer von 19 und Frauen von 22 Jahren zu erwarten.

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_masszahlen/sterbetafeln/index.html#index3 , vom 27.5.2010)

Das bedeutet, dass sich die ferne Lebenserwartung auf der Sterbetafel erhöht, wenn man bereits ein bestimmtes Alter erreicht hat. Statistische Wahrscheinlichkeitsberechnungen zeigen, dass Frauen, die derzeit ein Alter von 80 Jahren erreicht haben, noch weitere 9 Jahre leben werden. Männer dieses Alters leben wahrscheinlich noch weitere 8 Jahre, wobei im Konzept der subjektiven Einschätzung des guten Gesundheitszustandes² der Mann 2,4 Jahre und die Frau 2,1 Jahre als gut angibt. Das bedeutet, der Mann schätzt seinen Gesundheitszustand subjektiv etwas besser ein.

Es soll untersucht werden, inwiefern sich die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes auf die Lebensqualität auswirkt. Mögliche Faktoren wie die Selbständigkeit in der Bewältigung des Lebensalltags, in den Freizeitaktivitäten und den sozialen Kontakten, werden analysiert. Alte Menschen wollen ihren Lebensabend zuhause verbringen. Die Angst vor dem Alters- oder Pflegeheim ist noch immer in der Bevölkerung vorherrschend.³ Persönliche Befragungen im Altersheim ergeben, dass manche Personen erklären, dass sie in diesen Häusern wie in einem Vier-Sterne Hotel untergebracht sind.

„ Man müsste nur bei halbwegs guter Gesundheit schon hier leben, damit man die Freizeitangebote nützen kann.“

„Es gibt sogar einen Tanzkurs“, erklärt eine andere Bewohnerin.

² Der subjektive Gesundheitszustand beruht auf der Gesundheitsbefragung von 2006/2007, die aufgrund einer Registerzählung per 31.10.2006 erfolgte. (<http://www.statistik.at>)

³ Diese Erkenntnis wurde aus den qualitativen Interviews in Privathaushalten gewonnen.

Trotz objektiv besserer Lebenslage und steigendem Wohlstand zeigen Forschungen wie jene von Wolfgang Schulz zur Lebensqualität (2005), dass die subjektiv empfundene Lebensqualität mit dem verbesserten Lebensstandard nicht ansteigt. Es bessern sich zwar die Lebensbedingungen, aber die Menschen schätzen ihr Wohlbefinden subjektiv nicht besser ein. (Norden & Schulz 1985)

Als Voraussetzung für ein glückliches und zufriedenes Leben wird in den qualitativen narrativen Gesprächen die Wahrung von Eigenverantwortlichkeit genannt. Selbständigkeit steht im Vordergrund. Jeder Mensch ist für die Gestaltung seines eigenen Lebens selbst zuständig. Diese Erkenntnis stimmt mit jüngeren Forschungsergebnissen überein, die Lebensqualität mit sozialer „Produktivität“ in Zusammenhang bringen. (Amann & Ehgartner & Felder 2010: 53-71) Einschneidende Erlebnisse sind in der Lebensbiografie nicht planbar. Eine plötzlich auftretende Demenz- oder Alzheimererkrankung, eine Krebserkrankung, schwerer Mobilitätsverlust und der Tod eines Lebenspartners oder einer Lebenspartnerin sind nicht kalkulierbar.

Kristalline⁴ Fähigkeiten nehmen im Laufe des Alterungsprozesses in einem geringeren Maße ab wie die fluide Intelligenz⁵. Der Abbau der fluiden Intelligenz beginnt bereits in frühen Jahren. (Gatterer & Croy 2004: 4) Beide Fähigkeiten können durch gezielte Übungen verbessert werden. Die Übungswirkung hinsichtlich der kristallinen Fähigkeit ist weitaus größer. „Während sich die „fluid intelligence“ vielen Untersuchungen zufolge als eher altersabhängig zeigt, erwies sich die „crystallized intelligence“ als weitgehend altersstabil.“ (Lehr 2007: 79ff) Weiters ist laut Lehr & Thomae⁶ eine gute Schulbildung die Voraussetzung für die Erhaltung höherer kristalliner Intelligenz. Lebenslanges Lernen (Bildung) wirkt sich im Alter positiv auf die Lebenszufriedenheit und die Gesundheit aus. (Kolland & Ahmadi 2010: 11)

Sozialforscher und Sozialforscherinnen empfehlen alten Menschen bis ins hohe Alter geistig und körperlich aktiv zu bleiben und das Leben zu gestalten. (Gatterer & Croy 2004: 4) Die Soziologie fasst Typen zusammen, die den Prozess des Alterns verschieden meistern. (Rosenmayr & Böhmer 2006) In der Gesellschaft bestehen Vorurteile

⁴ Kristalline Intelligenz ist erfahrungs- und übungsabhängig und kann bis in das hohe Alter stark erhalten bleiben (Wortschatz, Ausdrucksfähigkeit, Blick auf das Wesentliche). (Rosenmayr & Böhmer 2003: 154)

⁵ Fluide Intelligenz bedeutet die Fähigkeit logisch zu denken, Neues zu erlernen und zu raschen Problemlösungen bei hoher Reaktionsfähigkeit zu kommen. (Rosenmayr & Böhmer 2003: 154)

⁶ Ergebnis der Bolsa Studie - Bonn Longitudinal Study of Ageing

gegenüber alten Männern und Frauen, dennoch gilt, dass jeder Mensch „.....*sehr wohl genügend Fähigkeiten besitzt aktiv und effektiv sein Leben zu gestalten.*“ (Lehr & Thomae 1987: 56)

Das Alltagsleben wird zuhause durch Familienangehörige in Zusammenarbeit mit Hausärzten und Hausärztinnen, professionellen Diensten, mobilen Pflegekräften, medizinischer Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern und Reinigungskräften unterstützt. Die Heimhilfe ist vor allem für die tägliche Körperpflege, das Einkaufen, Essen wärmen, abwaschen und die Müllentsorgung zuständig. Behördenwege und Arztbesuche werden laut eigener qualitativer Voruntersuchung meist zusammen mit Verwandten, Bekannten oder Nachbarn durchgeführt. Ein wichtiger Punkt ist „Lebensbedingungen für alte Menschen zu schaffen, die es ihm erlauben seinen Lebens- und Tagesplan in sozialer Selbstverständlichkeit und Fraglosigkeit zu halten.“ (Tartler 1961) Rund 80 % bis 85 % der pflegebedürftigen Menschen in Österreich werden zuhause betreut. Fast 5 % der österreichischen Bevölkerung (zirka 425.000) beziehen Pflegegeld nach dem Bundes- oder Landespflegegesetz⁷. „Pflegebedürftigkeit hat sich von einem eher individuellen Randphänomen zu einem Risiko für alle Mitglieder der Gesellschaft entwickelt.“ (www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH0011 27. Oktober 2010)

Die persönliche Wohnsituation wird bei Befragten in diversen Altersstudien - wie der „Bonner Gerontologische Längsschnittstudie“ oder der „Berliner Altersstudie“ - als gut bis zufriedenstellend empfunden. Alte, etwas gebrechliche Frauen verbringen in Wien ihren Lebensabend teilweise im Altersheim, in sogenannten „Häusern zum Leben“.

Alt werden ist in der Gesellschaft negativ behaftet. „Wahrgenommen wird, dass Frauen im Vergleich zu Männern länger leben und dadurch länger krank und pflegebedürftig sind und in größerem Umfang Sozial- und Gesundheitspflege in Anspruch nehmen.“ (Abraham 2008) Wie sich die alternden Menschen in ihren alternden Körpern fühlen, wurde noch wenig erforscht. „*Altern ist heute primär soziales Schicksal und erst sekundär funktionelle oder organische Veränderung.*“ (Thomae 2007: 9)

Da menschliche Wesen Teile eines sozialen Systems sind, ist die Kommunikation mit anderen Individuen ein wesentlicher Teil des Lebens. Alle Menschen haben die gleiche

⁷ Laut Handbuch der Sozialversicherung gab es im Dezember 2009 326.710 Bundespflegegeldbezieher. (2010: 143).

Basis für Bedürfnisse. Jeder Mensch ist geprägt durch seine einzigartige Lebensgeschichte und so verläuft der Alterungsprozess individuell variabel. Alle Individuen sehnen sich trotz steigender Abhängigkeiten nach einem Altern in Würde und nach einem respektvollen Miteinander und Empathie. (Travelbee 1965)

Die Aufteilung der Kapitel dieser Dissertation ergibt folgende Gliederung:

Das *Kapitel 1* schildert in einer Einleitung bereits in ersten Zügen die Bedeutung der Lebensqualität für alte Menschen.

Im *Kapitel 2* werden die allgemeinen theoretischen Grundlagen der Lebensqualitätsforschung und im Speziellen die amerikanische, skandinavische, deutsche und österreichische Forschung besprochen. Die amerikanische Forschung legt ihr Hauptaugenmerk auf die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität, während die skandinavische Forschung die objektiven Lebenslagen genauer analysiert. In Deutschland und Österreich werden die beiden Ansätze gemeinsam beachtet.

Kapitel 3 widmet sich kulturgeschichtlichen Aspekten und dem Thema „Schöpferisches Altern“. Seit Menschengedenken gibt es die Sehnsucht nach Glück und Zufriedenheit.

Kapitel 4 befasst sich mit dem „Alterungsprozess“ und dem Begriff „Neues Alter“. Ein Hauptaugenmerk wird auf die „Soziale Produktivität im Alter“ und auf „Lebenslanges Lernen“ gesetzt.

Im *Kapitel 5* wird das Thema „Lebensqualität und Pflegebedürftigkeit“ angesprochen.

Kapitel 6 beschäftigt sich in einem Exkurs mit den Voraussetzungen für die Gewährung von Ausgleichszulage und Pflegegeld.

Kapitel 7 behandelt die Datenerhebung und *Kapitel 8* die Datenauswertung der eigenen Studie.

Es werden durch die für die Dissertation vorliegende Studie die statistischen Zusammenhänge zwischen der objektiven Lebenslage und den subjektiven Einschätzungen über Lebensqualität in Privathaushalten und Heimen für die ausgewählte Stichprobe (130 Personen) näher erforscht. Der Schwerpunkt in den Interviews liegt im Bereich der Selbstbestimmung des Alltagslebens und der Befriedigung der Grundbedürfnisse mit oder ohne Unterstützungsmöglichkeiten.

Kapitel 9 vergleicht Ergebnisse aus der eigenen Studie mit bereits bekannten Studien.

Kapitel 10 widmet sich einer reflexiven Betrachtung.

Im *Kapitel 11* werden die Erkenntnisse der Dissertation zusammengefasst und im

Kapitel 12 erfolgt eine persönliche Schlussbetrachtung.

Folgende Problemstellungen werden in der Dissertation bearbeitet:

Untersucht werden die Einflussfaktoren, die auf die Lebensqualität hochaltriger Personen für eine ausgewählte Stichprobe in Wien einwirken. Damit sind unter anderem die Wohnsituation, das Geschlecht und das Alter einer Person zu verstehen. Beim Wohnort wird zwischen leben im Privathaushalt oder in einer institutionellen Einrichtung unterschieden (Altersheim oder Pflegeheim).

Als vorbildhafte Sekundärliteratur dienen die Datensätze der Berliner Altersstudie (Zeitpunkt 4) und der Share Studie (Welle 2), wobei die Originaldatensätze neu zusammengefügt und ausgewertet wurden.

II. Theoretischer Teil

2. Lebensqualitätsforschung

Lebensqualitätsforschung wird multidisziplinär ausgeübt, wobei hauptsächlich die Disziplinen Soziologie, Medizin, Psychologie, Sozialpolitik und Pflegewissenschaften eine große Rolle spielen.

2.1. Begriffe und Definitionen

„Der Begriff Lebensqualität will das Wertvollste bezeichnen, das der Mensch in seinem Leben realisieren kann.“ (Amann & Majce 2005: 212)

Die **Lebensqualität** einer Gesellschaft wird durch die sogenannten sozialen Indikatoren (social indicators) beeinflusst. „ Im Gegensatz zu dem zumeist rein ökonomisch definierten Begriff des Lebensstandards umfasst der Begriff der Lebensqualität unter anderem auch solche Faktoren wie die Wohnbedingungen, den Zustand der natürlichen Umwelt, den Grad der Demokratisierung, den Gesundheitszustand der Bevölkerung, die Erholungsmöglichkeiten, das Erziehungswesen und das Maß an sozialer Sicherheit in einer Gesellschaft zu einem bestimmten Zeitpunkt.“ (Fuchs-Heinritz & Lautmann & Rammstedt & Wienold 1996: 394)

Der **Lebensstandard** hingegen ist eine „Bezeichnung für Menge und Qualität von Waren, öffentlichen Einrichtungen und anderen Lebensbedingungen, die einer Person zur Verfügung stehen oder ihre Lebensführung bestimmen.“ Ein Vergleich des Lebensstandards ist in verschiedenen Ländern durch den sogenannten „Warenkorb“ möglich⁸. (Fuchs-Heinritz & Lautmann & Rammstedt & Wienold 1995: 394)

Der Lebensstandard soll eine optimale Lebensqualität gewährleisten und steht im Gegensatz zum Existenzminimum beziehungsweise Existenzoptimum. (Norden & Schulz 1983: 34) „ Eine gewisse Ausstattung mit sozioökonomischen Ressourcen scheint notwendig zu sein, um

⁸ Der Warenkorb beinhaltet Indexpositionen, die dem Konsum der Bevölkerung eines Landes angepasst sind. (www.statistik.at/.../warenkorb.../index.html v.11.4.2011)

das menschliche Leben derartig verbessern zu können, dass die Grundbedürfnisse befriedigt werden.“ (Lee 1982 in Norden und Schulz 1983: 26)

Im 20. Jahrhundert verbesserte sich der Lebensstandard vor allem durch die Zunahme von Konsummöglichkeiten. (Norden & Schulz 1983: 55)

„Lebensqualität ist geradezu Antithese zu Lebensstandard.“ (Amann & Ehgartner & Felder 2010)

Die Sozialindikatorenforschung verbindet die Lebensbedingungen einer Bevölkerung mit sozialstatistischen Kennzahlen (Kennziffern) um Messungen der Wohlfahrt und Vergleiche durchführen zu können. (Fuchs-Heinritz & Lautmann & Rammstedt & Wienold 1995: 615) So können zum Beispiel Sozialberichte für die OECD und die Vereinten Nationen erstellt werden. (Norden & Schulz 1983: 1)

Wissenschaftliche Untersuchungen differenzieren zwischen **objektiven und subjektiven Voraussetzungen**. Wie die Menschen ihre Lebensqualität subjektiv empfinden ist von zentraler Bedeutung. Der Lebensstil ist bestimmt durch die Grenzen, die durch die soziale Lebenslage vorgegeben sind. (Hendricks & Hatch in Binstock & George 2006: 301) Neuere Definitionen verbinden Lebensqualität im Kontext mit „Produktivität im Alter“. (Amann & Ehgartner & Felder 2010: 53-69) Wenn alte Menschen bis ins hohe Alter produktiv bleiben, dann können sie für sich selbst sorgen und belasten nicht das Gesundheitssystem. Am teuersten kommen Langzeitpflegeplätze.

Der Wohlfahrtsstaat („welfare state“) dient zur individuellen Existenzsicherung der alten Menschen. (Lessenich in Bauer & Korte & Löw & Schrör 2008: 483) Es herrscht Zufriedenheit über die wohlstaatlichen Leistungen in der Bevölkerung. Wolfgang Zapf versteht unter dem Typus des Wohlfahrtsstaates⁹ „...dass man mit den Lebensverhältnissen zufrieden ist.“¹⁰ (Zapf 1984: 15)

Wohlfahrt soll nicht nur die ökonomische Lage alter Männer und Frauen verbessern, sondern auch die Möglichkeit zu einem sinnerfüllten Leben bieten. (Zapf & Glatzer 1984: 398) Es werden staatliche Hilfen und Unterstützungen für die Zeit von Unselbständigkeit und

⁹ Konservativer Typus des Wohlfahrtsstaates

¹⁰ Manchmal kommen auch negative Aussagen: „Arbeitsscheue lassen sich vom Staat aushalten“. (Zapf & Glatzer 1984: 144).

Pflegebedürftigkeit angeboten. „Hochaltrigkeit ist also auch eine Konsequenz der Entwicklung des Sozial- und Wohlfahrtsstaates, der soziale Betreuung bis hin zur Pflege ermöglicht.“ (Amann & Kolland 2008: 33)

Esping Andersen (1999) entwickelte eine Typologie der Wohlfahrtsstaaten.

Er unterscheidet zwischen einem sozialdemokratischen, einem konservativen und einem liberalen Wohlfahrtsstaat.

Beim sozialdemokratischen Wohlfahrtsmodell spielen die sozialen Bürgerrechte eine entscheidende Rolle und es werden hohe Sozialleistungen geboten. Dieses Modell wird in den skandinavischen Ländern (Schweden, Norwegen und Dänemark) angeboten. Soziale Ungleichheiten können hier gut ausgeglichen werden. Im liberalen Modell werden nur geringe soziale Leistungen geboten, das Hauptaugenmerk liegt auf der Familie und beim freien Markt. Es wird vor allem in den USA, in Australien und Kanada angeboten. In Deutschland, Österreich, Frankreich und Italien herrscht das Bild eines „Konservativen-Wohlfahrtsstaates“ vor. Die Leistungen sind durch Bundes- und Landesgesetze geregelt. Einen Höhepunkt erlebte der konservative Sozialstaat in den 1970er Jahren, seither wird oft von der „Krise des Sozialstaates“ gesprochen. (Schmid & Nikjetta 1998: 16f, Esping Andersen 1990) In den letzten Jahrzehnten wurden in allen Ländern Sozialleistungen des Sozialstaates teilweise wieder zurück genommen.

Die Lebensqualität kann aus den folgenden verschiedenen Ebenen betrachtet werden:

- Mikroebene: Gene
- Mesoebene: Klasse, Alter, Ethnizität, Geschlecht, Gemeinschaft
- Makroebene: Kultur, Politik, Wirtschaft.

(Binstock & George 2006: 313)

Die Dissertation wird aus der Sicht der Mesoebene betrachtet. „Erfolgreiches Altern“ ist bedingt durch die Klasse, denn ein guter ökonomischer Status bringt automatisch „gutes Altern“ (sucessfull ageing) mit sich. Eine höhere Klasse ermöglicht den Individuen sich leichter anzupassen. Sie können besser freie Entscheidungen treffen und selbstbestimmt handeln. (Holstein & Minkler 2003 in Binstock & George 2006: 308)

Bei der Wahrnehmung der Lebensqualität können Phänomene wie das Zufriedenheitsparadox und das Unzufriedenheitsdilemma auftreten. (Zapf 1984: 25)

Tabelle 1 Objektive Lebensbedingungen und subjektive Lebenszufriedenheit

	Adaption	Deprivation	Well-Being	Dissonanz
objektive Lebensbedingung	schlecht	schlecht	gut	gut
subjektive Lebenszufriedenheit (Eigene Tabelle nach Zapf 1984: 25)	hoch	niedrig	hoch	niedrig

Das Zufriedenheitsparadox liegt vor, wenn Menschen unter schlechten Lebensbedingungen zufrieden sind (Adaption).

Vom Unzufriedenheitsdilemma spricht man, wenn Bürger und Bürgerinnen trotz einer guten Lebenslage unzufrieden sind (Dissonanz). Deprivation kann entstehen, wenn eine schlechte Lebenslage und schlechtes Wohlbefinden aufeinandertreffen. (Zapf 1984: 25f) Eine konsistente Lebenslage führt zu „Well Being“ und „Deprivation“, eine despirate Lebenslage zu „Dissonanz“ und „Resignation“. (Zapf & Glatzer 1984: 397, Binstock & George 2006: 313)

Well Being wird „...als Funktion der Realisierung eines Katalogs von Grundanliegen definiert, der den meisten Mitgliedsstaaten gemeinsam ist, und das Ausmaß des Wohlbefindens bestimmt sich nach dem Grad der Zielerreichung.“ (Zapf 1984: 19) Adaption und Dissonanz kommen eher selten vor, häufig überwiegen „Well Being“ und „Deprivation“. Als manifeste Risikogruppen werden von Wolfgang Schulz Kranke und Pflegefälle bezeichnet, als latente Risikogruppen Einsame. (Norden & Schulz 1983) Auf das Vorkommen des Zufriedenheitsparadoxes hat bereits 1956 Leopold Rosenmayr hingewiesen. „ Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit nehmen trotz einer negativen Lebensveränderung im Alter nicht ab.“ (Linden et al 1997: 29)

In der vorliegenden Dissertation werden die Dimensionen Unabhängigkeit, Selbständigkeit und Selbstbestimmung im Zusammenhang mit Lebensqualität untersucht.

Inwieweit beeinflussen diese Faktoren die Lebensqualitätsparameter Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück?

Die Menschen jeder Altersstufe sehnen sich nach Zufriedenheit und Glück. (Rosenmayr 2007) Zufriedenheit beruht auf kognitiv geprägtem Wohlbefinden und Glück ist „ ein eher affektiver Zustand und scheint sich aus dem Verhältnis positiver und negativer Erfahrungen und Erlebnisse eines Individuums zu ergeben.“(Bradurn in Glatzer 1984: 178)

Einsamkeit tritt vor allem bei alten Menschen auf.

Unter dem Begriff **Lebenszufriedenheit** „...werden dem älteren Menschen Kompetenzen in dem Ausgleich von Störungen zugeschrieben, die in dieser Form und vielleicht auch in diesem Ausmaß früheren Lebensaltern nicht eigen sind.“ (Thomae 1987: 181)

„Zufriedenheit hängt insbesondere von sozialen Vergleichen mit wichtigen Bezugsgruppen ab und davon, was jemand wünscht, erwartet, erhofft und anstrebt.“ (Campbell, Converse, Rodgers 1976)

Lebenszufriedenheit wird erreicht, wenn es alten Männern und Frauen gelingt, sich an neue Lebenssituationen anzupassen. Untersuchungen zeigen eine höhere Zufriedenheit im höheren Alter als bei 45 bis 55-jährigen Personen. (Havinghurst 1963: 664)

Die Lebenszufriedenheit stellt in einem hohen Maße eine Funktion der Zufriedenheit in bestimmten Lebensbereichen dar. (Glatzer 1984: 234, Schulz 1985: 13)

Zufriedenheit im Alter kann beispielsweise durch Disengagement oder Aktivitäten erreicht werden. Disengagement (Cumming & Henry 1961) bedeutet den Rückzug des Individuums aus den Rollen und Aktivitäten des mittleren Alters. (Havinghurst in Tews 1971: 108-110)

Ebenso bieten Konflikte in sozialen Beziehungen eine permanente Quelle von Unzufriedenheit. Die Konflikthäufigkeit sinkt mit dem Alter. (Mohr & Glatzer 1984: 233)

Alte Menschen ziehen sich aus dem sozialen Leben, aus Aktivitäten und aus dem Arbeitsprozess zurück, denn sie merken den körperlichen Abbau. Dieser Rückzug findet nur vorübergehend, zum Beispiel nach Verlusterlebnissen statt. Gelungenes Disengagement führt zu größerer Zufriedenheit der Menschen und später Freiheit. (Lehr in Kelle et al 2008: 26)

Andere Wissenschaftler sind der Meinung, dass der innere Zustand der Zufriedenheit und des Glücks bei gelungener Anpassung an die Lebenssituation möglich ist. (Havinghurst 1963: 664)

Glück beruht nicht auf Zufall, sondern auf einem Prozess, in dem ein Ziel aus einem Habitus heraus vollendet werden soll. Leopold Rosenmayr bezieht sich auf Aristoteles, der Glück folgendermaßen definiert: „ Glück begleitet von Ausgewogenheit, sei eine Verwirklichung des Charakters“. (Rosenmayr 2007: 276)

Unter **Glück** wird in der „Nikomachischen Ethik“ Lust und das Fehlen von Schmerz verstanden, unter Unglück ist Schmerz und der Entzug von Lust gemeint. Um dieses Glück

empfinden zu können, bedarf es eines gewissen Geisteszustandes. (Aristoteles in Dahrendorf 1979:2-10)

Der Philosoph unterscheidet zwischen drei verschiedenen Formen von Glück:

Leben durch Lust und das Vergnügen

Leben als verantwortlicher Bürger

Leben als Forscher und Philosoph. (Rosenmayr 2007: 274-276)

Glück bedeutet Zielverfolgung, das heißt sich um das Erreichen von Zielen zu bemühen.

Glück kommt nicht zufällig, sondern wird durch inständiges Bemühen erreicht. Glück ist als eine tiefe Lebenszufriedenheit zu verstehen. (Rosenmayr 2007: 274f)

In der Lebensqualitätsforschung von Wolfgang Zapf und Wolfgang Glatzer wird Glück als Gefühlszustand definiert, der aufgrund von positiven oder negativen Erinnerungen zustande kommt. (Glatzer 1984: 178) Glück ist nur möglich, wenn die Menschen mit Lebenschancen ausgestattet sind. Der Wohlfahrtsstaat bietet die ökonomische Grundlage, um die Grundvoraussetzung für Glück zu bieten. Alten Menschen wird in Österreich eine gesicherte Mindestpension geboten.

Durch den Verlust von Freunden und Verwandten sind besonders alte Menschen gefährdet zu vereinsamen. Die Unterteilung der **Einsamkeit** erfolgt in eine objektive und subjektive Dimension.

Einsamkeit ist ein psychosozialer Tatbestand und die subjektive Einsamkeit unterteilt sich in die Teilbereiche Vereinsamung, Isolation und Desolation. (Townsend 1963 in Hörl 2008: 285)

Unter Isolierung versteht man die objektiv zählbaren Kontakte. Das bloße Zählen von Kontakthäufigkeiten reicht aber nicht aus um Aussagen machen zu können.

Es ist klar, dass,„...die Qualität von Beziehungen wichtiger ist als die Quantität.“

Der Wunsch nach Unabhängigkeit und Eigenständigkeit im Alter bringt die Tendenz zur sozialen Isolierung automatisch mit sich. Dies entspringt dem Wunsch nach Unabhängigkeit und individuellem Lebenslauf. (Hörl 2008: 285)

Eine besondere Form der Isolation ist die „Desolation“, die durch den Verlust von persönlichen Beziehungsverhältnissen zustande kommt. Einsamkeit entsteht nicht nur durch den Verlust sozialer Kontakte, sondern auch durch den Tod des Partners. Chronische Erkrankungen führen zu mehr Kontakten zu den Kindern (Bundesministerium für Soziales

und Konsumentenschutz 2008). Sorgen vor der Zukunft können sich durch Angst und Einsamkeit ausdrücken.

In den nächsten Kapiteln werden die unterschiedlichen Ansätze für das Verständnis für Lebensqualität in den verschiedenen Kulturen beschrieben. Es soll der Unterschied zwischen dem amerikanischen und europäischen Verständnis von Lebensqualität erarbeitet werden.

2.2. Länderspezifische Lebensqualitätsforschung

2.2.1. Nordamerikanische Forschung

Die amerikanische Forschung konzentriert sich entsprechend des „Quality of Life“ (QoL) Ansatzes hauptsächlich auf „...subjektive Tatbestände als Messgegenstände“. (Schulz 1983: 10) Altern ist bei diesen Theorien verbunden mit der normgebenden Annahme nach „Erfolgreichem Altern“. (Binstock & George 2006: 322))

Die **Quality of Life Forschung** stützt sich auf die Annahme, dass „... das was Menschen als real ansehen, für sie auch real in seinen Konsequenzen sein wird.“ (Zapf 1984: 20)

Erfolgreich Altern (successful ageing) ist möglich, wenn folgende Faktoren zutreffen:

- Es liegen wenige Krankheiten und wenige Funktionsverluste vor.
- Es besteht eine hohe kognitive Funktionsfähigkeit.
- Es wird ein aktiver Lebensstil ausgeübt.

(Row & Kahn 1998 in Binstock & George 2006:322)

Die Menschen verfolgen unterschiedliche Lebensstile, wobei sich Einflüsse wie Ernährung, Selbständigkeit (Unselbständigkeit), geistige Gesundheit (Krankheit), Optimismus (Pessimismus) und soziale Kontakte (keine Kontakte) sowohl positiv wie auch negativ auf das „Well Being“ (subjektiv empfundene Lebensqualität) auswirken können. (Row and Kahn in Binstock & George 2006: 308)

Der Lebensstil kann durch die subjektive Wahrnehmung von außen beobachtet werden. Er wird als offensichtliches Merkmal oder erkennbares Verhaltensmuster definiert (das sich auch verändern kann), welches sich durch gemeinsame Interessen und Lebenssituationen

zeigt. Zusammen mit Werten, Einstellungen und Orientierungen werden charakteristische soziale Identitäten gebildet. (Stebbins in Binstock & George 2006: 313)

Wenn Individuen auf persönliche Ressourcen zurückgreifen können, dann wird ihr Selbstwertgefühl gestärkt. Linda K. George beschreibt die Wichtigkeit der subjektiven Einstellungen und Wahrnehmungen. (Hendricks & Hatch in Binstock & George 2006: 314ff)

Als persönliche, psychologische und physiologische Kompetenzen zählen zum Beispiel: körperliche Gesundheit, Alltagskompetenz, Sinneswahrnehmungen, soziale Beziehungen, kognitive Kompetenzen und Reagieren auf Umwelteinflüsse.

Funktioneller Abbau mindert den Lebensqualitätsindex. Persönliche Ressourcen beeinflussen sich gegenseitig. (Linda K. George 2006: 314-320)

Wichtige multidisziplinäre gerontologische Untersuchungen, die sich mit der subjektiven Lebensqualität beschäftigen, waren die „Kansas City Studies“ (Cumming & Henry 1961) und die „Duke University Longitudinal Studies of Normal Ageing“. (Palmore 1970)

Die Zusammenhänge zwischen Aktivitäten und der Einschätzung der eigenen Zufriedenheit waren Untersuchungsthemen. Mittels spezieller Skalen¹¹ wurde ein möglicher Zusammenhang zwischen subjektiver Wahrnehmung und objektiven Charakteristiken ermittelt.

Linda K. George (2006) beschreibt die Faktoren, die aus Sicht der amerikanischen Forschung die Lebensqualität beeinflussen. Sie stellt fest, dass manche Studien nur die objektiven Lebenslagen von Menschen beachten und die subjektiven Einflussgrößen vernachlässigen. Linda K. George kritisiert außerdem, dass die Studien nur schwer vergleichbar sind, weil sie oft nur einzelne Faktoren der Lebensqualität (QoL) untersuchen.

Das **subjektive Wohlbefinden** wird hauptsächlich durch Verwitung und Gesundheit beziehungsweise Krankheit beeinflusst. (George 2006: 324f)

Pinquart und Sverersen erforschen die Geschlechterunterschiede im „Subjektiven Well Being“ im Leben alter Menschen.

Linda K. George verlangt Studien über ältere Menschen, die den ganzen Lebenslauf berücksichtigen.

¹¹ Die multidimensionalen QoL Skalen wurden 1992 von Ware & Sharebourne entwickelt.

Abbildung 1 Modell für Subjektives Well-Being

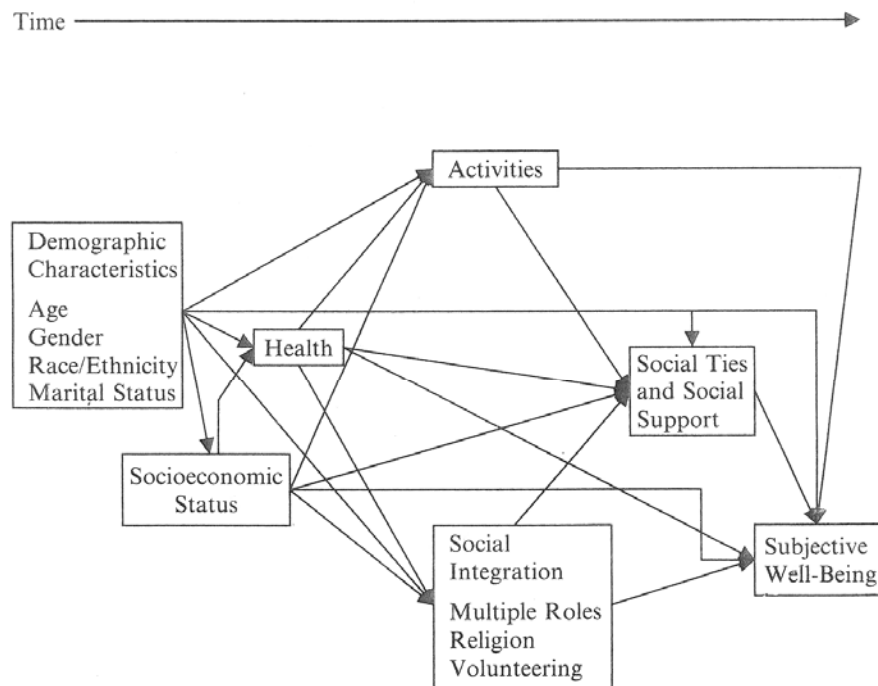


Figure 18.1 Conceptual model of the determinants of subjective well-being.

Abb.1 (Binstock & George 2006: 323) zeigt ein strukturelles Modell zur Erklärung des **subjektiven Well-Being**, wobei der Ablauf von links nach rechts die Wirkrichtung der Einflussgrößen auf das Well-Being darstellt. Ausgehend von unmittelbar messbaren demographischen Größen werden sukzessive komplexere Größen in das Modell eingebunden. Dabei werden komplexere Größen (weiter rechts im Modell stehend) zwar von den darunterliegenden (weiter links dargestellten) Größen beeinflusst, aber es gibt in diesem Modell keine Rückwirkung von höheren Ebenen auf darunterliegende Ebenen. Das Modell verläuft streng hierarchisch in die Richtung zu Well-Being.

Der Einfluss des sozioökonomischen Status hat eine ähnliche Bedeutung wie die demographischen Faktoren. Der „objektive Gesundheitszustand“ ist in seiner Wirkung höher als die demographischen Faktoren. (Warr & Butcher & Robertson 2004 in Binstock & George 2006: 326)

Welche Faktoren erhöhen die subjektiven Empfindungen alter Frauen und Männer? (George 2006)

- Mehrfache Rollen erhöhen das subjektive Wohlbefinden.
- Ehrenamtliche Arbeit hebt die Lebensqualität. (Morrow-Howell in Binstock & George 2006)
- Bei sozialen Bindungen ist die Qualität der Beziehungen wichtig. (Lang & Schutze 2002 in Binstock & George 2006)
- Unterstützung durch die Familie steigert das subjektive Wohlbefinden mehr als Hilfe durch Institutionen.
- Negative Effekte des sozioökonomischen Status und schlechte Gesundheit können ausgeglichen werden durch soziale Kontakte mit der Familie, die als positiv empfunden werden.
- Ein guter Gesundheitszustand hilft soziale Kontakte zu knüpfen.
- Subjektives Wohlbefinden (SWB) wird durch Selbstbestimmung, Selbstkontrolle und durch Entdecken eines Lebenssinnes definiert.

(Binstock & George 2006: 323-333)

Die Selbstkontrolle beeinflusst die Auswirkungen der objektiven Lebenslage. Wenn ein selbstbestimmtes Leben möglich ist, dann wirken sich soziale Unterstützungen weniger negativ auf die Einschätzung der Lebensqualität aus. Lebenssinn trotz Ungewissheiten und Herausforderungen zu finden beeinflusst positiv die wahrgenommene Lebensqualität und lindert die Auswirkungen negativer Lebenslagen. Das Gefühl, dass das Leben einen Sinn erfüllt, führt zu allgemeiner Lebenszufriedenheit im späten Leben. (Bisconti & Bergeman 1999 in Binstock & George 2006: 328)

Die objektive Lebenslage wird durch den Vergleich mit einer Vergleichsgruppe subjektiv anders empfunden. (Gana & Abaphilippe & Bailey 2004)

Ältere vergleichen sich gerne mit einer Vergleichsgruppe, der es schlechter geht.

In der subjektiven Wahrnehmung der Bürgerinnen und Bürger besteht wenig Unterschied zwischen Hoffnung und Erfüllung. Bei älteren Menschen ist die Spanne zwischen Erreichtem und Erhofftem geringer. (Campell et al 1976)

Ein schlechter Gesundheitszustand wird durch materielle oder soziale Zufriedenheit kompensiert. Trotz gesundheitlicher Probleme bestehen relativ gute soziale Kontakte und

relativ gute ökonomische Bedingungen. Man stellt im Alter weniger Ansprüche, man ist eher zufrieden zu stellen. (George 2006: 329) Trotzdem wird Gesundheit als wichtigster Prädiktor im hohen Alter angegeben.

Sozial Schwache, Gebrechliche und chronisch Kranke kompensieren Funktionsverluste durch „ Subjektives Well Being“. Die Lebenszufriedenheit sinkt im höheren Alter, sie bleibt jedoch trotzdem auf hohem Niveau. Frauen zeigen einen niedrigeren Level von „Subjektivem Well Being“, wobei Verheiratete höhere Skalenwerte auf der Zufriedenheitsskala aufzeigen. (Pinquart & Soerensen 2001 in Binstock & George 2006: 324f)

Aktivitäten jeglicher Art, das heißt auch soziale Aktivitäten beeinflussen die subjektive Lebensqualität positiv. (Warr & Butcher & Robertson 2004 in Binstock & George: 325f)

Die Einschätzungen der Bevölkerung über „Subjektives Well Being“ blieben in den letzten 50 Jahren trotz technischer Fortschritte in den USA stabil. (George 2006: 331)

2.2.2. Skandinavische Forschung

Die skandinavische Forschung schreibt den objektiven Faktoren der Lebensqualität eine besondere Bedeutung zu.

Erik Allardt führte 1974/1975 eine Vergleichsstudie in Dänemark, Finnland, Norwegen und Schweden durch. Aufbauend auf der Bedürfnispyramide von Maslow unterteilt Allardt die Bedürfnisse der Menschen in die Wohlfahrtsdimensionen „having“, „loving“ and „being“. (Allardt in Schulz & Norden 1983: 22) Biologische und soziale Bedürfnisse bilden das Fundament menschlichen Verhaltens. (Lehr 2007: 165-176)

Tabelle 2 Bedürfnisbefriedigung nach Allardt

	having	loving	being
Bedürfnis nach:	Sicherheit	Zugehörigkeit	Selbstverwirklichung
erfüllt durch:	Einkommen Beruf Wohnung Gesundheit	Familienbeziehungen Freundschaften Bindung an die Gemeinde	Ansehen Prestige Unersetzbarkeit

Eigene Darstellung nach Beschreibung von Allardt in Norden & Schulz 1985

Wolfgang Schulz beschreibt die Theorie von Allardt folgendermaßen:

„Having“ umfasst das Sicherheitsbedürfnis und wird mit Begriffen wie Einkommen, Beruf, Wohnung und Gesundheit in Zusammenhang gebracht.

„Loving“ bezeichnet Allardt als das Zugehörigkeitsbedürfnis, welches durch Familienbeziehungen, Freundschaften und die Bindung an die Gemeinde und den Bezirk befriedigt werden kann.

„Being“ bedeutet ein Selbstverwirklichungsbedürfnis in Form von Ansehen, Prestige und Unersetzbarkeit. Am schwersten kann im Alter das Bedürfnis nach „Being“ erfüllt werden. (Schulz 1985: 22)

Allardt fordert, die objektiven und subjektiven Indikatoren der Lebensqualität getrennt zu analysieren. Er kann in seinen Untersuchungen nur geringe Zusammenhänge zwischen objektiver und subjektiver Lebensqualität finden.

Eine Studie über alte Menschen in Schweden zeigt, dass nicht der Familienstand „verheiratet sein“, sondern das Leben „mit oder ohne Partnerschaft“ entscheidend das „Subjektive Well Being“ beeinflussen. (Jakobsson, Hallberg, Westergreen 2004 in George 2006: 324f) Alleine zu leben verschlechtert die subjektive Einschätzung der Lebensqualität.

Veenhoven (1996) beschreibt „**happy life expectancy**“ (HLE):

Gesellschaften erwarten sich ein „glückliches Leben“. Dies kann durch den Reichtum eines Landes, demokratische politische Systeme, einen allgemeinen hohen Bildungslevel und Toleranz erreicht werden. (Veenhoven in Binstock & George 2006: 331) Der „HLE“ kann in reichen Ländern leichter als in ärmeren Ländern verwirklicht werden.

Skandinavische Studien weisen ebenso wie andere internationale Studien auf die Bedeutung von besonderen Ereignissen im Lebenslauf hin. Der Tod des Partners wirkt sich stark negativ auf die Lebensqualität aus. (Lehr 2007: 283ff)

2.2.3. Deutsche Forschung

Der Begriff Lebensqualität beruht im deutschen Raum auf individueller Wohlfahrt und bringt „...öffentliche Leistungen für Bedürftige, soziale Sicherheit und ein gutes Leben für alle Bürger“ mit sich. (Glatzer & Zapf 1984: 10) **Wohlfahrt** bedeutet nicht nur

Beeinflussung der Lebensqualität durch staatliche Hilfe, sondern auch durch Arbeit, Familie und Freizeit.

Die deutsche Wohlfahrtsforschung wurde entscheidend durch die Studien der individuellen Wohlfahrt von Zapf & Glatzer und Lehr & Thomae (Bolsa Studie) beeinflusst. Persönliche Wohlfahrt zeigt, wie die Bürgerinnen und Bürger ihre Lebensumstände, ihr Einkommen und ihre Wohnverhältnisse bewerten. (Zapf 1984: 17)

Glatzer und Zapf analysierten die deutschen Wohlfahrtssurveys der Jahre 1978 und 1980. Die Befragungen 1978 wurden an 2012 und 1980 an 2427 repräsentativ ausgewählten Bürgern und Bürgerinnen in Deutschland vorgenommen. Die individuellen objektiven Lebensbedingungen und das subjektive Wohlbefinden wurden näher erhoben. Die ökonomischen Unterstützungen des Staates werden nur dann von den Bürgerinnen und Bürgern als positiv bewertet, wenn sie auch subjektiv als positiv empfunden werden. Die allgemeine Lebenszufriedenheit kann auf einer Skala von 0-10 angegeben werden, wobei 1978 der Durchschnittswert von 7,8 Punkten und 1980 von 7,7 Punkten erreicht wurde. Die Menschen beurteilen ihre Zufriedenheit positiv (relativ hoch), aber negative Lebenslagen wie zum Beispiel Pflegebedürftigkeit, Krankheit und schlechte ökonomische Lage zeigen sich in schlechteren Werten für Lebenszufriedenheit. (Glatzer & Zapf 1984: 178)

Die Wohlfahrtsordnung wird entscheidend durch ein Zusammenwirken von objektiven Lebensbedingungen und subjektivem Wohlbefinden geprägt, wobei die subjektiven Faktoren eine besondere Rolle spielen. Einerseits beurteilen und bewerten die Individuen persönlich ihre Lebensqualität, andererseits geben die Individuen Auskunft über ihre objektiven Lebensbedingungen¹². (Glatzer & Zapf 1984: 391-401)

Die Objektivisten (skandinavischer Forschungsansatz) legen mehr Wert auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen, die Subjektivisten (nordamerikanischer Wohlfahrtsstaat) hingegen gehen mehr auf die individuellen Empfindungen ein. Das subjektive Wohlbefinden „...hängt nicht nur von objektiven Lebensbedingungen ab, es ist geprägt von Erwartungshaltungen, Ergebnis sozialer Vergleichsprozesse, Werte und Konflikte, wobei gesellschaftliche Wertorientierungen im Alter unbedeutend sind.“ (Mohr & Glatzer 1984: 221) Ehe, Familie und Haushalt werden von den Familien positiv bewertet, auch wenn es manchmal Konflikte gibt.

¹² Objektives und subjektives Kapital ist in der persönlichen Wohlfahrt der Bürger und Bürgerinnen angelegt. (Glatzer & Zapf 1984: 400f)

Alleinlebende weisen niedrigere Zufriedenheitswerte als Verheiratete auf, auch wenn sie nicht verwitwet oder geschieden sind. Weiters wird Lebenszufriedenheit stark negativ durch einen schlechten Gesundheitszustand beeinflusst. Um trotzdem ein gutes subjektives Wohlbefinden zu erzielen, sind Sozialbeziehungen wichtig.

Glatzer und Zapf verbinden die Lebensqualität mit abhängigen Variablen wie Zufriedenheit, Einsamkeit im Zusammenhang mit Anomie¹³ und Glück. Zufriedenheit wird bei Zapf als kognitive Fähigkeit eingeschätzt und mit sozialen Komponenten in Beziehung gebracht, wobei Glück aufgrund von positiven oder negativen Erinnerungen zustande kommt. (Glatzer & Zapf 1984: 391-401) Sozioökonomische und soziodemographische Variable beeinflussen die Zufriedenheit. Generelle Lebenszufriedenheit steigt im Gegensatz zur Bereichszufriedenheit im Alter nicht an. Schlechte Lebensqualitätswerte können durch Problemlagen herbeigeführt werden und ein vorübergehender Zustand sein.

Verwitwung und Pflegebedürftigkeit sind wichtige einschneidende Ereignisse im Leben eines Individuums, die die objektive Lebensqualität der Individuen extrem negativ beeinflussen. Witwen mit Arbeiterstatus stellen die Gruppe der am meisten Benachteiligten dar¹⁴. Für die subjektive Lebenslage sind Gesundheit, Glaube, Sicherheit und Alltagskompetenz von Bedeutung. (Berger in Glatzer & Zapf 1984: 285) Zufriedenheit wird durch Anpassung an die persönlichen Lebenslagen erreicht. Dieser Prozess wird definiert „... als Herstellung einer Gleichgewichtslage zwischen der Bedürfnislage der Individuen und den Anforderungen beziehungsweise den Belastungen der jeweils gegebenen Lebenssituation.“ (Grombach in Lehr & Thomae 1987: 37) Ursula Lehr beschreibt „Erfolgreich Altern“ in Anlehnung an „successful ageing“ (Maddox 1995): „Es gilt nicht nur dem Leben Jahre, sondern den Jahren Leben zu geben.“ (Lehr 2007) Es besteht im Alter die Tendenz getrennt von den Kindern leben zu wollen. Dies entspricht dem Trend der Änderung in der Familienform vom Mehrgenerationenhaushalt zum Ein- oder Zweipersonenhaushalt mit regelmäßigen Kontakten zu den Kindern. (Lehr 2007: 256)

¹³ Anomie (nach Durkheim, Merton) bedeutet Gesetzlosigkeit im Sinne von Fehlen einer sozialen Ordnung. Als Indikator für Anomie zählt zum Beispiel jede Gewaltanwendung. Sie ist auch ersichtlich an den Selbstmordraten oder Scheidungsraten in einem Land.

¹⁴ Die Problemlage entsteht durch die schlechte ökonomische Lage, schlechte Gesundheit und durch soziale Isolation.

Einpersonenhaushalte sind nicht mit Isolierung und Einsamkeit gleichzusetzen.

(Walter & Malt 1997 in Lehr 2007, 1961 Tartler, 1995 Bertram)

Bertram nennt dieses Verhalten „Leitbild der multilokalen Mehrgenerationenfamilie.“

Rosenmayr und Köckeis bezeichnen die Vorliebe zum „Leben ohne Kinder“ als „Intimität auf Abstand“. (Rosenmayr 2007: 89)

Kritische Lebensereignisse, wie zum Beispiel Verlusterlebnisse und Krankheit, wirken sich

bis zu 12 Jahre nach ihrem Eintritt auf die (den) Betreffende(n) aus. (Lehr & Thomae

1965/1969) Die amerikanische Forschung beeinflusste die deutsche Forschung

mit ihrem „Konzept der kritischen Lebensereignisse“. (Studie G.Elder 1974)

Die amerikanischen Berkeley Studien dienten als Vorlage für die Bolsa Studie. (Lehr 1987)

Eine Studie nach „kritischen Ereignissen im Vorjahr“ zeigt, dass solche Vorkommnisse bei 20% der Fälle eingetroffen sind. (Holstein 1982)

Auf Belastungen reagieren die Betroffenen mit „coping“ Strategien. (Anna Freud 1936)

„Nach Parker und Endler (1996) wird der Coping – Begriff auch heute noch für angepasste Abwehrmechanismen gebraucht.“ (Lehr 2007: 176f)

Die „Baltimore Längsschnittstudie“ kommt zur Erkenntnis, dass durch „coping“ Altersunterschiede aufgelöst werden.

2.2.4. Österreichische Forschung

Ab den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts nahm sich Wolfgang Schulz dem Thema

Lebensqualität an. Lebensqualität steht bei ihm in enger Verbindung mit der Erfüllung von

Grundbedürfnissen (Maslowsche Pyramide). Biologische und soziale Bedürfnisse

beeinflussen das Verhalten der Individuen stark. (Maslow in Lehr 1994/1962: 175)

1980 wurde in einer Lebensqualitätsstudie die Bedeutung des Ehe- und des Familienlebens hervorgehoben und die damit verbundenen Erwartungen und Belastungen näher analysiert.

(Schulz & Weiss & Strodl 1980: 48) Durch die direkte Frage nach dem Glück wird die Overall-Happiness ermittelt. Positive und negative Gefühle werden mittels der Affekt-Balance Skala ermittelt.

Zu positiven Gefühlen zählen zum Beispiel:

- Etwas fertiggebracht zu haben.
- Alles läuft, wie ich es mir wünsche.

- In letzter Zeit hat mich etwas sehr begeistert.
(Schulz 1983: 13)

Zu negativen Gefühlen zählen zum Beispiel:

- Gelangweilt und niedergeschlagen sein.
 - Unglücklich zu sein.
- (Schulz 1983: 13)

Es wurde die Erkenntnis gewonnen, dass die „Einlösung der Glücksansprüche beziehungsweise der Erlebnisintensität als solche nur in geringem Maße von materiellen Bedingungen beeinflusst wird.“ (Schulz 1981/1982 und 1983: 32)

Glücksmaße sind höher als Zufriedenheitsmaße Affekt geladen. (Andrews & Withey & Campell 1976 in Schulz 1983: 13)

Wolfgang Schulz entwickelte ein Modell für Overall-Lebensqualität aus Glück, Zufriedenheit und Wohlbefinden. (Schulz 1983)

Die folgenden drei Fragen wurden zu einer Skala zusammengefasst.

- Wenn Sie ihr Leben jetzt alles in allem betrachten, sind sie sehr glücklich, ziemlich glücklich, eher glücklich, eher unglücklich, ziemlich unglücklich?
- Wenn sie Ihr Leben jetzt alles in allem betrachten, sind sie sehr zufrieden, ziemlich zufrieden, eher zufrieden, eher unzufrieden, ziemlich unzufrieden?
- Wie wohl fühlen Sie sich derzeit? Ist ihr Wohlbefinden zurzeit sehr groß, groß, mäßig, eher gering, sehr gering?

Der Wert von Cronbach Alpha von 0,79 zeigt, dass die 3 Variablen Glück, Zufriedenheit und Wohlbefinden sehr gut zu einer Skala Overalllebensqualität zusammengefasst werden konnten. (Schulz 1983)

Weiters wurde durch Konstruktion von Glücksskalen ein signifikanter negativer Zusammenhang zwischen psychischen Unwohlsein und unglücklichen seelischen Zuständen entdeckt.

Ein Gesamtindex des Glücks zeigt einen deutlich negativen Zusammenhang zwischen Glück und psychischen Belastungen. „*Am belasteten sind demzufolge jene, die oft Unglück ertragen und selten glücklich sind.*“ (Schulz 1983: 72) Am wenigsten belastet, sind jene, die

keine Unglückserlebnisse haben. Unglückserlebnisse werden nicht so negativ empfunden, wenn häufige positive Erlebnisse vorliegen.

1985 erfolgte eine weitere Lebensqualitätsstudie, wobei dieses Mal auch ältere Menschen bis zur Altersgruppe von 60plus erfasst wurden.

Es konnten nur mäßige Zusammenhänge zwischen objektiven Lebenslagen und subjektiven Wahrnehmungen gemessen werden.

Besonders stark wirkte sich Beziehungsunglück in Partnerschaft und Ehe auf psychische Belastungen aus. (Schulz 1985: 4)

In Österreich gab es 2005 eine weitere Lebensqualitätsstudie mit einer Stichprobe von 2000 Personen. (Schulz & Norden & Költringer & Tüchler 2005) Personen in Altersheimen und Hochbetagte scheinen nicht auf. Die älteren und alten Befragten wurden in einer Altersgruppe 71+ zusammengefasst. Die Messung der Lebensqualität fand anhand einer Skala statt. Es konnte nur ein mäßiger Zusammenhang zwischen objektiven und subjektiven Faktoren gemessen werden. Viele Menschen sind mit objektiv vergleichbaren schlechten Bedingungen recht zufrieden.

Die subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes (individuelle Wohlfahrt) wird in zahlreichen Studien als wichtiger Faktor in der Einschätzung der alten Menschen bezüglich ihrer Lebensqualität angegeben. (Hörl & Kolland & Majce 2008, Lehr & Thomae 1987)

Overall-Zufriedenheit wird bei Wolfgang Schulz mit Bereichszufriedenheiten in den verschiedenen Lebensbereichen in Zusammenhang gebracht. (Schulz 1983 : 13)

Dabei handelt es sich um Zufriedenheit bei so genannten „*Life concerns*“, wie zum Beispiel bei der Familie und bei öffentlichen Dienstleistungen. (Norden & Schulz 1983: 13)

Wolfgang Schulz fasst zusammen, dass „...es sich bei der objektiven und subjektiven Lebensqualität um zwei getrennte Phänomene handelt, die konzeptuell auseinandergehalten werden müssen, und dass in Studien, die eine Analyse der Lebensqualität zum Ziel haben, beide Arten von Indikatoren einbezogen werden müssen.“ (Milbrath 1982: 7, Schulz 1983: 12)

Franz Kolland untersucht das kulturelle Freizeitverhalten von über 50-jährigen Personen. Dabei wird überprüft, ob eine Aktivitätsvielfalt im Zusammenhang mit dem Alter und dem subjektivem Gesundheitsempfinden vorliegt. (Kolland 1996: 201-224) Die Untersuchung

erfolgte an über 1000 Personen (n=1005). Eine These der Aktivitätstheorie besagt, dass hohe Aktivität mit hoher Zufriedenheit im Zusammenhang steht und im Alter abnimmt.

In der Untersuchung von Franz Kolland (Kolland 1996: 207) erfolgt eine übersichtliche Gegenüberstellung der Aktivitäten und des subjektiven Gesundheitsempfindens. Dabei werden die Aktivitäten und das subjektive Gesundheitsempfinden dichotomisiert analysiert. Es erfolgt eine Einteilung in Aktive und nicht Aktive bzw. in mit dem Gesundheitszustand zufriedene und nicht zufriedene Personen. Es kann zwischen 4 Gruppen unterschieden werden. Es gibt zufriedene Aktive, zufriedene Inaktive, unzufriedene Aktive und unzufriedene Inaktive.

Es gehören 28% der Befragten dem Typus der zufriedenen Aktiven an, 16% sind aktiv und unzufrieden, 23% sind nicht aktiv und zufrieden (Kolland nennt diese „Ruheständler“) und 33% sind nicht aktiv und unzufrieden. Dies ergibt einen signifikanten Zusammenhang ($\Phi = 0,22$, $p = 0,001$).

In der Studie von Franz Kolland (1996) besteht kein linearer Zusammenhang zwischen dem Alter und der Abnahme von Freizeitaktivitäten.

Sowohl die Berliner Altersstudie als auch das Projekt Share stellen anerkannte Altersstudien dar, sie sind nicht ausschließlich Lebensqualitätsstudien. Ein Teil der Studie widmet sich jeweils dem Thema „Lebensqualität“.

Weiters werden noch ein Vergleich der vorliegenden Studie mit Freizeitverhalten (Kolland 1996) und ein Vergleich der Zufriedenheitswerte mit anderen Studien hergestellt. (Lehr 2007)

2.3. Vergleichsstudien

Das erste Herangehen an die Fragestellungen in der vorliegenden Dissertation erfolgte durch eine Beschäftigung mit der **Bolsa Studie**. Sie war eine der ersten Studien, die das Alltagsleben hochaltriger Personen erforschte. Die „Bonner Gerontologische Längsschnittstudie“ umfasst 222 Probanden im Alter von 74 bis 94 Jahren. (Lehr & Thomae 1987)

Als wichtigste Quellen für die vorliegende Dissertation dienen die **Berliner Altersstudie** und die **Share Studie**.

Die Berliner Altersstudie (BASE) wurde ausgewählt, da sie eine der wenigen Altersstudien ist, die auch Altersheimbewohner und Pflegeheimbewohner befragte. In der Berliner Altersstudie wurden Personen im Alter von 70 bis 100 Jahren befragt. (Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994)

Die Studie befasst sich auch ausführlich mit dem Thema Einsamkeit. Der Zugang zu den Daten erfolgte über das Max Planck Institut in Berlin. Die Daten werden für wissenschaftliche Untersuchungen bereit gestellt. Die Datenstruktur ist übersichtlich und ermöglicht ein problemloses Zusammenstellen zu einem als Arbeitsgrundlage dienenden Datensatz.

Diese Vorgangsweise ermöglicht den Vergleich der eigenen Untersuchung, die in Wien durchgeführt wurde, mit einer Studie einer anderen deutschsprachigen Großstadt (West-Berlin). Die Sozialstrukturen sind in Berlin ähnlich wie in Wien. Weiters handelt es sich in beiden Fällen um das politische System eines konservativen Wohlfahrtsstaates. (Esping Andersen 1999)

Das **Share-Projekt** sammelt als europaweite Studie ebenfalls Daten hochaltriger Personen. SHARE ist eine europäische Studie, die 2004 in 11 europäischen Ländern startete, wobei über 30.000 Personen mit einem Alter über 50 Jahren befragt wurden. 2006 startete die 2. Welle und die Untersuchungen für die 3. Welle wurden im Sommer 2010 abgeschlossen. Derzeit werden Befragungen im Rahmen der 4. Welle durchgeführt.¹⁵

In der Share Studie wurden am Anfang der 1. Welle keine Personen aus Altersheimen oder Pflegeheimen ausgewählt. Sie nehmen in den weiteren Wellen an Befragungen teil, wenn sie nachträglich in ein Altersheim übersiedelten.

Ein maßgeblicher Teil der Share Studie befasst sich mit „Well Being.“
(www.share-project.org)

Die genannten Studien sind geeignet, die Validität der für die Dissertation vorliegenden Studie zu überprüfen. Die Fragen der Studien dienen außerdem zur Operationalisierung der Items im Fragebogen. Ein Vergleich der Fragebogenfragen befindet sich im Anhang der vorliegenden Arbeit, die Fragen wurden noch genauer gestellt und modifiziert. (Vergleich im Kapitel 17)

¹⁵ Alle 2 Jahre werden die Probanden neu befragt.

2.3.1. Bolsa Studie

Bonn Longitudinal Study of Ageing (Lehr/ Thomae 1987)

Die „Bonner Gerontologische Längsschnittstudie“ wurde von 1965-1987 durchgeführt. Es wurden die Jahrgänge 1890-1895 und die Jahrgänge 1900-1905 zu sieben verschiedenen Messpunkten untersucht. (12 Beobachtungsjahre) Die Bolsa Studie wurde ausgewählt, da sie eine der ersten Studien war, die sich mit der Lebenslage von hochaltrigen Menschen im Zusammenhang mit subjektiven Empfindungen beschäftigte.

Sie ist keine spezielle Lebensqualitätsstudie, sie bezieht in ihre Analysen subjektive Einschätzungen alter Menschen mit ein.

Entgegen der gesellschaftlichen Meinung wird erklärt, dass ein alter Mensch..., im Gegensatz zu den herrschenden Vorurteilen sehr wohl genügend Fähigkeiten besitzt aktiv und effektiv sein Leben zu gestalten.“ (Schmitz & Scherzer in Lehr & Thomae 1987: 56) Die Studie untersucht körperliche, seelische und soziale Zustände von alten Männern und Frauen. Der soziale Status wirkt sich im Alter nicht mehr aus. Die Lebenszufriedenheit wird bei 72 – 77Jährigen und 82 – 87Jährigen verglichen. Frauen haben ein gleichbleibendes (oder leicht ansteigendes) und Männer ein abnehmendes Aktivitätsverhalten. Ein wichtiges Augenmerk wurde in dieser Studie auf den Einfluss der Einsamkeit auf die Lebensqualität gelegt. (Lehr & Thomae 1987: 213)

In dieser Studie ist ein besonders starker Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und Wohlbefinden, zwischen Zufriedenheit mit der finanziellen Situation und sozialen Beziehungen zu erkennen. Ein schlechter subjektiver Gesundheitszustand korreliert mit fehlenden Freizeitinteressen, Einsamkeit und Zukunftssorgen. Positive Lebenseinstellung und Glück stehen miteinander in Verbindung. Diese Lebenshaltung wird mit einem erfolgreichen Alterungsprozess in Zusammenhang gebracht. (Baltes & Baltes in Lehr 2007: 66)

Die Bolsa Studie brachte folgende Einzelergebnisse hervor: Wer sich subjektiv besser fühlt, der zeigt auch höhere Werte auf der Lebensqualitätsskala.

Höhere Zufriedenheitswerte können sowohl durch Disengagement, wie auch durch Aktivität erreicht werden. Das Verhältnis ist in der Bevölkerung zwischen 1965 und 1980 mit 1/3 Disengagement und 2/3 Aktivität verteilt. (Lehr & Thomae 1987: 81f)

Die Bolsa Studie weist auf die Wichtigkeit der subjektiven Faktoren hin. In der Bonner Längsschnittstudie stehen der subjektive Gesundheitszustand, Aktivität und Zukunftsperspektiven in Zusammenhang. Es wird auf die Selbstverantwortung der Menschen explizit hingewiesen. (Lehr 2007: 89f) Am meisten beeindruckte das positive Altersbild. Alte Menschen werden nicht als nutzlos beschrieben, sondern als selbstbestimmte Individuen, die Verantwortung übernehmen können.

Die Bolsa Studie beschreibt, dass unter den 85-jährigen Befragten nur ein Fünftel (20%) pflegebedürftig ist. Das negative Altersbild stimmt nicht mit der Wirklichkeit überein.

2.3.2. Berliner Altersstudie

Die ersten Befragungen wurden in den Jahren 1990-1993 in Westberlin durchgeführt. Diese Untersuchungen werden dann in sieben verschiedenen Messungen wiederholt.

In jeder Altersgruppe wurden gleich viele Männer und Frauen befragt.

Von den ursprünglich 516 Befragten leben im Jahr 2005 noch 97 Personen.

Besonderes Interesse wurde in der Berliner Altersstudie auf die Erfüllung von ADL Aktivitäten, IADL Aktivitäten, auf soziale Aktivitäten, auf Freizeitaktivitäten und auf subjektive Einschätzungen gelegt. Unter ADL Aktivitäten wird die grundlegende Alltagsbewältigung verstanden (zum Beispiel waschen, essen) und unter IADL Aktivitäten (kochen, einkaufen). Es handelt sich um eine Studie, die das Leben im hohen Alter bei einer Stadtbevölkerung untersucht. (Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1996)

Es interessierte für die Dissertation der Faktor „Lebensqualität im Alter“. Es wird durch die Variablen „gegenwärtige Zufriedenheit“, „emotionale und soziale Einsamkeit“ und „Selbstwirksamkeit“ und Glück darauf Bezug genommen.

Zufriedenheit wurde mit dem Item „*Gegenwärtige Zufriedenheit*“ (z4e12x1rT49)¹⁶ auf einer Skala von 1-10 gemessen (analog in der eigenen Studie), wobei die Kategorien 1 mangelhaft, 2 ausreichend, 3 befriedigend, 4 gut und 5 sehr gut bedeuten.

¹⁶ z4e12x1rT49 ist der Variablenname, er wird neben der Variablenbezeichnung in der Klammer angegeben.

Bei der Erhebung der **Einsamkeit** wurde in der Berliner Altersstudie zwischen emotionaler und sozialer Einsamkeit unterschieden.

Konkret wurde mit folgenden Fragen gemessen:

Emotionale Einsamkeit – (vz4e53bx1T453)

- „*Ich fühle mich alleine*“ (1= beschreibt mich gar nicht, 2= keine gute Beschreibung, 3= 50:50, 4= gute Beschreibung, 5= sehr gute Beschreibung). Der Wert 1 heißt, dass man sich nicht alleine fühlt.

Soziale Einsamkeit – (vz4e54bx1T454)

- „*Es gibt Personen, an die ich mich vertrauensvoll wenden kann*“ (1 = trifft zu, 5 = trifft nicht zu).

Glück wurde mit den folgenden Fragen gemessen:

- „*Ich bin jetzt genauso glücklich, wie ich es in jungen Jahren war*“ (1= trifft sehr zu, 5= trifft nicht auf mich zu). Dadurch wird jedoch nicht erhoben, wie glücklich eine Person in jungen Jahren war. Dafür ist positiv hervorzuheben, dass die Berliner Altersstudie auf die Erhebung der Selbstwirksamkeit Wert gelegt hat.
- Im Besonderen wurde mit „*Ich kann viel von dem was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen*“ erhoben. (vz4e54bx1T454)
- "*Haben Sie sich in der letzten Zeit ohne besonderen Grund sehr glücklich gefühlt?*" (q1gms142) Weiters wurde in einer weiteren Frage auf Gefühlszustände Rücksicht genommen.

Folgende allgemeine Aussagen kennzeichnen die Berliner Altersstudie:

Die körperlichen Unterschiede im Alter sind groß: „...aber die Unterschiede im Ausmaß der Veränderungen sind so groß, dass manche Achtzigjährige in der Tat mehr normale Blutgefäße besitzen als manche Dreißigjährige.“ (Danner & Schröder in Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994: 96)

41% der Frauen ab dem 70. Lebensjahr haben fünf oder mehr Krankheiten, gegenüber 30% der gleichaltrigen Männer.

(Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994)

Ein spezielles Merkmal der Berliner Altersstudie ist, dass 2/5 der Westberliner Befragten über 85 Jahre keine Kinder haben.

Die Alltagskompetenz wird in dieser Studie aufgrund von basalen Grundbedürfnissen (ADL) und erweiterten Kompetenzen (IADL) durch Skalen untersucht.

Die Selbsteinschätzung über benötigte Hilfe ergibt, dass 1% der Befragten Hilfe beim Essen, 11% Hilfe beim Anziehen und 47% der Befragten Hilfe beim Einkaufen brauchen.

Selbstwirksamkeit wird in den Theorien mit „Erfolgreich Altern“ in Zusammenhang gebracht. (Rosenmayr 2007)

Die Berliner Altersstudie diente zusammen mit der Share Studie als Grundlage für die Erstellung des Fragebogens für die eigene Studie. Eine detaillierte Auflistung auf welche Fragen der BASE und SHARE Studie zurückgegriffen wurde, erfolgt im Anhang.¹⁷

2.3.3. Share

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe

Die Share Datenerhebung ist von der europäischen Kommission durch das 5.

Rahmenprogramm (Projekt QLK6 CT 2001-00360) im thematischen Programm Quality of Life gefördert worden. An der Share Studie der Welle 2 (2006/2007) nahmen in Österreich 307 Personen im Alter von 75+ teil. (www.share-project.org vom 23.2.2010)

Die Befragung durch Interviewerinnen und Interviewer erfolgte durch sogenannte „CAPI Interviews (computerunterstützt)“. Share Daten sind ein Panel Design. Als Panel bezeichnet man Untersuchungsanordnungen, die in regelmäßigen Zeitabschnitten an denselben Personen mit derselben Operationalisierung zu verschiedenen Zeitpunkten erfolgen. (Fuchs Heinritz et al 1994: 484)

Die Share Daten werden in Deutschland vom Mannheim Research Institut für Ökonomie des Alterns gemanagt. In Österreich beschäftigen sich vor allem das Kepler Institut in Linz und das Demographische Institut mit den Share Datensätzen.

Bei Erhebungen einer weiteren Welle, wurden bei Fragen, die schon einmal gestellt wurden, nur eventuelle Veränderungen eingetragen. Mit dem Ergebnis, dass das Zusammenfügen der Variablen, die zu verschiedenen Zeitpunkten erhoben wurden, sehr sorgsam zu geschehen hat.

Auch hier wurden mehrere wiederholte Befragungen durchgeführt. Zum Untersuchungszeitpunkt lagen allerdings erst Ergebnisse der Welle 2 vor. (2006/2007)

Die Zufriedenheit wurde mit der folgenden Frage gemessen:

¹⁷ Weiters erfolgt eine tabellarische Auflistung der Sozialstruktur der Base Studie im Anhang.

„How satisfied with life?“ (AC 012)¹⁸ und kann auf einer 10er Skala beantwortet werden, wobei 1 niedrigste Zufriedenheit und 10 höchste Zufriedenheit bedeutet.

Die Einsamkeit wurde mit dem Item

„Die meiste Zeit der letzten Woche haben sie sich einsam gefühlt“ (AC031) gemessen.

Das Glück wurde mit dem Item

„Die meiste Zeit der letzten Woche waren sie glücklich“ (AC 030) gemessen.

Als Antwortkategorien für Einsamkeit und Glück sind häufig, manchmal, selten und nie möglich.

Der Datensatz der Share Studie wurde für die eigene Analyse in die folgenden Altersgruppen aufgeteilt:

In der Altersgruppe der 75-79Jährigen befinden sich 47% der Befragten.

In der Altersgruppe der 80-84Jährigen befinden sich 33% der Befragten.

In der Altersgruppe 85+ befinden sich 20% der Befragten.

Zwecks Dichotomisierung wurden die Werte für Zufriedenheit (vAC012) für 1-5 als zufrieden und die Werte für 6-10 als unzufrieden zusammengefasst.

Die Variablen „lonely“(vAC031) und „happy“(vAC030) wurden ebenfalls dichotomisiert. (wobei 0 = nicht einsam und 1 = einsam bedeutet, 0 = nicht glücklich und 1 = glücklich bedeutet.)

Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück stehen in einem signifikanten Zusammenhang.

Korrelation nach Spearman:

Zufriedenheit / Einsamkeit: $CC = 0,21, p = 0,009$

Einsamkeit / Glück: $CC = 0,20, p = 0,014$

Zufriedenheit / Glück: $CC = 0,44, p = 0,000$

Im Alter von 80 Jahren und älter zeigen sich bei 19% der Befragten Alltagsschwierigkeiten. 50% dieser alten Menschen weisen zumindest „zwei Alltagsschwierigkeiten“ auf.

Die subjektive Gesundheitseinschätzung ist länderspezifisch und geschlechtsspezifisch verschieden. Die Analyse anhand eines Index ergibt, dass die Schweizer Bevölkerung sich am besten einschätzt. Die Polen und die Tschechen zeigen schlechtere Werte, die Österreicher haben deutlich bessere Werte. Bei der subjektiven Gesundheitseinschätzung gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen Männern und Frauen.

¹⁸ AC 012 ist der Variablenname. Er wird jeweils in der Klammer angegeben.

3. Kulturgeschichtliche Aspekte

Jede Kultur ist gekennzeichnet durch Prozesse der Wiederholung und Erneuerung.

„In die Kultur werden sowohl Traditionen wieder verlebendigt, als auch neue Inhalte und Orientierungen eingebracht.“ (Rosenmayr 2007: 54) Es gibt Zeiten, in denen das Alter hoch eingeschätzt wird und solche, in denen geringe Wertschätzung vorliegt¹⁹. Auf Hilfsbedürftigkeit reagieren die Menschen mit Angstgefühlen und verminderter Lebensqualität. „Es gibt ein ständiges Auf und Ab im Ansehen der Alten.“ „... Erst in den letzten Jahrzehnten beginnt sich auch diese Position aufzulösen. Eine neue Bewertungssituation ist im Entstehen.“ (Rosenmayr 2007: 56)

Einige Philosophen verfolgten eine positive Sichtweise vom Altern, die auch heute noch Gültigkeit hat.

Leopold Rosenmayr beruft sich auf den Philosophen „**Solon**“ und auf die Fähigkeit im Alter „Neues“ zu erlernen. Der griechische Staatsmann Solon (540 bis 460 vor Christus, geboren in Athen) tätigte als 80-Jähriger den wahrscheinlich ersten europäischen Alternsbegriff:

„*Werde ich älter auch stets, viel Neues lerne ich doch!*“ (Solon in Rosenmayr 2007: 245)

Offen gegenüber neuen Erkenntnissen zu sein ist in jeder Lebensphase wichtig.

Aristoteles (384 bis 322 vor Christus, geboren in Makedonien) entwickelte eine Philosophie des Glücks und erkannte das stetige Streben der Menschen nach Glück. Bei Aristoteles bringt Glück die besten Fähigkeiten des Menschen zum Ausdruck und steht in enger Verbundenheit mit einem lustvollen Leben. (Aristoteles in Dahrendorf 1979: 205, Hufnagel in Bellebaum 2002: 62-70)

Laut Aristoteles ist **Glück** „EUDAIMONIA“ (glückliche Beseeltheit). Dies bedeutet „... eine von einem wohlgesinnten Dämon nicht erzeugte, aber vermittelte Erfüllung.“ Das Streben nach Glück soll mit Lust und Freude verbunden sein. (Rosenmayr 2007: 276)

Bereits **Cicero** (106 bis 43 vor Christus, geboren in Rom) beschäftigte sich mit der Glücksfähigkeit im Alter. „Wer nämlich in sich selbst nicht die Voraussetzung dafür hat gut und glücklich zu leben, für den ist jede Altersstufe beschwerlich.“ (Cicero übersetzt von Merklin 1998: 23)

¹⁹ Jäger- und Sammlerkulturen kannten keinen Schutz der alten Menschen, erst als aus dieser Kultur Ackerbauern hervorgingen entstand eine Prestigekultur an deren Spitze die Alten standen. (Rosenmayr 2007: 56f)

Dahrendorf beschreibt die Schwierigkeiten glücklich zu werden anhand eines Gedichtes:

„Ja renn nur nach dem Glück (sagt Brecht),

Doch renne nicht zu sehr!

Denn alle rennen nach dem Glück.

Das Glück rennt hinterher.“ (Brecht in Dahrendorf 1979: 38)

Dahrendorf erklärt, dass das Glücksniveau stabil bleibt und durch bessere ökonomische Bedingungen oder sozialen Aufstieg die Glücksfähigkeit der Menschen sich nicht ändert.

Leopold **Rosenmayr** beschäftigt sich mit der Philosophie des Alterns.

Individuen stellen sich Fragen zum „Selbst“:

- „Was ist im Leben gelungen?“
- „Was ist missglückt?“
- „Was kann noch von sich und der Umwelt erwartet werden?“

(Rosenmayr 2006: 318)

Die Lebenszufriedenheit wird beeinflusst durch die individuelle Selbstgestaltung und Selbständigkeit. (Böhmer & Rosenmayr 2006: 16) In den Wohlfahrtssurveys vieler Staaten zeigen die Tendenzen, dass Menschen die Neigung verspüren, sich eher glücklich als unglücklich zu fühlen.

„Ungefähr ein Viertel der Befragten betrachtet sich als sehr glücklich, die große Mehrheit der Bundesbürger fühlt sich ziemlich glücklich, etwa jeder Zwanzigste stuft sich als ziemlich unglücklich und etwa jeder Hundertste als sehr unglücklich ein.“ (Glatzer 1984: 178f) Die Zufriedenheit wird im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen gesehen. Alte Menschen haben eine niedrigere Erwartungshaltung. Die Geburtskohorten 1914-1934 hatten eine schwierige Jugendzeit und haben großteils ihre Erwartungen angepasst. (Glatzer 1984: 245)

Die modernen Glückstheorien weisen darauf hin, dass jeder Mensch eigenverantwortlich ist und die Vorstellungen von Glück subjektiv variabel sind. „Wenn man allen normativ geprägten Glücksbegriffen entsagt und nicht der Chimäre einer kultur- und zeitunabhängigen Definition von Glück nachjagt, dann bietet es sich an zu sagen: Glück ist das, was sich Menschen / Gesellschaften / Kulturen/ Schichten/ unter Glück vorstellen.“ (Bellebaum 2008: 28)²⁰

²⁰ Diesen Ansatz erkennt Bellebaum als nicht sehr wissenschaftlich an, trotzdem sei er effektiv. (Bellebaum 2002: 28)

Bellebaum nennt als Synonyme für Glück das psychische Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit.

In allen Kulturen fand und findet man sowohl Diskriminierung (Ageismus), wie auch hohes Ansehen im Alter, Altersweisheit und eine „Späte Freiheit“. (Clemens in Amann & Kolland 2008: 101-116) Die Altersforscherinnen und Forscher weisen darauf hin, dass „Erfolgreiches Altern“ und „Produktives Altern“ möglich sind. (Lehr & Thomae 2007, Binstock & George 2006)

Was bedeutet Altern? Dieser Prozess wird im Kapitel 4 beschrieben.

4. Altern und „Neues Alter“

Der Alterungsprozess ist als ein körperliches, physisches, soziales und gesellschaftliches Phänomen zu sehen. (Jansen & Karl & Radebold & Schmitz-Scherzer 1999: 20)

4.1. Altern als individuelles und gesellschaftliches Phänomen

Altern wird unter anderem definiert als „...komprimierte Lebenskunst, als Resümee des Vergangenen, das immer länger wird bei immer kürzer werdender Zukunft.“ (Endruweit & Trommsdorff 2002: 10)

Die Altersforschung unterscheidet zwischen zahlreichen Altersbegriffen.

Zu den wichtigsten zählen die folgenden Begriffe:

- *Kalendarisches Alter*: Es wird definiert durch Alter nach Jahren.

Das chronologische Altern, das sich nach der Zahl der Lebensjahre richtet, ermöglicht auch die Konstruktion von Altersgrenzen. (Jansen & Karl & Radebold & Schmitz-Scherzer 1999: 21)

- *Biologisches Alter*: Es wird definiert nach Gesundheit und Krankheit.

Das biologische Altern wird als organischer Abbau von Körperfunktionen verstanden. Es ist gekennzeichnet durch den Verlust von Funktionsfähigkeiten. (Jansen & Karl & Radebold & Schmitz-Scherzer 1999: 24)

- *Psychisches Alter*: Es wird definiert nach der Fähigkeit zur Anpassung.

Das psychische Altern zeigt sich daran, wie sich das Individuum an neue Umstände anpassen kann. (Endruweit & Trommsdorff 2002: 10)

- *Soziologisches Alter*: Es wird definiert durch das Rollenbild.

Das soziologische Altern bezieht sich auf das veränderte Rollenbild, welches durch die Zugehörigkeit zu Schicht und Geschlecht geprägt ist. Inwieweit wird die Altenrolle angenommen? (Endruweit & Trommsdorff 2002: 10f)

Auch im Alter ist eine Gestaltung des Lebens möglich, sie erfordert mehr Mühe und Anstrengungen als in jüngeren Jahren.

„Auch alte Bäume wachsen weiter und manch alter Baum treibt trotz Brüchen aus.“
(Rosenmayr 2007: 211)

In der Literatur wird zwischen **3. und 4. Alter** unterschieden. Unter dem Begriff 3. Alter werden Personen ab einem Alter von 55 bis 60 Jahren gezählt. Diese Altersgrenze fällt in den meisten Fällen mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsleben zusammen. Sie führt zur Freiheit in der Selbständigkeit. Das 3. Lebensalter ist gekennzeichnet durch eine Periode, die am Ende der Berufskarriere und vor der Zeit der Gebrechlichkeit (frailty) steht. Während der letzten 50 Jahre zeichneten sich die alten Menschen durch gesündere Ernährung, bessere Bildung und eine höhere Eigenkompetenz und Eigenverantwortung aus. (Moen & Spencer in Binstock & George 2006: 138f)

Die alten Menschen üben strategisch bewusst ihre selbstreflexiven Entscheidungen aus. Diese Phase der Langlebigkeit gibt es erst seit kurzer Zeit. Die Gesellschaft kennt keine Vorgaben, wie die Rollen zu erfüllen sind. Der Lebensabschnitt „3. Alter“ ist geprägt vom individuellen Lebenslauf. Die Geschlechterrollen bleiben aufrecht und dieser Zustand produziert eine Asymmetrie in Macht- und Eigentumsverhältnissen, Bedürfnissen und Vorlieben. (Maen & Spencer in Binstock & George 2006: 138-140)

Das 4. Alter (Hochaltrigkeit) beginnt individuell variabel ungefähr mit 80 beziehungsweise 85 Jahren. Es gibt keine exakte Altersgrenze, sie variiert in den Studien. In diesem Zeitabschnitt kommt es vermehrt zur Häufung von chronischen Krankheiten und Gebrechlichkeit (frailty). (Baltes in Amann & Kolland 2008: 69)

Einige Theorien beschäftigen sich mit dem Verhalten bei alten Menschen.

Die **Disengagementtheorie** (Cumming & Henry 1961) beschreibt den Rückzug aus dem gewohnten Rollenverhalten. Im Alter kommt es zu einem spürbaren geistigen, körperlichen und psychischen Funktionsabbau. Diese Phase beginnt sich meist gleichzeitig mit dem Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess bemerkbar zu machen. Die Menschen ziehen sich aus ihren Rollen und Aktivitäten zurück. (Udo Kelle in Baur & Korte & Löw & Schroer 2008: 26)

Es wird von der Gesellschaft als eine Störung der gesellschaftlichen Harmonie angesehen, wenn dieser Rückzug aus dem sozialen Leben zu rasch statt finden würde. „Wenn man sich aus dem sozialen Leben zurück zieht, dann führt dieses Verhalten zu mehr Zufriedenheit.“ (Kohli in Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994: 235)

Gelungenes Disengagement führt laut dieser Theorie bei alten Menschen zu einer Verbesserung der allgemeinen Zufriedenheit.

Im Gegensatz zur Disengagementtheorie steht die **Aktivitätstheorie**. (Caveen & Burgers & Havinghurst 1963 & Goldhamer 1949, Tartler 1961)

Durch ein aktives Leben wird die Lebensqualität verbessert. Persönlichkeitsmerkmale ändern sich bei den Menschen im Vergleich zum mittleren Alter nicht.

„ Ihre erzwungene Ausgliederung aus dem Arbeitsprozess“ fördert den psychischen Abbau und den sozialen Rückzug. (Udo Kelle in Baur & Korte & Löw & Schroer 2008: 26)

Ein Ausgleich wird durch sinnvolle Freizeitaktivitäten gewährleistet. (Ehrenamt, Mitglied in Vereinen) Aktivität führt zu mehr Zufriedenheit im Alter, denn sie entspricht dem Zeitgeist in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts und den Normvorstellungen von einer Arbeits- und Leistungsgesellschaft. (Amann & Kolland 2008: 27)

Sowohl die Aktivitätstheorie, als auch die Disengagementtheorie wurden vielfach kritisiert.

Baltes & Baltes entwickelten ein neues **psychologisches Konzept des erfolgreichen Alterns**. Durch Selektion, Kompensation und Optimierung werden Funktionsverluste ausgeglichen:

- Optimierung heißt Reserven stärken.
- Selektion heißt, dass es wenige Fähigkeiten gibt, aber diese werden geübt.
- Kompensation heißt Ausgleich schaffen, wenn Schwächen durch Krankheiten aufgetreten sind.

(Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994: 28ff)

Die Theorie von Baltes besagt, dass die mit dem Alterungsprozess verbundenen Schwierigkeiten und Veränderungen (körperlicher, seelischer und geistiger Funktionsabbau) durch Selektion und Kompensation optimiert werden. Im Alter gibt es zwar biologische organische Verschlechterungen, aber es existiert ein Potential an Entwicklungs- und Handlungsreserven, das genutzt werden kann. (Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994: 21)

Eine Ausnahme bilden Demenzkranke und Alzheimer Kranke. *Was ist im Alter noch möglich?* Durch positives Gesundheitsverhalten und Schulung des Denkvermögens kann eine angemessene Lebensqualität für alte Menschen sogar in Pflegeheimen erreicht werden. Es liegen entscheidende Geschlechterunterschiede vor. Frauen werden im Durchschnitt älter. Auf 100 ältere Frauen kommen 81 ältere Männer. (Baltes in Hörl & Kolland & Majce 2008: 170)

Erst durch die Einführung eines staatlichen Pensionssystems²¹ wurde „**das Alter eine eigene, sozial anerkannte Lebensphase**“. (Rosenmayr 2007: 88)

Das „neue Alter“ ist durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- Das Alter ist ein Massenphänomen, das erst im 20. Jahrhundert auftritt.
- Die obere Mittelschicht erwirbt Vermögen.
- Rückgang des Mehrgenerationenhaushaltes. Die Menschen sehnen sich nach sozialer Nähe, aber sie wollen nicht miteinander leben.
- In den sozialen Familienbeziehungen erfolgt ein ökonomischer und sozialer Austausch.
- Die Konsummöglichkeiten überfordern asketische Tendenzen im alten Leben.
- Die Fähigkeit zur Intelligenz bleibt im Alter vorhanden, sie wird zu wenig gefordert.

(Rosenmayr 2007: 89ff)

Erfolgreich Altern, Zufriedenheit mit Vergangenheit und Jetztzeit ist auch für alte Menschen möglich. (Havinghurst 1963a) Untersuchungen zur Aktivitätstheorie zeigen, dass nur 25 % der Befragten bei wenig Kontakten eine bessere Zufriedenheit zeigen. (Lehr 1987: 87) Das „Neue Alter“ bringt mehr Lebensqualität. Es ist gekennzeichnet durch Kreativität, Verhaltensreichtum, Unabhängigkeit, Eigenständigkeit, den Alltag ohne fremde Hilfe meistern, soziales Eingebundensein, Interessensvielfalt, Freizeit und Konsumorientierung. (Rosenmayr 2007)

Die mit dem Alterungsprozess verbundenen Schwierigkeiten und Veränderungen werden durch Selektion und Kompensation optimiert. Dadurch kann eine angemessene Lebensqualität für einen Großteil der Bevölkerung erreicht werden.

Die Fähigkeit „*Neues zu lernen*“ bleibt bis in das hohe Alter erhalten. (Berliner Altersstudie 1996: 604)

Außerdem sollen folgende Fähigkeiten erhalten bleiben:

- Im Alter sollen neue Interessen und Existenzen aufgebaut werden.“ (Rosenmayr 1983: 20)
- Dies ist nur möglich, wenn gute Gesundheit und die Persönlichkeitsmerkmale es zulassen. (Rosenmayr 2007: 314ff)

²¹ In Deutschland wurden die ersten Sozialgesetze 1883-1889 (Bismarck) erlassen. In Österreich trat mit 1.1.1909 das Pensionsversicherungsgesetz für Privatangestellte in Kraft. Die Arbeiter erhielten erst ab 1.1.1939 eine Altersversorgung. (Kratzer 2009: 19)

Neueste Forschungen vertreten die Meinung, dass Menschen über 60 Jahre glücklicher sind als die darunter. Altern macht glücklich, wenn Einsamkeit schlechte Gesundheit und Sinnverlust vermieden werden. Friends, Fitness, Fun machen glücklich. (Gehmacher 2006) Gehmacher führte seine Studie im Pflegeheim durch. (Amann/ Ehgartner/ Felder 2010) Ältere Forschungsergebnisse kommen zu einem anderen Ergebnis. Zapf und Glatzer meinen, dass jüngere Menschen glücksfähiger sind. (Glatzer & Zapf 1984: 397) Obere Sozialschichten sind weniger glücksträchtig.

4.2. „Produktives Altern“

Milbrath (1980) lenkt in seiner Beschreibung alter Menschen das Augenmerk auf die sogenannte „Selbstkontrolle“, „Selbstbestimmung“ und „Selbstverwirklichung“.
(Milbrath in Norden & Schulz 1983)

„Die seelische Stärke, trotz mancher Mängel, das eigene Gleichgewicht zu bewahren und darüber hinaus noch etwas Glück zu empfinden, ist für eine dem Menschen gerecht werdende Konzeption von Erfolg im Alter ebenso wichtig, wie psychische und intellektuelle Konzepte.“ (Lehr & Thomae 1987)

Die Produktivität im Alter wirkt sich durch Erwerbstätigkeit, Ehrenamt, Pflege und Kinderbetreuung aus. (Lehr 2007: 254ff)

Amann beschreibt die Verbesserung der Lebensqualität durch das „Sozialprodukt des Alterns.“ Er definiert dieses Phänomen folgendermaßen:

„Das **Sozialprodukt des Alterns** ist die Gesamtheit aller Fähigkeiten von Menschen jenseits des Erwerbslebens, die sich in Autoproduktivität und Heteroproduktivität umsetzen und einen Nutzen stiften, der in die Herstellung, Bewahrung und Erhöhung von Lebensqualität eingeht.“ Im Alter bestehen die Leistungen der Individuen nicht in der Arbeitsproduktivität, sondern in der „Sozialen Produktivität“.

(Amann & Ehgartner & Felder 2010: 106-112)

Anton Amann will in der Gesellschaft ein anderes Verständnis für den Begriff „Produktivität“ bewirken. Produktive Beiträge zum gesellschaftlichen Leben sollen bewusst

erzeugt werden, auch wenn sie ökonomisch nicht messbar sind.²² Die Fähigkeiten alter Menschen sind Kommunikationsstärke, analytisches Denken, Erfahrungswissen und das Bilden von sozialen Netzwerken. Amann beschreibt den neuen „Produktivitätsbegriff“ in Anlehnung an die Konzepte von Peter Tews. (Tews 1996) Er behandelt die subjektiven Potentiale alter Menschen und den Nutzen, den die Produktivität der alten Menschen (aus nicht monetärer Sicht) für die Gesellschaft bringt. Damit wird das Bild vom „hilfsbedürftigen alten Menschen“ positiv beeinflusst.

Die subjektive Dimension der Produktivität unterteilt sich in folgende Teilbereiche:

- *Individuelle Produktivität* soll durch Erhalt der eigenen Unabhängigkeit und Selbständigkeit gewährleistet sein. Dazu gehören Fähigkeiten wie Selbstfindung, körperliche Aktivität, Lernen, auf Neues einstellen, Hobbys und soziale Kontakte knüpfen. (Tews in Amann & Ehgartner & Felderer 2010: 61) Dieser Aspekt der Produktivität wird hauptsächlich in der für die Dissertation vorliegenden Studie behandelt.
- *Intragegenerationelle Produktivität (Erfahrungswissen)* bedeutet Austausch innerhalb der Generation der Älteren durch Erfahrung, soziale Kontakte ausüben, Unterstützungen anbieten, Hobbys aktiv ausführen, Pflege anbieten und Wissen und Erfahrung weitergeben. (Amann & Ehgartner & Felderer 2010: 69-71)
- *Intergenerationelle Produktivität* wird durch freiwillige Arbeit für die soziale Umgebung und andere Generationen gewährleistet. Dazu gehören beispielsweise ehrenamtliche Tätigkeiten und soziale Kontakte. (Amann & Ehgartner & Felderer 2010:54)
- *Gesellschaftliche Produktivität* wird durch Selbstorganisation der alten Menschen, Erwerbstätigkeit, Werthaltungen und Eigeninitiative durchgesetzt. (Amann & Ehgartner & Felderer 2010: 53-69)

2005 wurde eine Studie über Lebensqualität in Europa mit dem Titel „European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions“ durchgeführt. Daran nahmen die „EU 25 Länder“ sowie Bulgarien, Rumänien und die Türkei teil. (Böhnke 2005 in Amann & Ehgartner & Felder 2010) Die Zufriedenheit mit den Lebensbereichen in den EU 15 Ländern

²² Ein Wegwenden vom Arbeitsbegriff der Produktivität soll erreicht werden.

konnte auf einer Skala von 1-10 angegeben werden (sozioökonomisch und soziodemographisch).

Der „First European Life Quality Survey“ zeigt folgende Ergebnisse (Amann & Ehgartner & Felder 2010: 129f):

- Die *Zufriedenheit mit der Familie* war am höchsten (7,9 auf einer zehnteiligen Skala).
- Die *Zufriedenheit mit der Bildung* war etwas niedriger (7,0). (Amann & Ehgartner & Felder 2010: 127-130)
- Allgemein erwiesen sich die Werte als hoch, obwohl sie in den verschiedenen Lebensbereichen variieren.
- *Autoproduktivität* wird gewonnen durch den subjektiven Nutzen eines(r) Handelnden. Sie wird durch Fähigkeiten erworben, die mit dem Selbst zu tun haben wie zum Beispiel Selbstfindung, Selbstreflexion, Selbstaufmerksamkeit und Selbstorganisation.
- *Gesundheitsverhalten* - auf Neues einstellen, Aktivität, Umgang mit Defiziten und Hobbys.
- *Mobilität* und tägliche Selbstversorgung. (Amann in Pasero & Backes & Schröter: 27)
- *Intimität auf Abstand*: Nicht im gleichen Haushalt mit Kindern und Enkel leben. (Rosenmayr 1983: 140, Köckeis 1965, Lehr 2007: 257) Bertram 1997 (in Lehr) bezeichnet diese Familienform als multilokale Mehrgenerationenfamilie. Das heißt, dass man sich aufeinander stützen, aber nicht miteinander leben will. 86% der 70 bis 85Jährigen haben mindestens 1x in der Woche Kontakt mit Kindern oder Enkelkindern. Diese wohnen in einem Radius von 15 km. (Kohli und Künemund 1998)

Leopold Rosenmayr (2007) vertritt die These vom „Schöpferisch Altern“. Er spricht den alten Menschen eine hohe soziale Kompetenz zu (siehe Kapitel 3). Lehr (2007) schreibt ihnen Fähigkeiten wie Selbstreflexion, Bildung von sozialen Netzwerken und einen aktiven Lebensstil zu.

Bei Personen jenseits der 60 Jahre sind die Familie und der Partner zentrale Faktoren in der Lebensqualität. (Schulz 1983, Gluske, Lentsch in Amann & Ehgartner & Felder 2010: 123)

Von besonderer Bedeutung für alte Menschen ist das „Lebenslange Lernen“.

Personen mit höherer Schulbildung weisen eine höhere körperliche Mobilität auf,

sie bewegen sich mehr. „Fast jede Aktivität kann unter bestimmten Bedingungen als Lernen verstanden werden. Die Aktivität soll selbst ausgewählt werden können und jede Person soll sich frei entscheiden können. (Kolland & Ahmadi 2010: 29)

In Österreich kommt das kulturspezifische Phänomen vor, dass Österreicher bereits zufrieden sind, wenn sich ihre Lebenslage nicht verschlechtert. (Gehmacher in Schulz & Norden 1983: 68) Viele Menschen sind mit objektiv vergleichbaren schlechten Bedingungen recht zufrieden.

5. Lebensqualität für Pflegebedürftige

Wenn alte Menschen Pflege brauchen, dann ist ihre Lebensqualität stark beeinträchtigt.

Bei guter Pflege entstehen empathische Gefühle zwischen der Pflegeperson und der erkrankten (oder chronisch kranken) Person. (Travelbee 1966)

Mit „Empathie“ wird die Fähigkeit eines Individuums bezeichnet, sich in die Situation eines anderen Menschen hineinzusetzen, indem dessen wahrgenommene Befindlichkeit nachempfunden wird. (Endruweit & Trommsdorff 2002: 96)

Die kranke Person muss im Leiden einen Sinn erkennen. Der Erkrankte soll sich nicht fragen: „*Warum trifft mich die Krankheit?*“ sondern „*Warum sollte sie mich nicht treffen?*“ Wenn es kranken Personen gelingt ihre Krankheit anzunehmen, dann vermeiden sie Gefühle wie Aggression, Zorn und Selbstmitleid. (Burns 2009)

Die Krankheitsakzeptanz wird in der vorliegenden Studie mit der Frage: „*Haben sie sich mit ihren Krankheiten abgefunden?*“ (v10f) berücksichtigt.

Jede Krankheit wird als eine Bedrohung angesehen. Die Verhaltensart, wie das Individuum die Krankheit wahrnimmt, ist wichtiger als jede Diagnose. (Burns 2009)

Unter Gesundheit versteht man ein physisches, mentales und soziales Wohlbefinden und dieses positive Körperempfinden ist ein Menschenrecht. (Travelbee 1966)

- Menschen haben laut Travelbee die Fähigkeiten Krankheiten zu erkennen lange bevor sie medizinisch nachzuweisen sind.
- Objektive Kriterien für die Gesundheit sind die Abwesenheit von erkennbarer Krankheit und keine Auffälligkeiten in Labortest.
- Man ist gesund, wenn die subjektiven und objektiven Tatbestände darauf hinweisen.

(Kratzer & Lorenz 2010)

Der wichtigste Faktor im Rahmen der Akzeptanz von Krankheit ist die Hoffnung in eine bessere Zukunft.

In den westlichen Industrieländern wird der Tod älterer Menschen eher als bei jüngeren akzeptiert, denn sie haben ihr Leben gelebt. Wenn junge Menschen sterben, dann ist das Mitleid größer. Chronische Erkrankungen verändern auch die Familienbeziehungen untereinander. Männer und Frauen können sozial benachteiligt sein durch die Krankheit des Ehepartners und chronisch Kranke können oft an den Familienaktivitäten nicht mehr teil nehmen. (Travelbee 1966: 51)

Die Lebensqualität wird davon beeinflusst, wie der Kranke subjektiv zu seiner Krankheit eingestellt ist. Folgende Einflussgrößen können sich auswirken:

- Kulturelle Meinungen über Krankheiten beeinflussen die Lebensqualität.
- Subjektive Vorstellungen über Symptome beeinflussen die Lebensqualität.
- Der Körperbereich beeinflusst die Lebensqualität der Individuen.
- Das Ausmaß, in dem die Anzeichen und Effekte für andere erkennbar sind, beeinflusst die Lebensqualität.
- Vorurteile und Annahmen über Ärzte und andere Gesundheitsdienste beeinflussen die Lebensqualität.
- Persönliche Reaktionen auf die Diagnose beeinflussen die Lebensqualität.
- Wie Familie, Freunde und andere auf das kranke Individuum reagieren, beeinflusst die Lebensqualität der Individuen.
- Wie Pflegepersonen auf das kranke Individuum reagieren, beeinflusst die Lebensqualität.

(Travelbee 1966)

Pflege wird von Joyce Travelbee als eine wechselseitige Beziehung gesehen, wobei eines der Individuen Pflegedienste leistet, die das andere Individuum bedingt durch seine Erkrankung in Anspruch nimmt. Diese Interaktion kann sich positiv auf die Lebensqualität alter Menschen auswirken, wenn sie durch Empathie geprägt ist. (Travelbee 1966)

Die Art, wie die Pflegeperson mit der kranken Person kommuniziert, beeinflusst die subjektive Einschätzung der Krankheit. (Kratzer & Lorenz 2010)

6. Exkurs zu „Ausgleichszulage“ und „Pflegegeld“

In Österreich bedeuten die „Ausgleichszulage“ und das „Pflegegeld“²³ eine wichtige materielle Grundsicherung für alte Männer und Frauen. Pflegegeld wird entsprechend der Hilfsbedürftigkeit nach Pflegestunden von den Pensionsversicherungsanstalten und den Sozialämtern gewährt und verbessert so das ökonomische Kapital von älteren und alten Menschen. Die Ausgleichszulage bietet den Pensionistinnen und Pensionisten ein gesichertes Mindesteinkommen.

Die Ausgleichszulage ist durch Bundesgesetze geregelt:

ASVG = Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

GSVG = Gewerblichen Sozialversicherungsgesetz

BSVG = Bauern–Sozialversicherungsgesetz

FSVG = Freiberuflichen Sozialversicherungsgesetz

Personen, bei denen eine geringe monatliche Pension errechnet wird, wird zusätzlich zum Pensionsanspruch ein Zuschuss gewährt. Als Voraussetzung für die Gewährung dieser Zusatzleistung muss ein „rechtmäßig gewöhnlicher Aufenthalt“ im Inland nachgewiesen werden. Die Höhe der Ausgleichszulage berechnet sich aus dem Differenzbetrag zwischen einer errechneten Pension, einem allfälligen sonstigen Einkommen und dem Richtsatz. Einkünfte aus einem landwirtschaftlichen Grundbesitz werden zum Beispiel dazu gerechnet. Die Richtsätze betragen für eine alleinstehende Pensionistin oder einen Pensionisten brutto 793,40 € (Stand 1.1.2011) und für Ehepaare beziehungsweise eingetragene Partnerschaften monatlich brutto 1189,56 € (Stand 1.1.2011). Um in den Genuss der Ausgleichszulage zu kommen, muss beim zuständigen Pensionsträger ein Antrag gestellt werden, der mittels Bescheid entschieden wird. Ausgleichszulagenbezieher haben Anspruch auf Rezeptgebührenbefreiung, Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung und Befreiung von der Telefongrundgebühr. Einkommensänderungen müssen innerhalb von sieben Tagen der Pensionsversicherungsanstalt gemeldet werden. Ein allfälliger Überbezug wird rückverrechnet. (Experteninterview vom 22.12.2010²⁴, Broschüre der Pensionsversicherungsanstalt Nummer 8/2011)

²³ Das Pflegegeld ist durch Bundesgesetze und Landesgesetze geregelt. (BPGG = Bundespflegegesetz)

²⁴ Das Experteninterview wurde in der Pensionsversicherungsanstalt (1020 Wien) geführt, die Broschüre wurde mitgegeben.

Als wichtiger Indikator für Pflegebedarf gilt die Pflegegeldstufe. Der objektive Grad der Pflegebedürftigkeit richtet sich nach der Pflegegeldstufe. Diese richtet sich in Österreich nach dem Bedarf, den eine Person benötigt, um das Alltagsleben im Privathaushalt oder in einer Institution mit Unterstützung meistern zu können. Die monatliche Stundenanzahl der Pflegehilfe wird durch ein ärztliches Gutachten von Vertrauensärzten der Pensionsversicherungsanstalten festgelegt. Laut Sozialbericht des Sozialministeriums vom Mai 2010 gibt es in Österreich 363.117 Bundespflegegeldbezieher. Diese Zahl ist im Zeitraum von Jänner bis Mai 2010 um 36.407 Personen angestiegen.²⁵ (Experteninterview vom 22.12.2010, Pensionsversicherungsanstalt) Die gesetzliche Grundlage für den Pflegegeldbezug bildet das Bundespflegegesetz vom 19.1.93²⁶, welches mit 1.7.1993 in Kraft trat.

Tabelle 3 Übersicht über die Pflegestufen (Österreich)

Pflegestufe	€ brutto / Monat	monatlicher Pflegebedarf
1	154,20	> 60 Stunden (früher 50 Stunden)
2	284,30	> 85 Stunden (früher 75 Stunden)
3	442,90	> 120 Stunden
4	664,30	> 160 Stunden
5	902,30	> 180 Stunden
6	1260,00	> 180 Stunden + Tag und Nacht
7	1655,80	> 180 Stunden, Zusatz technische Geräte

Zahlen aus der Broschüre Pflegegeld (Nr.10) der Pensionsversicherungsanstalt (1.1.2011), eigene Darstellung

Eine Änderung beim Pflegegeldanspruch gab es mit 1.1.2011. Bis 31.12.2010 musste zur Erlangung des Pflegegeldes der Stufe 1 ein durchschnittlicher Pflegebedarf von mehr als 50 Stunden gegeben sein. Für die Pflegestufe 2 brauchte man mehr als 75 Stunden Pflegebedarf. Ab 1.1.2011 wurde der Mindestpflegebedarf bei Stufe 1 von mehr als 50 auf mehr als 60 Stunden erhöht und bei Stufe 2 von mehr als 75 Stunden auf mehr als 85 Stunden. Es kam somit zu einer Verschlechterung der Anspruchsvoraussetzungen.

Für die Pflegestufe 6 gab es mit 1.1.2011 eine Erhöhung von monatlich 1242,00 € auf monatlich 1260,00 €. (Broschüre Pensionsversicherungsanstalt 2011: 17)

²⁵ Am 22.12.2010 erfolgte in der Pensionsversicherungsanstalt ein Experteninterview, wo mir diese Zahlen mitgeteilt wurden. 5,1% der Pensionisten beziehen Pflegegeld.

²⁶ Vor dem Inkrafttreten des Gesetzes gab es für pflegebedürftige Personen in Österreich den Hilflosenzuschuss.

Laut dem Experteninterview stieg die Zahl der Pflegegeldbezieher im letzten Jahr um 2.7 % an. (Dezember 2010)

73 % der Pflegebedürftigen in Österreich beziehen Pflegegeld der Stufen 1-3.

Im Jahr 2006 bezogen in Österreich 337.322 Personen Pflegegeld. Im Zeitraum von 1996 – 2006 war ein Anstieg von 75.000 Personen zu verzeichnen. Nur 8 % der Österreicherinnen und Österreicher wurden von einer Institution betreut.

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/ v. 27.5.2010)

Die 10 qualitativen Interviews am Beginn der Untersuchung bestätigen auch den bemerkbaren Anstieg an Pflegebedürftigkeit beim Vergleich von Pflegestufe 2 auf Pflegestufe 3. Meist bedeutet Pflegegeldstufe 3 einen deutlichen Verlust an Funktionsfähigkeiten bei den Betroffenen.

In der vorliegenden untersuchten Population nennen von 14 Altersheimbewohnerinnen 5 keinen Anspruch auf Pflegegeld.

8 Frauen beziehen Pflegegeld der Stufe 1 und 2 und nur eine Person erhält Stufe 3. Das heißt, der Anteil der Personen mit erhöhtem Pflegegeld beträgt 7 %. Dies bestätigt, dass Bewohnerinnen des Altersheimes in der vorliegenden Studie keine stark eingeschränkten Funktionsverluste aufweisen.

III. Empirischer Teil

7. Studie: Lebensqualität 2009

7.1. Forschungsproblem, Entstehung und Entwicklung

Nach eingehendem Studium der Base und Share Studie werden im Rahmen des Entdeckungszusammenhangs die relevanten Themenbereiche der Lebensqualität für ältere und alte Frauen und Männer, die in Wien leben, erforscht. Als Methode dient die „**Triangulation (Triangulierung)**“, die „... Koordination mehrerer Erhebungsverfahren und dadurch erlangter Datenarten zur Untersuchung ein und desselben Gegenstandes.“ (Werner Fuchs-Heinritz et al 1994: 687)

Beobachtungen, qualitative und quantitative Interviews beschreiben in dieser Arbeit die für alte Menschen wichtigen Lebensqualitätsparameter Zufriedenheit, Einsamkeit, Glück und den Einflussfaktoren, die dazu gehören.

Das Hauptaugenmerk dieser Dissertationsarbeit liegt auf der statistischen Auswertung der quantitativen Untersuchung, wobei als Grundlage bereits bestehende Studien, Beobachtungen und die explorative Phase mit qualitativen Interviews dienen.

Es wird weiters in der vorliegenden Arbeit die qualitative und quantitative Methode miteinander verbunden.

Folgende Forschungsfragen waren von Interesse:

7.1.1. Forschungsfragen

1. Wird die Lebensqualität in Wien in Privathaushalten, Altersheimen und Pflegeheimen von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst? Gibt es Geschlechterunterschiede?

Welcher Zusammenhang besteht zwischen Bedürfnissen einer Person der Generation 75+ und deren subjektiver Einschätzung hinsichtlich der Lebensqualität in der Großstadt Wien? Wird das subjektive Wohlbefinden durch die Benötigung fremder Hilfe beeinflusst?

2. Sind die Beschreibungsmodelle für die Personen ab 75+ (junge Alte) auch für die Gruppe der Hochaltrigen (ältere Alte) gültig?

Es gibt keine genaue Altersdefinition für Hochaltrigkeit. Ab zirka 80 Jahren kommt es zu einem vermehrten Anstieg von chronischen Krankheiten und Gebrechlichkeit.

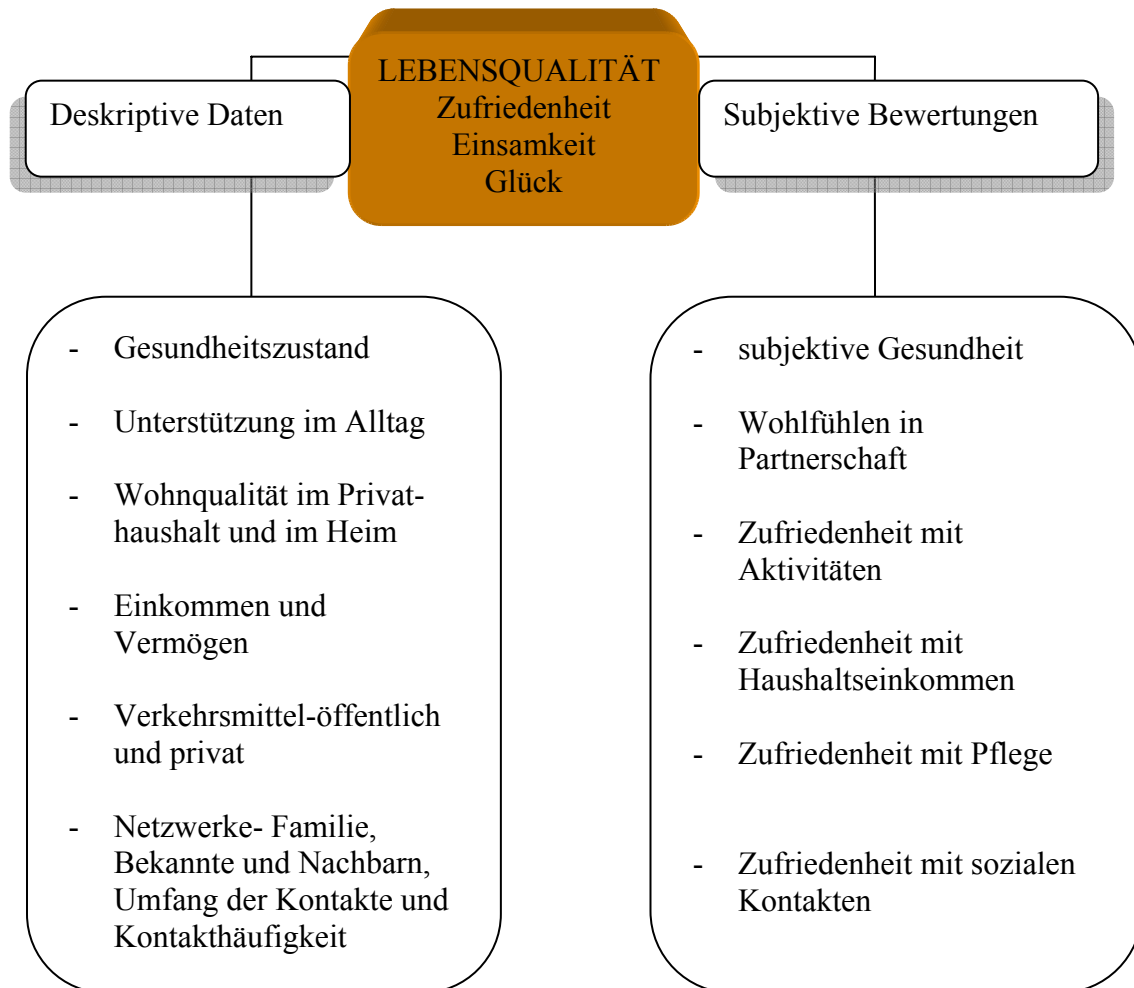
7.2. Konzeptspezifikation

Es werden in dem Kapitel 7.2 die Dimensionen, die die Lebensqualität beeinflussen, erfasst. „Die Einstellung des älteren Menschen zu seinem Leben wird durch psychologische Merkmale wie Lebenszufriedenheit, Erleben des eigenen Alters, depressive Tendenzen operationalisiert, gelungene Bewältigung von Belastungen erwies sich in zahlreichen Studien als zentraler Einflussfaktor der Einstellungen zum eigenen Leben.“ (Kruse & Schmidt 1992: 336)

Die Zusammenhänge zwischen der objektiven Lebenslage und den subjektiven Einschätzungen der Lebenszufriedenheit beeinflussen die Lebensqualität.

Die folgende Grafik in Abbildung 2 zeigt, auf welche Indikatoren in der für die Dissertation vorliegenden Studie Wert gelegt wurde:

Abbildung 2 Konstrukt: Lebensqualität



Eigene Abbildung

Überprüft werden komplexe Einflüsse (siehe Punkt 7.3. Hypothesenkatalog), denn die Lebensqualität kann nicht eindimensional untersucht werden.

Lebensqualität wird in Anlehnung an Wolfgang Schulz (1983) durch die Konzepte Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück operationalisiert.

7.2.1. Alter und Partnerschaft

7.2.1.1. Chronologisches Alter

Das chronologische Alter hat Einfluss auf die Lebensqualität, wobei das chronologische Alter anhand der bereits gelebten Jahre errechnet wird. Diese Zusammenhänge werden in den Hypothesen 1a, 1b und 1c behandelt.

7.2.1.2. Jünger fühlen

Jünger fühlen hat Einfluss auf die Lebensqualität. (Hypothese 1d,1e,1f)

7.2.1.3. Familienstand

Der Familienstand wirkt sich auf die Lebensqualität aus. Der Familienstand „verwitwet“ und „verheiratet“ wird in Zusammenhang mit Zufriedenheit, Glück und Einsamkeit gebracht und der Status „verwitwet sein“ wird durch die Hypothesen 2a, 2b und 2c speziell untersucht.

7.2.1.4. Partnerschaft

Eine Partnerschaft wirkt sich auf die Lebensqualität aus. Der Zusammenhang wird durch die Hypothesen 2d, 2e und 2f überprüft.

7.2.2. Ökonomische Lebenslage

7.2.2.1. Sozioökonomischer Status

Der „Sozioökonomische Status“ wirkt sich auf die Lebensqualität aus.

Der „Sozioökonomische Status“ wird aus den Variablen Haushaltseinkommen und höchst abgeschlossene Schulausbildung konstruiert. Die Hypothesen 3a, 3b und 3c dienen der Analyse der Zusammenhänge mit der Lebensqualität.

7.2.2.2. Pflegebedarf

Der „Pflegebedarf“ nimmt Einfluss auf die Lebensqualität. Der Pflegebedarf wird anhand von Pflegestufen (Gewährung von Pflegegeld) ermittelt. Die Prüfung der Hypothesen 4a, 4b und 4c zeigt die Zusammenhänge zwischen Pflegestufen und Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück auf.

7.2.2.3. Bereichszufriedenheit Pflege

Die Bereichszufriedenheit Pflege wirkt sich auf die Lebensqualität aus.

Die Prüfung der Hypothesen 4d, 4e, 4f zeigt die Zusammenhänge zwischen der Bereichszufriedenheit Pflege und der Lebensqualität.

7.2.2.4. Wohnort

Der Wohnort wirkt sich auf die Lebensqualität aus. Als Wohnort wird in dieser Untersuchung zwischen Privathaushalt, Altersheim oder Pflegeheim unterschieden. Besondere Zusammenhänge zwischen dem Wohnort „Altersheim“ und den Lebensqualitätsparametern werden in den Hypothesen 5a, 5b und 5c näher untersucht.

7.2.2.5. Bereichszufriedenheit Haushaltseinkommen

Die Bereichszufriedenheit Haushaltseinkommen wirkt sich auf die Lebensqualität aus. Die Hypothesen 5d, 5e, 5f dienen der Analyse der Zusammenhänge mit der Lebensqualität.

7.2.3. Gesundheitszustand

7.2.3.1. Anzahl der Krankheiten

Die Anzahl der Krankheiten hat Einfluss auf die Lebensqualität. Diese Annahme wird in den Hypothesen 6a, 6b und 6c behandelt.

7.2.3.2. Subjektives Körperempfinden

Das subjektive Körperempfinden wirkt sich auf die Lebensqualität aus. Die alten Menschen schätzen selbst ihren subjektiven Gesundheitszustand ein und es werden durch die Hypothesenprüfung in 7a, 7b und 7c Zusammenhänge mit den Lebensqualitätsparametern ermittelt.

7.2.4. Funktionsfähigkeit und Selbstkompetenz

7.2.4.1. Verlust von Funktionsfähigkeit

Der Verlust von Funktionsfähigkeit hat Einfluss auf die Lebensqualität. Funktionsfähigkeit wird anhand der Selbständigkeit im Straßenverkehr und der Notwendigkeit von Hilfsmitteln im Alltag (entweder 2. Person hilft oder es werden Behelfe verwendet) erforscht. Dieser Annahme wird in den Hypothesen 8a, 8b und 8c nachgegangen.

7.2.4.2. Selbständigkeit

Die Selbständigkeit hat Einfluss auf die Lebensqualität. Es wird erfragt, bei welchen Tätigkeiten die Menschen Hilfe brauchen und es wird im Anschluss daran ein Index der Hilfeleistungen gebildet. Die Analyse der Hypothesen 9a, 9b, 9c und 9d gibt Auskunft über die Zusammenhänge.

7.2.4.3. Soziale Kontakte

Die sozialen Kontakte wirken sich auf die Lebensqualität aus. Es werden die regelmäßigen Kontakte mit Verwandten und Bekannten (Freunden) und die Qualität dieser Kontakte in Beziehung zur Lebensqualität gesetzt. Die Analysen der Hypothesen 10a, 10b und 10c geben Auskünfte darüber.

7.2.4.4. Bereichszufriedenheit soziale Kontakte

Die Bereichszufriedenheit soziale Kontakte wirkt sich auf die Lebensqualität aus. Die Analysen der Hypothesen 10d, 10e. und 10f geben Auskunft darüber.

7.2.4.5. Aktivitäten

Aktivitäten wirken sich auf die Lebensqualität aus. Indikatoren für Aktivitäten die Spaß machen, können genannt werden. Aus den möglichen Antworten wird ein Aktivitätsindex gebildet. Der Index wird in den Hypothesen 11a, 11b und 11c mit Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück in Beziehung gesetzt.

7.2.4.6. Zufriedenheit mit den Aktivitäten

Die Zufriedenheit mit den Aktivitäten wird in den Hypothesen 11d, 11e und 11f mit Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück in Beziehung gesetzt.

Die Operationalisierung der diversen Einflussgrößen wird im Hypothesenteil genauer beschrieben.

7.3. Hypothesenkatalog

Die folgenden Hypothesen untersuchen Zusammenhänge zwischen der Lebensqualität und möglichen Einflussfaktoren. Die Hypothesen dienen als Vermutung für Zusammenhänge mit Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück (abhängige Variable) und sind an bereits bestehende empirische Studien, wie beispielsweise der Berliner Altersstudie (Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994), der Bolsa Studie (Lehr & Thomae 1987), der Share Studie (www.share-project.org) und der Lebensqualitätsstudie von Schulz (2007) angelehnt.

Lebensqualität wird durch objektive und subjektive Faktoren beeinflusst, wobei objektive Faktoren bei Hochaltrigen oft die stärkere Wirkung zeigen. Die Theorien beschreiben, dass im hohen Alter das subjektive Wohlbefinden am meisten durch Verwitwung und schlechten gesundheitlichen Körperzustand beeinflusst wird. (Binstock 2007: 323ff) Soziale Verluste, Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit mindern die Lebensqualität, allerdings werden diese Defizite durch verstärkte Freizeitaktivitäten ausgeglichen. (Binstock & George 2007: 323-326)

Die Gliederung der Hypothesen erfolgt nach erworbenen und zugeschriebenen Merkmalen. Ein Hauptaugenmerk liegt auf Einflussfaktoren wie dem kalendarischen Alter, dem Familienstand, dem Haushaltseinkommen und dem Bildungsstand (SES), dem Pflegegeld, dem Wohnort, der Anzahl der Krankheiten, dem subjektiven Gesundheitszustand, der Funktionsfähigkeit, der Selbständigkeit im Alltagsleben, den sozialen Kontakten und den Aktivitäten.

7.3.1. Soziodemographische Zusammenhänge

Dieser Hypothesenkomplex befasst sich mit den soziodemographischen Auswirkungen auf die Lebensqualitäten hochaltriger Personen. Die Einflussgrößen für die Dissertationsstudie sind in diesem Bereich das kalendarische Alter und die Familienbeziehungen.

(Hypothesen 1 und 2)

7.3.1.1. Kalendarisches Alter

Hypothese 1a)

Wenn das kalendarische Alter einer Person hoch ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 1b)

Wenn das kalendarische Alter einer Person hoch ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 1c)

Wenn das kalendarische Alter einer Person hoch ist, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

Hypothese 1d)

Wenn sich eine Person jünger fühlt, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 1e)

Wenn sich eine Person jünger fühlt, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 1f)

Wenn sich eine Person jünger fühlt, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Den Menschen ist der Alterungsprozess nicht bewusst. Sie meinen: „*Eigentlich merken wir gar nicht so genau wie wir älter werden.*“ (Lungreiter & Schulz 1999 in Hörl & Kolland & Majce 2008) Ein Großteil der Menschen fühlt sich im Vergleich zu den Altersgenossen jünger.

7.3.1.2. Familienstand

Hypothese 2a)

Wenn eine Person vom Verlusterlebnis der Verwitwung betroffen ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 2b)

Wenn eine Person vom Verlusterlebnis der Verwitwung betroffen ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 2c)

Wenn eine Person vom Verlusterlebnis der Verwitwung betroffen ist, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

Hypothese 2d)

Wenn sich eine Person in der Partnerschaft wohl fühlt, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 2e)

Wenn sich eine Person in der Partnerschaft wohl fühlt, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 2f)

Wenn sich eine Person in der Partnerschaft wohl fühlt, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Das plötzliche Verlusterlebnis durch den Tod einer geliebten Person wirkt sich laut den bestehenden Untersuchungen in den westlichen Industrieländern stark negativ auf die Lebensqualität aus. Es kommt zu „*Verlusten von Menschen, die einem lieb waren oder mit denen man zusammen die Freizeit gestaltet hatte.*“ (Kipp in Adler et al 2009: 34)

Von dem Schicksal der Verwitwung sind besonders Frauen betroffen. (Wolfinger 2006) Anton Amann berichtet, dass vermutlich vor allem Verwitwung zur Einsamkeit im Alter beiträgt. (Amann & Kolland 2008: 59)

Die Überprüfung dieser Hypothese zeigt, wie stark die statistischen Zusammenhänge zwischen Verwitwung und Lebensqualität in dem vorliegenden Forschungsprojekt sichtbar sind.

7.3.2. Sozioökonomische Zusammenhänge

In dieser Gruppe werden die Einflüsse sozioökonomischer Variablen auf die Lebensqualität überprüft. Im Einzelnen soll damit der sozioökonomische Status und die Wohn- und Pflegesituation näher untersucht werden.

7.3.2.1. Sozioökonomischer Status

Der sozioökonomische Status wird in dieser Arbeit aus dem Haushaltseinkommen und dem höchst abgeschlossenen Bildungsstand gebildet.

Hypothese 3a)

Wenn der sozioökonomische Status einer Person hoch ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 3b)

Wenn der sozioökonomische Status einer Person hoch ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 3c)

Wenn der sozioökonomische Status einer Person hoch ist, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Hypothese 3d)

Je zufriedener eine Person mit ihrem Haushaltseinkommen (Bereichszufriedenheit Einkommen) ist, desto höher ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 3e)

Je zufriedener eine Person mit ihrem Haushaltseinkommen (Bereichszufriedenheit Einkommen) ist, desto niedriger ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 3f)

Je zufriedener eine Person mit ihrem Haushaltseinkommen (Bereichszufriedenheit Einkommen) ist, desto höher ist ihr Glücksgefühl.

Der sozioökonomische Status zeigt den Einfluss des Haushaltseinkommens und des höchst abgeschlossenen Bildungsabschlusses. Pierre Bourdieu bezeichnet diesen Faktor als „Ökonomisches Kapital“ einer Person (Bourdieu 1990). Spielt dieses Kapital im hohen Alter eine Rolle?

Fühlen sich Hochbetagte aufgrund einer guten ökonomischen Lebenssituation zufriedener, weniger einsam und glücklicher als Menschen mit schlechter ökonomischer Lebenslage? Inwieweit spielt die subjektive Einschätzung eine Rolle?

7.3.2.2. Pflegebedarf - Pflegegeld

Es besteht die Annahme, dass der objektive Faktor Pflegegeld wesentlich die Lebensqualitätsparameter Glück, Zufriedenheit und Einsamkeit beeinflusst. Inwieweit spielt die Zufriedenheit mit der Pflege eine Rolle?

Hypothese 4a)

Je höher der Pflegebedarf (das Pflegegeld) einer Person ist, desto niedriger ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 4b)

Je höher der Pflegebedarf (das Pflegegeld) einer Person ist, desto höher ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 4c)

Je höher der Pflegebedarf (das Pflegegeld) einer Person ist, desto niedriger ist ihr Glücksgefühl.

Hypothese 4d)

Je zufriedener eine Person mit ihrer Pflege (Bereichszufriedenheit Pflege) ist, desto höher ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 4e)

Je zufriedener eine Person mit ihrer Pflege (Bereichszufriedenheit Pflege) ist, desto niedriger ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 4f)

Je zufriedener eine Person mit ihrer Pflege (Bereichszufriedenheit Pflege) ist, desto höher ist ihr Glücksgefühl.

Das Pflegegeld soll als objektive Maßzahl für den Verlust körperlicher, geistiger und seelischer Funktionsfähigkeiten gesehen werden. Nur bei gravierenden körperlichen oder seelischen Veränderungen wird in Österreich Pflegegeld gewährt (siehe Kapitel 6). Bei Frauen ist die Wahrscheinlichkeit pflegebedürftig zu werden höher als bei Männern. Frauen leben im Vergleich zu Männern länger, sind jedoch auch länger krank und pflegebedürftig und nehmen auch häufiger Sozial- und Gesundheitsleistungen in Anspruch. (Wolfinger 2006: 117-128)

7.3.2.3. Wohnort: Privathaushalt oder Altersheim

Die hier formulierten Hypothesen richten sich nach den gängigen Alterstheorien. Die Theorien besagen, dass Menschen im Altersheim nicht selbständig agieren können und ihr Wohlbefinden dadurch beeinträchtigt ist. (Tews 1971, Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994)

Hypothese 5a)

Wenn weibliche Personen in einem Altersheim leben, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 5b)

Wenn weibliche Personen in einem Altersheim leben, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 5c)

Wenn weibliche Personen in einem Altersheim leben, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

Hypothese 5d)

Wenn eine Person mit ihrer Wohnsituation zufrieden ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 5e)

Wenn eine Person mit ihrer Wohnsituation zufrieden ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 5f)

Wenn eine Person mit ihrer Wohnsituation zufrieden ist, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Das Altersheim genießt in der Bevölkerung nur geringes Ansehen. (Lehr 1970 in Tews 1971: 272f) Ist diese negative Sichtweise auch für die untersuchte Stichprobe zutreffend? In der vorliegenden Studie handelt es sich um eine spezielle Wohnform des Altersheimes. Es wurden die „**Pensionistenwohnhäuser der Stadt Wien**“ untersucht. Sie werden „Häuser zum Leben“ genannt.

7.3.3. Gesundheitszustand

Der aktuelle Gesundheitszustand (objektiver und subjektiver Gesundheitszustand) hat einen großen Einfluss auf die Lebensqualität. Im engen Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand steht eine eingeschränkte körperliche Mobilität, die durch Funktionsverluste hervorgerufen wurde. Bei **Hochaltrigen** gewinnt dieser Bereich mit zunehmender Altersstufe immer mehr an Bedeutung.

7.3.3.1. Anzahl der Krankheiten

Hypothese 6a)

Je höher die Anzahl der Krankheiten (Krankheitsindex) einer Person ist, desto niedriger ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 6b)

Je höher die Anzahl der Krankheiten (Krankheitsindex) einer Person ist, desto höher ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 6c)

Je höher die Anzahl der Krankheiten (Krankheitsindex) einer Person ist, desto niedriger ist ihr Glücksgefühl.

Die Anzahl der Krankheiten gibt über den objektiven Gesundheitszustand einer Person Auskunft.²⁷

In der vorliegenden Studie nennen fast die Hälfte der alten Menschen mehrere chronischen Krankheiten, die meist gleichzeitig nebeneinander auftreten. Für die durchgeführte Untersuchung ist relevant, inwiefern sich die Anzahl der Krankheiten darauf auswirkt, ob sich die Menschen zufrieden, nicht einsam oder glücklich einschätzen.

Hypothese 6d)

Je schlechter eine Person hört, desto niedriger ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 6e)

Je schlechter eine Person hört, desto höher ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 6f)

Je schlechter eine Person hört, desto niedriger ist ihr Glücksgefühl.

7.3.3.2. Subjektiver Gesundheitszustand

Hypothese 7a)

Wenn bei einer Person die Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes schlecht ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 7b)

Wenn bei einer Person die Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes schlecht ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 7c)

Wenn bei einer Person die Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes schlecht ist, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

²⁷ Objektiv heißt in dieser Studie, dass ein Arzt eine Krankheit diagnostizierte.

Den angeführten Hypothesen liegen die Annahmen zugrunde, dass subjektives gesundheitliches Wohlbefinden nicht gleichzusetzen ist mit objektiver Gesundheit. Die objektiven Funktionsverluste der Organe werden von den betreffenden Personen oft nicht so gravierend eingeschätzt. (Gerok und Brandstätter in Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994)

Laut einer Registerzählung der Statistik Austria²⁸ sinkt mit steigendem Alter die Tendenz sich subjektiv gesund zu fühlen. Der Gesundheitsbericht 2008/2009 zeigt, dass das männliche Geschlecht den Gesundheitszustand besser einschätzt als das weibliche Geschlecht.

Bei der Altersgruppe 75+ schätzen aufgrund der Gesundheitsbefragung 2006/2007 18 % der Männer und 17 % der Frauen ihren subjektiven Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht ein. ([www.statistik.at/.../stat\(istiken/.../gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.html\)](http://www.statistik.at/.../stat(istiken/.../gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/index.html))

Die Analysen überprüfen, ob der subjektive Gesundheitszustand eine entscheidende Einflussgröße für Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück bedeutet.

7.3.4. Selbstkompetenz und Funktionsfähigkeit

Im Bereich „Selbstkompetenz und Funktionsfähigkeit“ werden jene Einflüsse beobachtet, die ein gewisses Maß an Eigenverantwortung des einzelnen Individuums beinhalten. Dazu gehören Selbständigkeit im Lebensalltag, soziale Kontakte und Aktivitäten. Hier kann die einzelne Person die Lebensqualität aktiv beeinflussen.

7.3.4.1. körperliche Funktionsverluste

Hypothese 8a)

Wenn eine Person körperliche Funktionsverluste erleidet, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 8b)

Wenn eine Person körperliche Funktionsverluste erleidet, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

²⁸ Registerzählung vom 31.10.2006

Hypothese 8c)

Wenn eine Person körperliche Funktionsverluste erleidet, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.
In der Gesellschaft herrscht großteils die Annahme vor, dass bei alten Menschen körperliche Funktionsverluste vorliegen. Mobilität wird „... im hohen Alter immer mehr zu einem Bestandteil der grundlegenden Alltagskompetenz im Sinne von sich Bewegen, Gehen und Treppensteigen.“ (Amann & Reiterer 2006 in Hörl & Kolland & Majce 2008: 208) Im Hochaltrigenbericht (2008) wird festgestellt, dass 27 % der Frauen und 34 % der Männer in der Altersgruppe 75plus Gehhilfen wie Stöcke oder Krücken verwenden. Inwieweit stimmen diese Vermutungen mit dem hier vorliegenden Datenmaterial überein?²⁹

7.3.4.2. Selbständigkeit

Im Alter kompetent fühlen heißt einerseits den Lebensalltag selbständig zu bewältigen und andererseits **soziale Anerkennung** durch Kontakte zu bekommen³⁰. (Fisher 1973 in Kolland 1996: 71)

Hypothese 9a)

Wenn eine Person selbständig das tägliche Leben bewältigt, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 9b)

Wenn eine Person selbständig das tägliche Leben bewältigt, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 9c)

Wenn eine Person selbständig das tägliche Leben bewältigt, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Hypothese 9d)

Wenn Frauen Hilfe beim Waschen und Duschen brauchen, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 9e)

Wenn Frauen Hilfe beim Waschen und Duschen brauchen, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

²⁹ Geistige und psychische Veränderungen wurden in dieser Studie nicht untersucht.

³⁰ Die sozialen Kontakte müssen auch verinnerlicht werden um die Lebensqualität zu verbessern.

Hypothese 9f)

Wenn Frauen Hilfe beim Waschen und Duschen brauchen, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

Alte Menschen wollen nicht auf fremde Hilfe angewiesen sein. Je älter sie werden, desto schwieriger gestaltet sich ihre Selbständigkeit im Lebensalltag. Inwiefern beeinflusst die Abhängigkeit von fremder Hilfe die Selbsteinschätzung der Lebensqualität?

7.3.4.3. Soziale Kontakte

Alte Menschen wollen ebenso wie jüngere soziale Anerkennung und sozialen Einfluss haben. „Anerkennung wird jedenfalls über soziale Beziehungen vermittelt.“ (Kolland 1996: 71)

Dieser Wunsch kann durch Kontakte mit Verwandten, Bekannten, Freunden und durch nachbarschaftliche Kontakte befriedigt werden.

Hypothese 10a)

Wenn eine Person mindestens einmal wöchentlich soziale Kontakte hat, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 10b)

Wenn eine Person mindestens einmal wöchentlich soziale Kontakte hat, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 10c)

Wenn eine Person mindestens einmal wöchentlich soziale Kontakte hat, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Hypothese 10d)

Je mehr eine Person mit ihren sozialen Kontakten zufrieden ist, desto höher ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 10e)

Je mehr eine Person mit ihren sozialen Kontakten zufrieden ist, desto niedriger ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 10f)

Je mehr eine Person mit ihren sozialen Kontakten zufrieden ist, desto höher ist ihr Glücksgefühl.

Die alten Menschen wollen getrennt von den Kindern leben, aber weiterhin Kontakte pflegen. (Rosenmayr 2007: 89) Leopold Rosenmayr bezeichnet diese Vorliebe als „Intimität auf Abstand“. Je größer die Anzahl der Kontakte ist und je besser die Qualität der Kontakte von den Individuen selbst beurteilt wird, desto besser erscheint ihre Lebensqualität. Inwieweit wirkt sich in der vorliegenden Studie die Dimension „soziale Kontakte“ auf die Lebensqualität der Altersgruppe 75plus aus?

7.3.4.4. *Aktivität*

Höhere Lebensqualität zeigt sich bei jenen älteren Menschen, die bis ins hohe Alter aktiv bleiben. Kann diese These für die vorliegende Dissertationsstudie ebenfalls nachgewiesen werden? (Kolland 1996)

Hypothese 11a)

Je mehr Aktivitäten eine Person ausübt, desto höher ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 11b)

Je mehr Aktivitäten eine Person ausübt, desto niedriger ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 11c)

Je mehr Aktivitäten eine Person ausübt, desto höher ist ihr Glücksgefühl.

Hypothese 11d)

Wenn eine Person mit ihren Aktivitäten zufrieden ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 11e)

Wenn eine Person mit ihren Aktivitäten zufrieden ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 11f)

Wenn eine Person mit ihren Aktivitäten zufrieden ist, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

7.4. Operationalisierung

Zur Operationalisierung der Hypothesen H1 bis H11 werden sowohl Fragen aus dem Fragebogen der Share Studie Welle 2 als auch Fragen der Berliner Altersstudie zum Zeitpunkt 4 verwendet.

Wolfgang Schulz entwickelte ein Modell für die Messung von Overalllebensqualität anhand der Konzepte Zufriedenheit, Glück und Wohlbefinden. (Schulz 2007)³¹ In der vorliegenden Arbeit wurde das Modell modifiziert und Wohlbefinden durch „ nicht einsam sein“ (soziale Integration) ersetzt.

Einige Altersstudien beschreiben die Einsamkeit als einen wichtigen Aspekt der Lebensqualität. (Bolsa Studie, Berliner Altersstudie, Share Studie) Glatzer und Zapf verbinden Einsamkeit mit Anomiesymptomen wie Machtlosigkeit und Sinnlosigkeit. (Glatzer & Zapf 1984)

Eine Variablenliste befindet sich im Anhang. Es werden objektive Lebensumstände und subjektiv empfundene Lebensqualitäten dabei beachtet.

7.4.1. Lebensqualitätsmessung

Die Lebensqualität wird durch die Konzepte Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück gemessen.

7.4.2. Zufriedenheit

Die Zufriedenheit wird in der eigenen Studie mittels folgender Fragen gemessen:

Im Großen und Ganzen sind sie derzeit zufrieden oder unzufrieden mit Ihrem Leben ? (1a)

Als Zusatzfrage werden die Gründe für „zufrieden sein“ und „nicht zufrieden sein“ erfragt.

Warum fühlen sie sich zufrieden? (1b)

Warum fühlen sie sich unzufrieden? (1c)

Als Vorlage dienen Kategorien aus der Base Studie bzw. Share Studie und Schulz Studie (1983). Die Befragten können als Hauptgrund für Zufriedenheit eine der folgenden Kategorien nennen: Gegenseitige Hilfe durch Partnerschaft, gute Gesundheit, religiöser Glaube, gute Versorgung im Pensionistenheim, Hilfe durch Sohn, Hilfe durch Tochter, gute Betreuung durch Freunde, gute Betreuung durch Nachbarn, zufrieden durch die Leistungen des Sozialstaates, Unterstützung durch Heimhilfe, Hilfe durch weitere Familienangehörige und Selbständigkeit im Alltag.

³¹ 2007 erfolgten Untersuchungen von Wolfgang Schulz im Rahmen eines Forschungslabors.

Die Befragten können als Hauptgrund für Unzufriedenheit eine der folgenden Kategorien nennen.

Als Gründe für Unzufriedenheit können schlechte Partnerschaft, Krankheit, Überlastung durch Hausarbeit, wenig Hilfe durch den Sozialstaat, schlechte Betreuung im Pensionistenwohnheim oder Pflegeheim, Tod des Partners und Unselbständigkeit angegeben werden.

In den Bereichen Haushalt, Körperpflege, Pflege, Kontakte, Wohnort, Freizeit und Haushaltseinkommen wird die Bereichszufriedenheit gemessen³²: Die Bereichszufriedenheit wurde in der Lebensqualitätsstudie von Schulz (2007), in der Base Studie und in der Share Studie durch Zusammenhänge mit den verschiedenen Lebensbereichen ermittelt.

In der vorliegenden Studie kamen folgende relevanten Fragen zur Anwendung:

Ich bin zufrieden mit meiner Selbständigkeit in der Haushaltsführung (v2j).

Ich bin zufrieden mit meiner Selbständigkeit in der Körperpflege (v5p).

Ich bin zufrieden mit der Pflege, die ich erhalte (v5qu).

Ich bin zufrieden mit meinen sozialen Kontakten (v13t).

Ich bin zufrieden mit meiner Wohnqualität (v15o).

Ich bin zufrieden mit meinem Haushaltseinkommen (v15p).

Ich bin zufrieden mit meinen Freizeitaktivitäten (v16r).

Es kommen die Kategorien 1=sehr zufrieden, 2= zufrieden, 3= teilweise zufrieden, 4= wenig zufrieden, 5= überhaupt nicht zufrieden und 6= keine Antwort zur Anwendung. Dies entspricht einer ordinalen Skalierung.

7.4.3. Einsamkeit

Sowohl die Base Studie als auch die Share Studie verwenden Fragen zur Einsamkeit im Alter. Die subjektive Einsamkeit wird in dem hier vorliegenden Forschungsprojekt mit folgender Frage gemessen:

„Fühlen sie sich derzeit einsam oder fühlen sie sich derzeit nicht einsam?“(8a)

Die Antwortmöglichkeiten können in Werten von 1-10 angegeben werden, wobei 1 „sehr einsam“ und 10 „überhaupt nicht einsam“ bedeutet. Diese Frage alleine zu stellen wäre nicht

³² Wolfgang Schulz führte 2007 mit seinen Studentinnen und Studenten eine Lebensqualitätsforschung durch. In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls die Bereichszufriedenheiten für Arbeit, Wohnen, Partnerschaft und Gesundheit abgefragt. Als Literatur dient eine unveröffentlichte Seminararbeit für die Übung „Forschungspraktikum“.

sinnvoll, es wird jedoch gleichzeitig gebeten entweder in Punkt 8b) den Hauptgrund für Einsamkeit (nominal), oder in 8c) (nominal) den Hauptgrund für nicht einsam sein, zu nennen.

Die Befragten können als Hauptgrund für Einsamkeit eine der folgenden Kategorien nennen: Ein kranker Partner, die eigene Krankheit, kein Kontakt zur Familie, ein verstorbener Partner, keine Freunde, keine Nachbarn, ich habe keine Familie, ich fühle mich leer, mir ist langweilig und Verwitung.

Die Befragten können als Hauptgrund für „nicht einsam sein“ eine der folgenden Kategorien nennen:

Ich habe einen Partner, ich habe Freunde, ich glaube an einen Gott, ich habe Kontakt zu meiner Tochter, ich habe Kontakt zu meinem Sohn, ich pflege Kontakte zu weiteren Familienmitgliedern, ich pflege Kontakte zu anderen Heimbewohnern, ich habe Kontakte zum Pflegepersonal, ich übe Hobbys aus und ich bin ehrenamtlich tätig.

Es wird des Weiteren eine neue dichotome Variable konstruiert, wobei die Werte 1-5 als einsam und die Werte 6-10 als nicht einsam zusammengefasst werden.

7.4.4. Glück

In der eigenen Untersuchung wird Glück folgendermaßen gemessen:

„Fühlen sie sich derzeit unglücklich oder fühlen sie sich derzeit glücklich?“ (v18a)

Die Antworten können auf einer Skala von 1-10 angegeben werden, wobei 1 unglücklich und 10 sehr glücklich bedeutet. In zwei Zusatzfragen werden die eigenen Vorstellungen über Glückszustände und Unglückszustände mittels offener Frage gemessen.

„Wollen Sie mir bitte den Grund nennen, warum sie sich glücklich fühlen?“ (v18b)

„Wollen Sie mir den Grund nennen, warum sie sich unglücklich fühlen?“ (v18c)

Die Häufigkeit nach Glücksgefühlen wird mit der Frage „An wie vielen Tagen hatten sie im letzten Monat Glücksgefühle?“ (18d) gemessen, wobei die Anzahl der Tage anzugeben ist.

Die Befragten können als Hauptgrund für Glück eine der folgenden Kategorien nennen: Stetige Lebensfreude, Liebe zum Partner oder zu den Kindern, ich habe meine Lebensziele erreicht, Glück durch Aktivität und Kreativität, ich bin nach einer schweren Krankheit wieder gesund geworden und ich entdeckte neue Fähigkeiten an mir.

Menschen interessieren sich für neue Dinge, für die sie erst im Alter Zeit finden. Sie erlernen zum Beispiel eine neue Sprache oder absolvieren einen Computerkurs. Ein 90-jähriger Mann erzählt, dass er jahrelang seine schwer kranke Frau pflegte. Als diese verstarb, suchte er nach einer neuen Betätigung. Er kaufte sich einen Laptop und besuchte einen EDV Kurs in einer Volkshochschule. Diese neue Fähigkeit macht ihm viel Spaß.

Er archiviert nun sein gesamtes Photomaterial und wird damit eine längere Zeit beschäftigt sein.

Im Gegensatz zum Glück stehen Unglücksgefühle, die durch folgende Kategorien gekennzeichnet sind:

Wenig Lebensfreude, unerreichte Ziele, plötzliche schwere Krankheit³³, kranker Partner, Verlusterlebnis, Depression, Hilflosigkeit, Traurigkeit, Konflikt mit Partner oder Familienmitgliedern.

7.5. Untersuchungsplanung und Vorbereitung der Erhebung

In der explorativen Phase der Untersuchung werden zehn narrative Interviews mit über 75-jährigen Personen geführt, um im Anschluss daran einen strukturierten Fragebogen mit offenen und geschlossenen Fragen entwickeln zu können. Beim narrativen Interview gibt der Interviewer „...nur einleitend eine Themenstellung vor und ermuntert in nicht direkter Weise zur Erzählung.“ (Diekmann 2005: 449) Außerdem werden Beobachtungen im Privathaushalt, im Altersheim und im Pflegeheim durchgeführt. Es wird über diese Beobachtungen ein Protokoll geführt. Als Untersuchungsmethoden dienen somit das qualitative Interview, das quantitative Interview und Beobachtungen. Diese Methodenauswahl wird als Triangulation bezeichnet. (Kelle 2008: 49f)

Die meisten internationalen Untersuchungen beginnen bei einem Alter von 50+ (60+) und enden spätestens mit dem 75. Lebensjahr. Die eigene Erhebung startet mit dem Alter 75+, wobei das Hauptaugenmerk auf Hochbetagte (80+) gerichtet ist. Die Daten werden im eigenen Datensatz angelegt. Bei den in der Voruntersuchung getesteten Personen weisen alle leicht beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten auf, keine einzige Person wird als stark dement eingestuft. Dieser Test wird in anderen Studien bereits bei Personen ab 40 Jahren durchgeführt.

³³ Auftreten einer Krebserkrankung

Es werden mit drei Frauen und drei Männern, die in einem Privathaushalt leben (jede Person aus einer Altersgruppe), mit 3 Frauen, die im Altersheim wohnen und einer Frau, die im Pflegewohnheim betreut wird, in ungezwungener Atmosphäre Gespräche geführt.

Die Gespräche werden in der Privatsphäre, also in vertrauter Umgebung ohne Beisein von anderen Personen geführt. Die Besuche werden mindestens eine Woche vorher angekündigt und die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner wissen, dass die Befragung ihren Lebensalltag behandelt. Mobiltelefone werden ausgeschaltet, Fernseh- und Radiogeräte leiser gestellt und wenn möglich abgeschaltet. Die Gespräche werden mithilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet und nachher transkribiert.

Die Fragen lauten

- *Bitte erzählen Sie ihren gestrigen Tagesablauf?*
- *Sind Sie zufrieden, nicht einsam und glücklich in ihrem Leben?*

Die Themen „Tagesablauf? Unzufrieden? Zufrieden? Einsam? Nicht einsam? Unglücklich? Glücklich?“ werden auf eine Schiefertafel geschrieben, die zum Interview mitgebracht wird. Die alten Menschen sprechen offen über ihren Lebensalltag. Der Tagesablauf verläuft je nach Wohnsituation im Privathaushalt, im Altersheim und im Pflegeheim unterschiedlich. Die qualitativen Gespräche bringen Erkenntnisse, welche Aspekte der Lebensqualität für die Altersgruppe 75+ in der untersuchten Population von Bedeutung sind. Bereits nach den ersten Interviews ist klar, dass positive Lebensqualität im Alter hauptsächlich mit „Selbständigkeit und Unabhängigkeit im Alltag“ und negative Lebensqualität mit „Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit und Inanspruchnahme von Hilfe“ im Zusammenhang stehen. Die Interviewsituation ist in den institutionellen Einrichtungen ähnlich wie im Privathaushalt, da alle Befragten ein Einzelapartment bewohnen. Die Interviews erfolgen im persönlichen Wohnbereich.

7.6. Konstruktion des Erhebungsinstrumentes (Fragebogen)

Im Anschluss an die zehn qualitativen Interviews und den Beobachtungen im Altersheim, im Pflegeheim und im Privathaushalt wird ein Fragebogen erstellt. Die Themenbereiche, die in den Fragebogen aufgenommen werden, ergeben sich einerseits anhand der Fragebögen aus den Vergleichsstudien (Berliner Altersstudie und Share Studie) und wurden andererseits

anhand der Hinweise aus den qualitativen Interviews modifiziert. Die Themengebiete sind demographische Größen, Haushaltstätigkeiten, Körperpflege, Religion, Funktionsfähigkeit, subjektiver Gesundheitszustand, Krankheit und Gebrechen, körperliche und geistige Mobilität, soziale Kontakte, Rollenverteilung, Gewalt im Alltagsleben und Freizeitaktivitäten. Es soll ermittelt werden, inwiefern sich die angeführten Themenbereiche auf die Lebensqualitätsparameter Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück auswirken.

Die Methode des persönlichen Interviews, der Face to Face Befragung wird ausgewählt, da eine schriftliche oder telefonische Befragung bei der vorliegenden Zielgruppe nicht angemessen und nicht durchführbar erscheint. 130 Probandinnen und Probanden werden in ihren Privatwohnungen beziehungsweise Einzelappartements interviewt. Die Fragen werden von Studentinnen und Studenten der Soziologie gestellt und die jeweiligen Antworten werden sofort auf dem Fragebogen eingetragen und kodiert.

Die Interviews im Pensionisten- und Pflegeheim werden ebenso auf Eigeninitiative der Befragten durchgeführt, wobei es den Befragten ein Anliegen ist an einer wissenschaftlichen Arbeit teilzunehmen. Die Interviews werden im persönlichen Umfeld (Privatwohnung oder Privatappartement im Altersheim oder Pflegeheim) der befragten Personen in einer entspannten Atmosphäre durchgeführt.

Die Menschen sind besonders an der Befragung interessiert, da sie ihre Lebenssituation präsentieren können. Die Probandinnen und Probanden sind teilweise sehr überrascht, dass ein Interesse an den Problemen alter Menschen in der Gesellschaft besteht.

Wenn alte Menschen nicht zu sehr durch Funktionsabbau eingeschränkt sind, dann beantworten sie Interviews lieber als jüngere. Es bietet sich für sie ein „willkommener Anlass zur sozialen Interaktion und zur narrativen Selbstpräsentation.“ (Amann & Kolland 2008: 168)

Leute die Angst haben, dass ihre Antworten veröffentlicht werden, sollen nicht an der Befragung teil nehmen. Daher ist die eigene Entscheidung Interviewfragen beantworten zu wollen sehr wichtig, denn sonst könnte es zu einer verdeckten Verweigerung kommen. (Kelle & Niggemann & Metje in Amann & Kolland 2008: 182) Es werden bei Kelle & Niggemann & Metje die Probleme bei Befragungen in der stationären Altenpflege angesprochen.

Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner der für die Dissertation durchgeführten Studie in Wien (2009) verlebten ihre Jugend größtenteils in Armut in der Zwischenkriegszeit (Geburtsjahrgänge 1914-1934) und dies mag ein Grund dafür sein, dass sie ihr Leben heute als zufrieden beschreiben. Einige wenige Personen wurden bereits während des

1. Weltkrieges geboren. Befragungen bei Hochaltrigen sind heikel, da es sich um eine sensible Gruppe handelt und es ab einem gewissen Alter schwierig ist, Personen zu finden, die die Fragen auch exakt verstehen. Eine Vollerhebung wäre daher ungeeignet, da man Personen benötigt, die die Fragen auch beantworten können und wollen. Die Interviews dauern durchschnittlich zwei bis drei Stunden, sie werden ohne Zeitdruck durchgeführt. In Auftrag gegebene Interviews würden in dieser Art viel zu teuer kommen.

Die Interviewpartnerinnen und Partner befinden sich in einer körperlichen und geistigen Verfassung, die es erlaubt, mit den betreffenden Menschen eine strukturierte Befragung (mündliche Fragebogenbefragung) durchzuführen. Da die Betroffenen auskunftsfähig und auskunftswillig sind und die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen schon im Vorhinein informiert werden, dass die Interviews ungefähr zwei Stunden dauern werden, kommt es zu keinen Verweigerungen.

Der Fragebogen wird zuerst an jüngeren Personen getestet.

Dann werden weitere Pretests in den verschiedenen Altersgruppen durchgeführt. Die Fragen werden in allen Altersgruppen gut verstanden und so können die standardisierten Befragungen beginnen. Um genaue Auskünfte zu bekommen, wird der Fragebogen, obwohl er sehr lang ist, nicht gekürzt.

7.7. Stichprobenauswahl

In dieser Studie handelt es sich um keine repräsentative Stichprobe. Befragungen von hochaltrigen Personen erweisen sich meist als besonders schwierig. Neben der Voraussetzung der Auskunftsfähigkeit und Auskunftswilligkeit erschweren es die Lebensumstände Hochaltriger direkten Kontakt zu diesen Personen aufzunehmen.

Als Methode der Stichprobenauswahl wird das Schneeballverfahren gewählt. Ich interviewe als erste Person eine Nachbarin von mir, die ich nur flüchtig kenne. Diese vermittelt wieder einen Interviewpartner und so geht die Reihenfolge weiter. Das Schneeballverfahren erscheint für Hochaltrige als besonders sinnvoll. Befragungen bei der Altersgruppe 75+

erweisen sich als kompliziert. Das „Schneeballverfahren“ ergab sich als geeignetes Auswahlverfahren, da es für eine Einzelperson schwierig ist Zugang zu 130 hochaltrigen Personen, die in Privathaushalten, im Altersheim und im Pflegeheim leben, zu finden. Das Erscheinen wird bereits eine Woche vorher angekündigt und die Personen werden darüber informiert, dass eine Forschungsarbeit im Rahmen eines Studiums an der Universität Wien durchgeführt wird. Die alten Menschen wissen, dass das Gespräch mittels Tonband aufgenommen wird. Nach den ersten Sätzen haben sie die Existenz des Geräts bereits vergessen.

Manche alte Menschen sind misstrauisch gegenüber nicht bekannten Personen und es sind in dieser Altersgruppe bereits viele Menschen an Demenz oder an Alzheimer erkrankt. Studien sprechen von einer Erkrankungsrate ab 75 Jahren von 20%. Bei den 90Jährigen steigt dieser Prozentsatz sogar auf 50% an. (Bericht Friedrich Ebert Stiftung 2008) Daher ergibt sich das Problem, ob die Menschen die Fragen auch richtig verstehen werden.

Die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner stellen sich freiwillig zur Verfügung. Auch im Altersheim werden die Interviews im Schneeballverfahren durchgeführt, also nicht über die Heimleitung angeordnet und so wurde das Problem der sozialen Erwünschtheit eingeschränkt. Durch diese Befragungsart ergeben sich Vorteile gegenüber einer Tür- zu Tür Befragung. Dadurch lassen sich folgende Probleme vermeiden:

- Wer ist zu Hause?
- Zu welcher Tageszeit?
- Personen mit eingeschränkter Mobilität sind eher zuhause.

Jede und jeder der befragten Personen gibt auf alle Fragen des standardisierten Fragebogens eine Antwort. Manchmal muss die Frage ein zweites Mal wiederholt werden.. Es handelte sich um geschlossene und offene Fragen. Im folgenden Abschnitt werde ich den Datensatz näher erläutern.

In der vorliegenden Stichprobe werden 130 hoch betagte Menschen (n = 130) im Alter von 75-95 Jahren in Wien befragt (2009). Es handelt sich um 52 Männer und 78 Frauen, die 75 Jahre und älter sind, in einem der 23 Bezirke von Wien wohnen und die nicht unter sichtbar erkennbaren schwerwiegenden körperlichen, psychischen, sozialen oder seelischen Krankheiten leiden. Schwerkranke Personen melden sich nicht für diese Studie. Leichte geistige Beeinträchtigungen sind in dieser Altersstufe schon erkennbar und der Regelfall.

Alle Männer im vorliegenden Datensatz wohnen in einem Privathaushalt. Unter Privathaushalt versteht man in dieser Studie einen Einpersonen- oder Zweipersonenhaushalt. Die Wohnungen befinden sich in Gemeindebauten, Genossenschaftsbauten, Eigentümshäusern, Mietzinshäusern oder in Privatwohnhäusern. 19 Personen wohnen in Institutionen, wobei vierzehn Frauen in einem Altersheim und fünf Frauen in einem Pflegeheim leben. Sie bewohnen dort ein Einzelappartement.

Nach der Befragung werden den Personen willkürlich Namen zugeordnet, um eine Benennung in der Studie zu ermöglichen. Im Anhang befindet sich eine Tabelle, wo Namen³⁴, Alter, Haushaltseinkommen, Familienstand, ehemaliger Beruf, Geschlecht, Wohnform und Wohnbezirk aufgelistet sind. Die geistige Präsenz wird bei allen Personen mit folgender Frage überprüft:

„Wie viele ihrer Nachbarn können Sie beim Familiennamen nennen?“

Es kann sich jede Person zumindest an einen Namen erinnern, es werden bis zu 25 Namen genannt. Manchmal ist ein längeres Überlegen nötig. Teilweise nennen die Befragten alle Bewohner im Wohnhaus beim Namen, denn manche wohnen schon seit ihrer Kindheit dort. Die Namen werden stichprobenweise anhand der Türschilder der Nachbarn oder durch Anläuten und ein kurzes Befragen derselben überprüft. Besonders überraschend ist, dass die Bewohner des Altersheimes fast alle Namen ihrer unmittelbaren Wohnnachbarn und Wohnnachbarinnen nennen können, die auf den gleichen Etagen wohnen.

Als weiterer Test werden die Probandinnen und Probanden ersucht, die Gegenstände, die sie im Zimmer sehen, zu benennen. (Gatterer & Croy 2000)

³⁴ Die Namen wurden frei erfunden.

7.8. Qualitative Interviews und Beobachtungen

Im Privathaushalt, im Altersheim und im Pflegeheim wurden Beobachtungen des Lebensalltags und qualitative Interviews durchgeführt.

7.8.1. Alltag im Privathaushalt

Der Großteil der Befragten lebt selbständig ohne fremde Hilfe in einer Privatwohnung. Viele Befragte wohnen in Gemeindebauten. Diese Wohnhäuser wurden großteils in der Zwischenkriegszeit erbaut. Die Mietwohnungen befinden sich oft in Wohnhäusern, die um 1900 erbaut wurden und die Eigentumswohnungen stammen meist aus den 60er bis 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts. Wenn die alten Menschen eigene Privatwohnhäuser bewohnen, dann sind diese in den Außenbezirken Wiens angesiedelt und wurden großteils selbst erbaut.

Bei einigen Personen kommt einmal in der Woche eine Haushaltshilfe.

Manche alte Menschen werden regelmäßig durch eine Heimhilfe bei der Hausarbeit, bei der Körperpflege und außerhäuslichen Tätigkeiten unterstützt.

Heimhilfe wird von Organisationen wie dem Hilfswerk, der Volkshilfe, dem Roten Kreuz und der Caritas angeboten. Der „Fonds Soziales Wien“ organisiert und koordiniert zum Beispiel Unterstützungsmöglichkeiten für Privathaushalte. Durch die Hauskrankenpflege in Wien können alte Menschen sehr lange zuhause betreut werden.

Diese Organisation stellt zuerst den Bedarf fest, der sich nach der Gewährung der Pflegestunden richtet, und teilt dann die entsprechenden Fachkräfte für die Haushalte ein. In den Wartezimmern der praktischen Ärzte ist ein Informationsplakat mit einer Telefonnummer ausgehängt, wo die alten Menschen Auskünfte über Pflegegeld, Betreuung in der eigenen Wohnung, Zuschüsse und finanzielle Unterstützung erhalten können.³⁵

In Privathaushalten sind die meisten alten Menschen mit ihrem Leben zufrieden, sie haben jedoch Angst einmal ihre Wohnung verlassen zu müssen und auf Pflege angewiesen zu sein.

³⁵ Pflegenotruf Telefonnummer: 0800201622. Bei Anruf wird man sofort an die zuständige Stelle weiter geleitet.

Sie erklären: „*Es soll nicht schlechter werden als es jetzt ist.*“ Es wird in den Interviews die Haltung vieler Menschen bestätigt, lieber keine Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen, als sich von anderen Personen abhängig zu machen. (Hörl & Kolland & Majce 2008)

Der 90-jährige Herr Rudi erzählt:

„Ich möchte lieber alles selber machen, das Altersheim kann auf mich noch etwas warten. Bis vor einigen Jahren waren meine Frau und ich noch monatelang mit dem Wohnwagen unterwegs. Zuerst in der Türkei und in Frankreich, zuletzt mehr in Oberösterreich. Ich will meine Selbständigkeit nicht aufgeben. Ich bin mit meinem Leben zufrieden, da ich geistig und körperlich immer noch fit bin. Wenn man keinerlei Interessen mehr hat, dann fühlt man sich einsam und alleine.

Mittlerweile haben wir eine slowakische Pflegerin, die uns als 24 Stunden Hilfe unterstützt. Solange uns diese Helferin zur Verfügung steht, möchten wir nicht ins Altersheim umziehen.“

Frau E. (86 Jahre) bewohnt mit ihrem 89-jährigen Gatten eine Gemeindewohnung. Sie berichtet über den gestrigen Tag:

- 07:00 Aufstehen, Blutzucker des Gatten messen und dem Gatten Insulin spritzen.
- 07:30 Frühstück zubereiten und essen (meistens zwei Butterbrote mit Milchkaffee).
- 08:15 Im Schlafzimmer Betten richten, lüften und Morgentoilette verrichten.
- 09:00 Hausarbeit bis 10h erledigen.
- 10:00 Obstteller herrichten, Obst essen, dann einkaufen gehen.
- 11:00 Rückkehr und Postkasten ausleeren. Post anschauen, kochen.
- 12:00 Mittagessen.
- 12:15 1 Stunde Mittagsrast.
- 13:15 Geschirr abwaschen.
- 14:00 Fernsehen.
- 15:00 Kaffeejause.
- 17:00 Für den Abend eine Suppe kochen.
- 18:00 Zeitung lesen, Nachtmahl essen, Geschirr abwaschen.
- 19:00 Medikamente einnehmen, anschließend fernsehen.
- 20:00 Körperpflege, Abendtoilette verrichten, schlafen gehen.

Frau E. bewohnt mit ihrem Gatten eine Gemeindewohnung im 20. Bezirk. Die Wohnung

befindet sich im 4. Stock. Der Aufzug bleibt im Halbstock stehen und bis zur Wohnungstür sind noch 9 Stufen zu gehen. Die Wohnung besteht aus drei Zimmern, Küche und Nebenräumen. Sie ist zirka 55 m² groß. Das Vorzimmer ist sehr klein und an der Garderobe hängen einige Kleidungsstücke. Auf einem schmalen Kästchen steht ein Telefon und daneben liegt ein etwas vergilbter Zettel mit Telefonnummern. Frau E. erklärt, dass einige Nummern nicht mehr aktuell sind, da die betreffenden Personen bereits verstorben sind. In der Küche hängt eine Uhr, auf der noch die Winterzeit eingestellt ist.

Die meiste Zeit des Tages wird im Wohnzimmer verbracht.

Das Fernsehgerät läuft fast den ganzen Tag und wird auch während des Interviews nicht abgeschaltet. Der Gatte von Frau E. ist schwerhörig und fernseht trotzdem fast den ganzen Tag. Er setzt Kopfhörer auf.

Im Bad steht eine neue Waschmaschine, die laut Frau E. nicht benützt werden kann, da es Probleme mit dem Abfluss gibt. Frau E. wäscht in der hauseigenen Waschküche, die sich auf einer Nebentriege befindet. 2mal im Monat hat sie einen Washtag und dabei wird Frau E. von ihrem Sohn unterstützt. Außerdem hilft ihr Sohn beim wöchentlichen Einkauf.

Zusammenfassend zeigen die Beobachtungen, dass die Privatwohnungen der Befragten durchschnittlich zwei bis drei Räume aufweisen. Bad und Toilette befinden sich innerhalb der Wohnungseinheit. Die meisten Wohnungen sind nicht altersgerecht ausgestattet und es gibt viele Mängel in Privathaushalten: Keine Aufzüge in den Häusern, keine rutschfesten Teppiche, keine Hebelvorrichtungen in Bad und Dusche, keine Notrufbänder an den Handgelenken. Es wird oft auf Brillen, Hörgeräte und Gehhilfen verzichtet. In den Einfamilienhäusern mit oberem Stockwerk ist nur in einem Haus ein Treppenlift eingebaut. Bei einer verwitweten älteren Frau fällt auf, dass am Türschild der Vorname ihres bereits vor dreißig Jahren verstorbenen Gatten steht. Die Frau erklärt, dass sie sich in der heutigen Zeit so sicherer fühle, da fremde Personen glauben, ein Mann wohne im Haushalt.

7.8.2. Alltag im Altersheim („Häuser zum Leben“)

Laut Statistik Austria befinden sich 17 % der über 85 jährigen Frauen und 8 % der über 85 jährigen Männer im Alters- oder Pflegeheim³⁶. Das Altersheim wird verbunden mit

³⁶ (http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen)

„...weitgehender Unselbständigkeit, völlige Versorgung im Hinblick auf Essen, Reinigung der Zimmer, Pflegemöglichkeit bei Krankheit.“ (Tews 1971: 269)

In der Bevölkerung herrscht noch immer Angst vor dem Altersheim, es wird oft gleichgesetzt mit einem Altersasyl. „Der Mensch im Altersheim erscheint demnach als finanziell schwaches, zu bemitleidendes Wesen, ohne interpersonelle Beziehungen, von geringem Selbstwertgefühl, hilflos und gebrechlich.“ (Lehr 1970 in Tews 1971: 272f) Es herrschen in der Gesellschaft negative Vorstellungen und Erwartungen in Bezug auf das Leben im Altersheim vor.

Paul Baltes weist in seiner Studie ebenfalls darauf hin, dass Selbstpflege und Selbständigkeit im Altersheim vom Pflegepersonal unterbunden wird, auch wenn genügend Fähigkeiten bei den alten Menschen vorhanden sind.³⁷ (Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994: 142) Seit dem Entstehen der Berliner Altersstudie hat sich bereits einiges in der Altenpflege geändert. Diese These in der Berliner Altersstudie kann für Wien im Jahre 2011 für die vorliegende Stichprobe nicht mehr bestätigt werden.

Die Probandinnen und Probanden, die in Altersheimen wohnen, leben in Häusern des Kuratoriums der Wiener Pensionistenheime. Diese werden „Häuser zum Leben“ genannt. Es wurden Beobachtungen in verschiedenen Häusern durchgeführt. Den Ausdruck „Altersheim“ hören weder die Bewohnerinnen und Bewohner der „Häuser zum Leben“ gerne, noch die Heimleitung in diesen Häusern. Sie nennen ihre Wohnform Pensionistenwohnhäuser. Hans Peter Tews definiert Altenwohnheime als „...Appartements für ältere Personen in Häusern nur für ältere Personen, die noch rüstig sind und sich selbst versorgen können.“ (Tews 1971: 269) In den städtischen Altersheimen ist jedoch die Versorgung großteils durch die Institution gewährleistet.³⁸

Es leben ungefähr 9500 Wiener oder Wienerinnen in einem von 31 „Häusern zum Leben“. Der Männeranteil beträgt je nach Haus 10% -15%. (Experteninterview Qualitätsmanagement „Häuser zum Leben“ am 10.1.2011)

Die im Altersheim befragten Personen (in dieser Studie nur Frauen) sind in dem Sinn freiwillig ins Altersheim übersiedelt, dass sie zwar noch mit Unterstützung (bei Pflegestufe 2 – Hilfe beim Waschen und Einkaufen) in ihrer Privatwohnung alleine den Alltag bewältigen

³⁷ Margret Baltes unternahm zahlreiche Untersuchungen in Altersheimen bezüglich Selbstpflege. (Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994: 142)

³⁸ Die Mahlzeiten und die Reinigung des Appartements sind gewährleistet. Die Selbstpflege wird von den Insassen verlangt, etwaige Pflegeleistungen müssen extra bezahlt werden.

konnten, aber sich dennoch für die Übersiedlung ins Altersheim entschieden haben. Dies geschah auf Auskunft der Befragten, um bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes unabhängig von einer externen Betreuung durch die Familie und private Dienste, versorgt zu sein. Im Altersheim gibt es Strukturen, die die rechtlichen Rahmenbedingungen für alte Menschen schaffen (Heimaufenthaltsgesetz BGBl.I.Nr.11/2004). Die Würde und Selbstbestimmung des (der) Einzelnen muss gewährleistet sein.

Die Wohnungen in den „Häusern zum Leben“ sind altersgerecht und barrierefrei ausgestattet. Den Bewohnerinnen und Bewohnern stehen ein Wohnschlafraum, eine Kochnische und Nebenräume zur Verfügung. Das Mittagessen kann auf Wunsch im eigenen Wohnbereich eingenommen werden. In den „Häusern zum Leben“ soll man zumindest am gemeinsamen Frühstück teilnehmen. Vor dem Frühstückssaal hängt eine Tafel mit allen Zimmernummern.

Jede Hausbewohnerin und jeder Hausbewohner muss jeden Tag in der Früh vor dem Betreten dieses Raumes eine Kontrollmarke bei seiner Zimmernummer aufhängen. Sollte nach Ausgabe des Frühstücks ein Haken leer sein, wird in der Wohnung kontrolliert, ob jemand eventuell eine Hilfeleistung benötigt. Wenn aus gesundheitlichen oder privaten Gründen die Hausbewohnerinnen und Bewohner das Frühstück nicht im Frühstückssaal einnehmen wollen, dann können sie sich auch diese Mahlzeit ins Zimmer bringen lassen, müssen aber dafür extra bezahlen (derzeitiger Preis 4,20 € pro Frühstück).

Frau T. (88 Jahre), die bereits seit 15 Jahren in einem Altersheim der Stadt Wien („Häuser zum Leben“) lebt, schildert einen Tagesablauf folgendermaßen:

- 06:45 Aufstehen, Bett lüften und Fenster öffnen, Zähne putzen, waschen, eincremen, Augenbrauen nachziehen und anziehen.
- 07:30 Frühstück gehen in den großen Saal, anschließend Nachtmahl von einer Ausgabestelle holen.
- 08:15 In die Wohnung zurückkehren und Nachtmahl in den Eiskasten legen. Medikamente einnehmen, cirka 1/4 Stunde lang Morgengymnastik machen, teils im Bett und teils stehend. Das Bett zurecht richten und die Tagesdecke darüber legen.
- 09:00 Abstauben und Blumen gießen. Toiletteartikel wegräumen. Zeitung lesen und Kreuzworträtsel lösen.
- 10:00 Bei Schönwetter einen ausgiebigen Spaziergang machen.
- 11:00 Rückkehr und Postkasten ausleeren. Post anschauen. Tisch decken für das Mittagessen um cirka 11:30.
- 12:00 Benütztes Besteck und Glas abwaschen, Essenstablett in die Durchreiche stellen.
- 12:15 1 Stunde Mittagsrast
- 13:15 Lesen, Rätsel lösen oder Näharbeiten durchführen, je nachdem, was anfällt.
- 14:00 Bei Bedarf einkaufen.
- 15:00 Veranstaltung im großen Saal besuchen oder Nachmittagsprogramm im TV anschauen.
- 17:00 Nach den Nachrichten Abendessen und Tee kochen. Geschirr abwaschen und wegräumen.
- 18:00 Lesen oder fernsehen.
- 19:30 Medikamente einnehmen, Obst essen.
- 21:00 Körperpflege, Abendtoilette, Bett aufmachen und gut lüften.
- 21:30 Nachtruhe.

Frau U. konnte ihr Zimmer im Altersheim selbst einrichten. Aus ihrer Wohnung nahm sie eine Anrichte, einen Fernsehtisch mit Glasplatte und den Luster mit. Die andere Einrichtung kaufte sie neu. Früher lebte sie gemeinsam mit ihrem Ehemann im Altersheim, da standen

den beiden Personen zwei Räume zur Verfügung. Die Größe ihres derzeitigen Appartements beträgt ungefähr 35m².

Die Einrichtung besteht aus einem vierteiligen Kleiderkasten, einem antiken Sekretär, einem Bett in Komforthöhe mit dazugehörigen Nachtkästchen, einem Fernsehtisch mit Fernseher, einer Sitzgarnitur bestehend aus einer Zweierbank und zwei Fauteuils und einem in der Höhe und Länge verstellbaren Couchtisch. Dieser Tisch kann durch seine Flexibilität auch als normaler Esstisch dienen. Die Teppiche hat sie aus der alten Wohnung mitgenommen.

Außen am Kasten hängt auf einem Kleiderbügel ein buntes Kleid. Am Sekretär stehen drei Familienfotos. Auf einem Bild ist der verstorbene Gatte zu erkennen, das zweite Bild zeigt das Grab der Tochter, die bereits im Jahre 2000 verstorben ist. Das

3. Bild zeigt ein Foto, wo Frau U. gemeinsam mit ihrer Tochter zu sehen ist. Frau U. erklärt mir, dass es beim letzten gemeinsamen Urlaub in Kärnten entstanden ist und die Tochter zu diesem Zeitpunkt von ihrem Lungenkarzinom noch keine Ahnung hatte.

Einmal wöchentlich kommt eine Bedienerin. Sie putzt ungefähr eine halbe Stunde.

Außerdem ist Fenster putzen, Vorhänge waschen und ein Wäschedienst gegen Bezahlung möglich.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten im Altersheim den Lebensalltag aktiv zu gestalten.

Leben alte Menschen zu Hause, dann haben sie nur wenige Möglichkeiten an Aktivitätsprogrammen teilzunehmen.

Frau S. erklärt, dass sie fast täglich mit drei anderen Bewohnerinnen Tarock spielt.

Außerdem ist an das Gebäude des Altersheimes ein japanischer Garten (der einzige japanische Garten in Wien) angeschlossen. Dieser soll die Harmonie einer japanischen Landschaft wiedergeben und beinhaltet viele Elemente einer japanischen Gartengestaltung, wie Quelle, Wasserfall, Teich und ein Teehaus.

Kruse beschreibt als einer der wenigen positiven Aspekte des Altersheimes

Bibliotheksarbeit, neue soziale Kontakte, Veranstaltungen und die Übernahme von neuen Aufgaben. (Kruse 1992 in Lehr 2007: 319)

Der Wochenplan für mögliche Aktivitäten in den „Häusern zum Leben“ zeigt ein umfangreiches Programm. Die Teilnahme ist freiwillig und es gibt auch

Bewohnerinnen und Bewohner, die an den Aktivitäten nicht teil nehmen. Das

Freizeitprogramm wird von den alten Menschen teilweise selbst gestaltet oder von der Heimleitung organisiert. Durch diese Aktivitäten, die auf freiwilliger Basis angenommen

werden können, wird die Selbstlernkompetenz der Seniorinnen und Senioren gesteigert. Des Weiteren wird großer Wert auf soziale Aktivitäten gelegt. Da die von der Heimleitung organisierten Aktivitäten von extra ausgebildeten Fachkräften geleitet werden, wird neben den körperlichen, geistigen und psychischen Fähigkeiten auch die soziale Kompetenz der alten Menschen geschult. Zu den Aktivitäten zählen außerdem Wienerliedernachmittage, Operettennachmittage und Besuche von Vorstellungen der Volksoper, von Klavierkonzerten, von Geigenkonzerten und von Heurigennachmittagen.

Zusätzlich werden zur Jahreszeit passende Feste wie zum Beispiel Faschingsbälle, Muttertagsfeiern, Gartenfeste und Weihnachtsfeiern veranstaltet:

Für individuelle private Feiern kann zum Beispiel im „Haus Simmering“ („Häuser zum Leben“) der grüne Salon gemietet werden. Dieser bietet ausreichend Platz für 20 bis 30 Personen. Die Bewirtung erfolgt gegen Bezahlung durch die hauseigene Küche.

Frau T. erzählt: *„Die Entscheidung meines Mannes und mir ins Altersheim zu gehen war von Vernunft geleitet und wir haben es nie bereut. Mir wurde die Haushaltsführung körperlich zu viel. Staubsaugen war für mich unmöglich und mein schwer herzkrankter Mann konnte mir schlussendlich nicht mehr helfen. Er ist in der Zwischenzeit bereits verstorben. Ausschlaggebend war die Rücksichtnahme auf meine Tochter, die an einer Wirbelsäulenerkrankung leidet. Ich wollte ihr im Alter nicht zur Last fallen und es ist auch für sie beruhigend zu wissen, dass im Pensionistenheim immer Hilfe (Bettenstation) greifbar nahe ist. Ich bin glücklich, unabhängig zu sein und habe nette Mitbewohnerinnen kennengelernt. Dadurch fühle ich mich nicht einsam. Ich brauche mich um die Hausarbeit nicht mehr kümmern und kann meinen Tagesablauf trotzdem alleine planen. Jeden Sonntag verbringe ich mit meiner Tochter in deren Haus in Strasshof³⁹. Zufrieden zu sein bedeutet für mich keine materiellen Sorgen zu haben und mit den Mitbewohnern im Altersheim gut auszukommen.“*

Die Interviews aus der explorativen Phase dieses Forschungsprojektes (qualitativen Interviews) zeigen, dass die Menschen aus dieser Populationsauswahl gerne im Altersheim

³⁹ Am Sonntag melde ich mich im Altersheim ab. Ich bereite mir das Frühstück selbst zu und bekomme das Essensgeld für diesen Tag rückvergütet.

leben, da man ihnen hier viele Aufgaben und Sorgen abnimmt. Man kann den Lebensalltag selbst gestalten. Es ist jeder Person selbst überlassen, wie sie sich verhalten möchte⁴⁰.

Eine 87-jährige Frau berichtet mir:

„Ich wollte, dass es mir einmal im Leben so richtig gut geht und das habe ich jetzt erreicht: Zeit für mich ohne Sorgen. Wenn ich gewusst hätte, wie man in einem Altersheim heutzutage lebt, dann wäre ich schon früher her gekommen.“

Als Nachteile des Altersheimes werden von den Bewohnerinnen der Altersheime folgende Punkte aufgezählt:

- Die Eingangshalle ist videoüberwacht, manche fühlen sich dadurch in der Privatsphäre gestört.
- Die Türen zu den Müllräumen sind sehr schwer zu öffnen.
- Aus dem Speisesaal dürfen keine Speisen mit ins Zimmer genommen werden.
- Es wird auch im Altersheim („Häuser zum Leben“) das Problem der Verwahrlosung angesprochen. Die Appartements werden nicht kontrolliert, es betritt im Normalfall nur ein Mal in der Woche eine Bedienerin das Appartement. Durch „kleine Aufmerksamkeiten“ kann dieser Vorgang umgangen werden.
- Der Tod ist in diesen Häusern allgegenwärtig und daher muss man sich mit der eigenen Endlichkeit abfinden und sie akzeptieren.
- Tratschereien und kleine Streitigkeiten gehören zum Lebensalltag im Altersheim.
- Die Rezeption ist nur von 7h30 bis zirka 16h30 besetzt.

7.8.3. Alltagsleben im Pflegeheim

Das Pflegeheim wird definiert als eine Institution, „... in die ältere Personen bei ständig notwendiger Pflege übernommen werden.“ (Tews 1971: 269)

Havinghurst (1968) schreibt Heimbewohnern einen passiven Lebensstil zu.

⁴⁰ Es wurde bei der Interviewerin nicht der Eindruck erweckt, dass die Personen im Altersheim im Sinne von sozialer Erwünschtheit antworteten. Die Aufgaben des täglichen Lebens versetzen alte Menschen in Stresssituationen. Im Altersheim ist immer jemand da, der Hilfe gewähren kann, allerdings muss jede Unterstützung bezahlt werden. Eine Hilfe beim Strümpfe anziehen kostet zum Beispiel ungefähr 5 €.

In der vorliegenden Studie bewohnen fünf Probandinnen Einzelzimmer in geriatrischen Pflegeheimen im „Haus der Barmherzigkeit.“ Diese fünf alten Frauen können sich nur schwer alleine fortbewegen und das Zimmer nur im Rollstuhl verlassen.

Eine Verbesserung der Lebensqualität kann im Pflegeheim durch Autonomie, Akzeptanz der anderen Bewohner und Bewohnerinnen und durch Entwicklung von Empathie zwischen dem Pflegepersonal und den Heimbewohnerinnen und Bewohnern erreicht werden. (Travelbee 1966, Amann & Ehgartner & Felder 2010: 115-119)

„Nursing is an interpersonal process whereby the professional nurse practitioner assists an individual, family, community to prevent or cope with the experience of illness and suffering and to find meaning in this experience.“(Travelbee 1966: 7)

Alle fünf Fälle der vorliegenden Studie wurden nach einem Schlaganfall sofort nach dem Spitalsaufenthalt in ein Pflegeheim überwiesen⁴¹. Sie haben sich von dieser Erkrankung zwar etwas erholt, jedoch die Bewegungsmöglichkeit blieb eingeschränkt. Sie können ihren Lebensalltag nicht mehr im Privathaushalt meistern und so leben sie bereits länger als ein Jahr im Pflegeheim. Die Pflegeheimbewohnerinnen können ihr Appartement nur mit Hilfe eines Rollstuhles verlassen. Ein Pflegeplatz als Vollzahler in einem städtischen geriatrischen Krankenhaus kostet 80 € am Tag. (Experteninterview 31.1.2010, „Fonds Soziales Wien“) Eine Bewohnerin (Frau S.) erzählt:

„Die meisten Patienten sind auf Grund ihrer Demenzerkrankung unselbständig. Viele sitzen im Rollstuhl und sind schwere Pflegefälle, die rund um die Uhr betreut werden müssen. Von meiner Wohnungseinrichtung wollte ich mir nur einen Fauteuil ins Pflegespital mitnehmen. Die restlichen Möbel wurden vom Spital bereitgestellt.

In jedem Zimmer gibt es ein medizinisches Krankenbett, einen Sauerstoffanschluss und einen Telefonanschluss. Bettwäsche, Handtücher und Nachthemden werden vom Haus zur Verfügung gestellt und auch gewaschen.“

Aufgenommen wird man im Pflegespital ab Pflegestufe 4. Die befragten Pflegeheimbewohnerinnen werden in geriatrischen Krankenhäusern versorgt. Sie bewohnen genauso wie die Altersheimbewohnerinnen ein Einzelappartement. Die alten Menschen bekommen monatlich 20% ihrer Pension und zirka 40€ vom Pflegegeld als Taschengeld. Vom Urlaubs- und Weihnachtsgeld wird für die Pflege kein Beitrag einbehalten. Vom

⁴¹ Die Überstellung in das Pflegeheim wurde vom Entlassungsmanagement des Akutkrankenhauses spontan veranlasst.

Taschengeld müssen die persönlichen Ausgaben bezahlt werden. Zum Beispiel müssen Medikamente, Stützstrümpfe und ähnliche Behelfe selbst angeschafft werden.

Hygieneartikel werden kostenlos zur Verfügung gestellt. (Experteninterview „Fonds Soziales Wien vom 31.1.2010“)

Frau S. (87 Jahre) erzählt, dass es ihr heute gut geht, aber es kommt immer auf die Tagesverfassung an. Sie schildert einen positiv verlaufenden Tagesablauf⁴²:

- 07:00 - 08:00 Frühstück im Zimmer, Einnehmen der Medikamente, Hilfe beim Waschen und Anziehen durch das Pflegepersonal (Gesicht waschen und eincremen erfolgt selbständig). 2x in der Woche wird geduscht und Haare gewaschen.
- 09:00 – 11:00 Die Patienten werden in den Aufenthaltsraum oder zu Therapien gebracht, der Stationsarzt begutachtet jeden Tag alle Patienten. Wer nicht aufstehen will, bleibt im Bett.
- 12:00 Das Mittagessen wird im Aufenthaltsraum serviert, manche Patienten werden gefüttert.
- ab 13:00 Es wird gemeinsam gesungen, gebastelt, vorgelesen oder geplaudert.
- 14:30 Es wird im Aufenthaltsraum eine Jause serviert.
- 16:00 Die alten Menschen werden in ihre Apartments gebracht und für die Nachtruhe vorbereitet.
- 17:00 Das Abendessen wird im Bett oder beim Tisch serviert.
- 18:00 Je nach Wunsch fernsehen oder Nachtruhe.

Das Pflegeheim verfügt über ein Kaffeehaus, einen Frisör, einen Fußpflegesalon und einen privaten Wäschedienst. Außerdem werden regelmäßig Gottesdienste abgehalten. Im „Haus der Barmherzigkeit“ werden zirka alle zwei Monate Konzerte von privaten Musikgruppen, Schulen und Nachwuchskünstlern im Festsaal abgehalten. Es können nicht alle Bewohner und Bewohnerinnen daran teilnehmen, da die meisten Personen ohne fremde Hilfe das Zimmer nicht verlassen können. Einige alte Menschen werden von Angehörigen begleitet und diese helfen dann auch noch anderen Bewohnern und Bewohnerinnen in den Festsaal zu kommen. Das Personal ist ebenfalls bemüht vielen Personen, die Teilnahme zu ermöglichen. Die saisonalen Feste finden ebenso wie im Altersheim statt (Faschingsfest, Osterfest, Weihnachtsfeier mit Angehörigen). Geburtstage werden genau am Festtag mit einer großen

⁴² Die ungefähren Uhrzeiten wurden bei der Stationsschwester erfragt.

Torte auf der Station gefeiert. Muttertag wird mit den Bewohnerinnen gefeiert, die an diesem Tag nicht besucht werden.

Ausflüge gibt es mehrmals im Jahr (Palmenhaus, Prater, Alte Donau, Christkindlmarkt), aber nur für diejenigen, denen es gesundheitlich gut geht und die auch eine Begleitperson haben. Außerhäusliche Aktivitäten bedeuten einen großen Aufwand, mit unzähligen Krankentransporten. Es passen in jedes Transportmittel nur wenige Rollstühle. Im Haus gibt es einen Kindergarten und die Kinder kommen öfters um ein Theaterstück aufzuführen oder gemeinsam mit den alten Menschen zu basteln. Schüler betreuen die Hochbetagten im Rahmen von Projekten, indem sie mit ihnen spazieren gehen oder sich unterhalten.

Das Zimmer von Frau S. im Pflegespital ist den Bedürfnissen angepasst. Es befindet sich gleich beim Eingang auf der linken Seite eine Kleiderablage mit drei Kleiderbügel. Anschließend steht ein halbhohes Regal. Der untere Teil des Regals mit zwei Türen wird als Schuhkasten verwendet, der obere Teil, zwei offene Fächer, dienen als Ablagen. Oberhalb dieses Regals hängen ein Spiegel und eine Pinwand, auf der persönliche Bilder angebracht sind. Neben dem Regal steht ein kleiner Tisch und darüber ziert ein Landschaftsbild den Raum.

Es folgt eine Anrichte von zirka einem Meter Höhe mit zwei Türen für Wäsche und oberhalb befinden sich zwei Laden. Auf dieser kleinen Anrichte steht ein selbst mitgebrachter Fernsehapparat. Oberhalb des Bildschirms kann man zwei offene Fächer mit Souvenirs erkennen. Es folgen ein zweiteiliger Schrank für die Kleidungsstücke und der Eiskasten. Oberhalb des Eiskastens ist für die Betreuer ein Schrank in der gleichen Größe des Eiskastens zur Aufbewahrung von Hygieneartikel, die schnell zur Hand sind. Dann folgen ein Tisch mit zwei Sesseln und das Fenster.

In der Mitte des Zimmers steht ein modernes Krankenbett mit Alarmglocke und Sauerstoffanschluss. Rund um das Bett ist ausreichend Platz für den Rollstuhl. Es folgt auf der rechten Seite die Glasschiebetür, die beim Öffnen zur Loggia führt.

Im Zimmer ist genügend Platz um sich mit dem Rollstuhl frei bewegen zu können. Auf der rechten Seite, nach der Eingangstür, befindet sich eine weiße Türe. Diese führt in die Dusche, Toilette und den Waschraum.

Frau S. fühlt sich im Allgemeinen im Pflegeheim wohl, aber dies hängt von der jeweiligen Tagesverfassung ab. Sie weiß, dass sie nicht mehr in ihre Wohnung zurück kann, obwohl sie

das an manchen Tagen gerne möchte. Frau S. ist mit der Pflege zufrieden und sagt, dass sie respektvoll behandelt wird. Sie gibt an, dass alle Pflegerinnen und Pfleger „sehr lieb“ sind. Trotzdem ist sie unglücklich und einsam und möchte in ihre alte Wohnung zurück.

Die statistische Beschreibung des eigenen Datensatzes erfolgt im nächsten Kapitel.

8. Datenauswertung

Mit Hilfe von statistischen Methoden wird in diesem Teil der Arbeit mit dem Statistikpaket SPSS (Version 17) das Konstrukt „Lebensqualität“ näher erforscht. Lebensqualität wird in der vorliegenden Studie durch die Parameter Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück operationalisiert.⁴³ Als statistisches Verfahren zur Auswertung des Datensatzes wird die Tabellenanalyse angewandt. Zusammenhänge werden mit Hilfe der Korrelationskoeffizienten (Kontingenzkoeffizient - nominal, Spearman - ordinal, Pearson - metrisch) ermittelt. Bivariate Häufigkeitsauszählungen werden mittels Kreuztabellen dargestellt, wobei auch metrische Variable dichotomisiert wurden. Einerseits geschieht dies zur übersichtlicheren Darstellung und andererseits um einer speziellen Verteilungssituation einer Variablen gerecht zu werden. Wenn bei bivariaten Korrelationen bei metrischen Variablen der Verdacht besteht, dass keine Normalverteilung vorliegt, dann wird die Pearson Korrelation durch die Spearman Korrelation ersetzt, oder es erfolgt, wie vorher schon erwähnt, eine Dichotomisierung der Variablen.

Die entscheidenden Themenbereiche werden durch folgende Einflussgrößen bestimmt:

Soziodemographische Variablen

Alter, Geschlecht, Familienstand, ungefähres Körpergewicht in Kilogramm, ungefähre Körpergröße in cm, Haushaltsgröße, Verwandtschaftsverhältnisse, Haushaltsform, Religion.

Sozioökonomische Variablen

Persönliches Einkommen, Haushaltseinkommen, Bildung, letzter ausgeübter Beruf, Vermögen in Wertpapieren oder Sparbüchern, Wohnqualität, Wohnort, Pflegegeld.

Soziopsychologische Variablen

Glück, Zufriedenheit, Einsamkeit, subjektiver Gesundheitszustand, soziale Kontakte, Selbständigkeit, Rollenverteilung, Gewalt.

Variablen über Gesundheit, Freizeit und Lebensalltag

Haushaltstätigkeiten, Selbständigkeit, Funktionsfähigkeiten, Krankheiten, Gebrechen, Freizeitverhalten.

⁴³ Der eigene Fragebogen, eine **Variablenliste** und die relevanten Fragen aus der Base und Share Studie sind im **Anhang** zu finden.

Die Messniveaus der Variablen reichen von nominal über ordinal bis intervallskaliert. Die Werte für Zufriedenheit, Glück und Einsamkeit werden auf einer 10-teiligen Skala erhoben. Diese können daher, da eine annähernde Normalverteilung vorliegt, als Intervallskala interpretiert werden.

Bei metrischen Variablen muss eine Prüfung auf Normalverteilung erfolgen.

Fragen zur subjektiven Befindlichkeit sind ordinal skaliert. Fragen, die mit ja oder nein beantwortet werden können, sind als nominal einzustufen.

Ein wichtiger Bestandteil der Auswertung ist die Bildung von Indizes. Dies erfolgt durch Summation von Einzelnennungen, wie zum Beispiel ja/nein Entscheidungen zu einem Fragenkomplex, durch einfache Zählung beziehungsweise Summation. Wichtig dabei ist die Überprüfung der Reliabilität dieser neu gebildeten Variablen.

Multivariate Zusammenhänge werden durch Clusteranalysen, Faktorenanalysen und der Multiplen Regression bei gegebenen Voraussetzungen nachgewiesen.

8.1. Eigener Datensatz

Die vorliegende Stichprobe enthält 78 Frauen und 52 Männer, das entspricht einem Männeranteil von 40% und einem Frauenanteil von 60%. Das Datenmaterial spiegelt ungefähr die Geschlechterverteilung der untersuchten Altersgruppe in Wien wieder. Die Statistikzahlen für Wien (2008) zeigen folgendes Bild:

Der Anteil der Wohnbevölkerung von Wien im Alter von 75+ beträgt 7,6%.

Der Frauenanteil der Wiener Wohnbevölkerung beträgt 9,9%.

Der Männeranteil der Wiener Wohnbevölkerung beträgt 5,2%.

(Geschlechterverhältnis 65,5% Frauen : 34,5% Männer).

Die Geschlechterverteilung weicht in dem für die Dissertationsarbeit gebildeten Datensatz um etwa 5% bei den Männern und 5% bei den Frauen von der Gesamtbevölkerung ab, aber diese Abweichung ist laut Binomialtest nicht signifikant (Binomialtest, Testanteil Frauen: 65,5%, $p = 0,111$). Als Quelle wird das ST.AT- Bevölkerungsregister angegeben. (MA 5 Finanzwesen 2009)

Der Altersdurchschnitt (Mittelwert) beträgt in der vorliegenden Stichprobenauswahl bei Männern 81 Jahre und bei Frauen 83 Jahre. Um Gruppenvergleiche durchführen zu können, wurden drei Altersgruppen gebildet:

Die Gruppe 1 umfasst 43 Personen (33%) von 75 bis 79 Jahren.

Die Gruppe 2 umfasst 46 Personen (35%) 80 bis 84 Jahren.

Die Gruppe 3 umfasst 41 Personen (32%) im Alter von 85+.

Migranten und Migrantinnen werden in dieser Studie nicht erfasst, da sie im Regelfall weder Heimhilfe, noch ein Altersheim in Anspruch nehmen. Die alten Menschen der Altersgruppe 75+ leben vorwiegend in Privatwohnungen. 14 Personen verbringen ihren Lebensabend in einem Altersheim und 5 Personen in einem Pflegeheim. 16 Personen bekommen zuhause Unterstützung durch eine Heimhilfe (13 Frauen und 3 Männer). 78 Personen leben alleine und zwar 61 Frauen (22%) und 17 Männer. (22%) Die Privatwohnungen (Privathäuser) werden von ein bis zwei Personen bewohnt. 25% der Befragten wohnen in Gemeindebauten.

Politische Orientierungen werden in den Fragebogen nicht aufgenommen, da sie in den qualitativen Interviews von den Probandinnen und Probanden nicht angesprochen werden. Der Median des Haushaltseinkommens liegt zwischen 1750€ und 2000€.

51% der Frauen und 17% der Männer beziehen Pflegegeld. (Das Pflegegeld erhöht das persönliche Einkommen und das Haushaltseinkommen)

Über 50% der befragten Personen besuchen die Kirche regelmäßig oder beten in regelmäßigen Abständen.

41% der Frauen und 79% der Männer sind stark übergewichtig, das heißt ihr Bodymaßindex (BMI) beträgt über 30. Das Konsumverhalten der Wiener Bevölkerung wird in dieser Studie nicht untersucht.

89% der Männer und 68% der Frauen verlassen das Haus täglich.

55% der Frauen und 69% der Männer üben ein Hobby aus.

Bei 69% der befragten Personen kommt eine Hilfe ins Haus.

8.1.1. Gütekriterien

Der Test auf Normalverteilung erfolgt mittels Histogrammen. Durch die Stichprobengröße $n=130$ erfolgt kein Kolmogorov-Smirnov Test, sondern eine Beurteilung der Normalverteilung mittels Histogramm. Die Nullhypothese lautet: Es gibt keine Abweichung von der Normalverteilung. Bei den Variablen zeigt sich eine gute Anpassung an die Normalverteilung. So sind alle Variablen eingipfelig verteilt. Die Symmetrie wird von keiner Variablen allzu stark verletzt. Einige Ausreißer gibt es bei der Anzahl der Verwandten- und Bekanntenbesuche. Validität, Objektivität und Reliabilität sind die grundlegenden Gütekriterien und die drei Säulen der Testtheorie. (Schnell & Hill & Esser 2005)

8.1.2. Validität

Unter Validität versteht man die Sicherheit, dass das Verfahren tatsächlich das zu messende Merkmal erfasst. Die Validität zeigt den Zusammenhang zwischen der Theorie und den Daten. Diese Voraussetzung wird anhand des Vergleichs zu bereits feststehenden Untersuchungen der Lebensqualität als Außenkriterium gemessen. Eine Korrelation zeigt, wie stark die Messung mit dem Außenkriterium zusammen hängt.

(Schnell & Hill & Esser 2005: 154-157)

Außerdem werden die demographischen Daten mit Bevölkerungsstatistiken der Stadt Wien verglichen. Inhaltsvalidität wird durch eine korrekte Operationalisierung erreicht.

Die eigene Studie zeigt ähnliche Ergebnisse wie die Datensätze der Berliner Altersstudie und der Share Studie.⁴⁴

8.1.3. Objektivität

„Der Grad der Objektivität eines Messinstrumentes bringt zum Ausdruck, in welchem Ausmaß die Ergebnisse unabhängig sind von der jeweiligen Person, die das Messinstrument anwendet.“ (Diekmann 2005: 216)

Subjektivität soll vermieden werden, die Interviews werden in einer natürlichen Umgebung ohne subjektive Einflüsse durchgeführt. Das Ziel der Forschung ist eine maximale Durchführungs- und Interpretationsobjektivität. Wenn Interviewer A ein anderes

⁴⁴ Siehe Kapitel 9: Diskussion der Ergebnisse

Antwortverhalten auslöst als Interviewer B, dann spricht man von einer geringen Durchführungsobjektivität. (Diekmann 2005: 216f)

Es sollen die fehlenden Werte für jedes Item angegeben werden.

Im eigenen Datensatz gibt es keine fehlenden Werte, daher ist eine gute Interpretationsobjektivität gegeben.

8.1.4. Reliabilität

Unter Reliabilität versteht man die Messgenauigkeit und zwar den Grad, mit dem der Test ein bestimmtes Merkmal misst. Um exakte Messungen zu erreichen, müssen Messfehler vermieden werden. Durch die Faktorenanalyse können Korrelationen mit verwandten Merkmalen festgestellt werden. Die Reliabilitätsanalyse erfolgt mit Hilfe des Reliabilitätskoeffizienten Cronbach- α . (Schnell & Hill & Esser 2005: 151-153)

In dieser Arbeit werden Variable zu Indizes zusammengefasst und deren Reliabilität geprüft.

8.1.5. Repräsentativität

„Markt- und Meinungsforschungsinstitute sprechen gerne vom repräsentativen Querschnitt, von einer Stichprobe als verkleinertes Abbild der Bevölkerung. Eine Stichprobe repräsentiert aber niemals sämtliche Merkmalsverteilungen der Population.“ (Diekmann 2005: 368)

Besonderes Interesse gilt laut Diekmann der deskriptiven Beschreibung des Datensatzes und der Testung der Zusammenhangshypothesen. Er erklärt: „Bei Hypothesentests denkt man daher auch weniger über Repräsentativität nach als vielmehr über adäquate Designs der Varianzkontrolle und die Ausschaltung von Störfaktoren.“ (Diekmann 2005: 369)

Da in dieser Arbeit aufgrund der besonderen Personengruppe das „Schneeballverfahren“ angewandt wurde, handelt es sich um keine repräsentative Stichprobe.

8.2. Beschreibung der Lebensqualitätsparameter

Naturgemäß überlagern sich die unabhängigen Variablen, die zur Erklärung der Einflussgrößen Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück auf die Lebenszufriedenheit dienen. „Zufrieden sein“, „Nicht einsam sein“ und „Glücklich sein“ stehen in einem höchst signifikanten positiven mittelstarken Zusammenhang.

Es ergeben sich folgende Korrelationen nach Pearson:

nicht einsam / Glück $r = 0,54$ ($p = 0,000$)

nicht einsam / zufrieden $r = 0,51$ ($p = 0,000$)

Glück / zufrieden $r = 0,61$ ($p = 0,000$)

Wolfgang Schulz entwickelte ein Modell für Overalllebensqualität aus Zufriedenheit, Glück und Wohlbefinden.

In der eigenen Untersuchung wurde zur Ermittlung der Overall- Lebensqualität eine Skala aus Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück gebildet und anschließend eine Faktorenanalyse durchgeführt.

Das KMO beträgt 0,70. Dies ist ein zufriedenstellender Wert.

Die drei Variablen laden auf einen Faktor. Der Eigenwert des Faktors ist 2,13 und erklärt 71% der Gesamtvarianz. Es wurde eine Hauptachsenfaktorenanalyse gemacht.⁴⁵ Die Überprüfung der Einfaktorstruktur ergibt eine Cronbach Alpha von 0,79. Alle 3 Variablen sind für die Gesamtskala von Bedeutung, das heißt ein Weglassen einer Variable würde Cronbach Alpha verringern.

Somit bildet das vorliegende Konstrukt aus Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück ein gutes Modell der Overall-Lebensqualität.

8.2.1. Zufriedenheit

Von den 130 befragten Personen stufen sich 79% als zufrieden mit ihrem Leben ein (103 Personen). 33% fühlen sich wegen ihrer guten Gesundheit zufrieden (häufigster Grund), 20% sind wegen ihrer guten Partnerschaft zufrieden. Bei den unzufriedenen Personen (21%)

⁴⁵ Diese Methode wurde gewählt, um die vermutete Einfaktorstruktur zu bestätigen.

wird mit 12% am häufigsten ihre Krankheit als Grund genannt, gefolgt von der Aussage, dass der Ehepartner bereits verstorben ist (5%).

Die geschlechtsspezifische Analyse der Zufriedenheit ergibt:

77% der Frauen und 83% der Männer fühlen sich laut den eigenen Aussagen zufrieden. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Zufriedenheit.

Es liegt ein signifikanter Zusammenhang zwischen „Aufstehen von einem Sessel“ und Zufriedenheit ($p=0,013$), sowie eine Tendenz zwischen „Stiegen steigen“ und Zufriedenheit vor ($p=0,053$).

37% der Männer stufen sich wegen ihrer guten Partnerschaft als zufrieden ein, wobei dieser Grund bei den Frauen nur zu 9% genannt wird. 28% der Frauen und 23% der Männer sind aufgrund ihrer guten Gesundheit zufrieden.

12 von insgesamt 14 Frauen (86%) sind aufgrund der guten Betreuung im Pensionistenwohnheim zufrieden.

Tabelle 4 Leben in einer Institution/ Leben im Privathaushalt: zufrieden

	Frauen		Männer	gesamt
	zu Hause % (n)	Institution % (n)	zu Hause % (n)	% (n)
zufrieden	80 (47)	68 (13)	81 (42)	78 (102)
nicht zufrieden	20 (12)	32 (6)	19 (10)	22 (28)
gesamt	100 (59)	100 (19)	100 (52)	100 (130)

Die Tabelle 4 **Leben in einer Institution / Leben im Privathaushalt** ist wie folgt zu verstehen: Die Zahl 80 (1. Spalte, 1. Zeile) bedeutet, dass 80% der Frauen, die im Privathaushalt (zu Hause) leben, zufrieden sind.

8.2.2. Einsamkeit

Alte Menschen, die nicht einsam sind, nennen in der eigenen Studie folgende Hauptgründe dafür: gesunder Partner, viele Freunde, Religion, Tochter, Sohn, Heimbewohner, Pflegedienst, viele Hobbys, ehrenamtliche Tätigkeiten und den Familienanschluss. Alte Männer und alte Frauen, die sich als einsam einschätzen, zählen dafür folgende

Möglichkeiten auf: kranker Partner, eigene Krankheit, kein Kontakt zur Familie, verstorbener Partner, keine Freunde, keine Nachbarn, ich habe keine Familie, ich fühle mich leer durch die Witwenschaft (Witwerschaft).

Von 130 Personen schätzen sich 31 Personen (24%) aufgrund der dichotomen Variable Einsamkeit als einsam ein. 15 davon nennen als Hauptgrund für die Einsamkeit den verstorbenen Partner. Von 78 Frauen fühlen sich 30% einsam, von 52 Männern allerdings nur 15%.

24% schätzen sich in der eigenen Studie als einsam ein. Einsamkeit steigt mit 80 Jahren an. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Geschlecht und Einsamkeit.

Als Gründe für „nicht einsam sein“ werden zu 30% der Partner, zu 25% die Familie und zu 19% die Freunde genannt.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass in dieser Studie die Einsamkeitsgefühle hauptsächlich durch den Verlust des Partners hervorgerufen werden.

Tabelle 5 Leben in einer Institution / Leben im Privathaushalt: einsam

	Frauen		Männer	gesamt
	zu Hause	Institution	zu Hause	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
einsam	25 (15)	42 (8)	15 (8)	24 (31)
nicht einsam	75 (44)	58 (11)	85 (44)	76 (99)
gesamt	100 (59)	100 (19)	100 (52)	100 (130)

Die Tabelle 5 **Leben in einer Institution / Leben im Privathaushalt** ist wie folgt zu verstehen: Die Zahl 25 (1. Spalte, 1. Zeile) bedeutet, dass 25% der Frauen, die im Privathaushalt (zu Hause) leben, einsam sind.

8.2.3. Glück

Frauen schätzen sich in der vorliegenden Studie zu 37% und Männer zu 30 % als unglücklich ein. Der Hauptgrund für Unglück sind Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit.

Unglücklich sind Personen die Hilfe benötigen, und zwar im Privathaushalt mit 65% und im Altersheim mit 36%.

Durchschnittlich nennen die Befragten 3 bis 5 Tage im Monat an denen sie Glücksgefühle hatten. 13 von 130 Befragten haben nie Glücksgefühle.

Fehlende soziale Kontakte zur Familie machen nicht unglücklich.

Tabelle 6 Leben in einer Institution / Leben im Privathaushalt: glücklich

	Frauen		Männer	gesamt
	zu Hause	Institution	zu Hause	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
glücklich	68 (40)	53 (10)	67 (35)	65 (85)
nicht glücklich	32 (19)	47 (9)	33 (17)	35 (45)
gesamt	100 (59)	100 (19)	100 (52)	100 (130)

Die Tabelle 6 **Leben in einer Institution / Leben im Privathaushalt** ist wie folgt zu verstehen: Die Zahl 68 (1. Spalte, 1. Zeile) bedeutet, dass 68% der Frauen, die im Privathaushalt (zu Hause) leben, glücklich sind. Als Institution ist ein Altersheim oder ein Pflegeheim gemeint.

Die Lebensqualität von Frauen, die in einem Privathaushalt leben, wird mit der eigenen Einschätzung der befragten Personen über die Lebensqualität von Frauen, die in einem Seniorenheim oder Pflegeheim leben, verglichen.

Von 19 Frauen in Institutionen (Pflegeheim und Altersheim) schätzen sich:

13 Frauen als zufrieden (68%) ein. (6 Frauen schätzen sich als unzufrieden ein.)

11 Frauen als nicht einsam (58%) ein. (8 Frauen schätzen sich als einsam ein.)

10 Frauen als glücklich (53%) ein. (9 Frauen schätzen sich als unglücklich ein.)

Andere Werte kommen zum Vorschein, wenn man den Begriff Institution in Altersheim und Pflegeheim trennt. Personen, die im Pflegeheim leben, sind nur zu 40% zufrieden, zu 40% nicht einsam und zu 20% glücklich. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass es sich in der vorliegenden Studie nur um fünf befragte Personen im Pflegeheim⁴⁶ handelt.

Es wurde das Glück weiters durch das Item „**Anzahl der Tage mit Glücksgefühlen**“ (monatlich) gemessen (v18d). Die Analyse ergab folgende Mittelwerte:

Bei „ohne Pflege zu Hause“ gibt es durchschnittlich an „ 3 Tagen Glücksgefühle“.

⁴⁶ Diese 5 Personen wohnen seit Schlaganfällen in einem Pflegewohnheim der Caritas. Die alten Frauen bewohnen Einzelappartements und sind an den Rollstuhl gefesselt.

Im Altersheim gibt es durchschnittlich an „3 Tagen Glücksgefühle“.

Bei „Pfleger zu Hause“ gibt es durchschnittlich an „2 Tagen Glücksgefühle“.

Im Pflegeheim gibt es durchschnittlich an „1 Tag Glücksgefühle“.

Diese Unterschiede sind in einer Varianzanalyse, bei Normalverteilung der Untergruppen und Varianzhomogenität signifikant ($p = 0,002$).

Es gibt Unterschiede bei den erlebten Tagen mit Glücksgefühlen im letzten Monat zwischen den Wohnorten Privathaushalt, Altersheim und Pflegeheim. Betrachtet man die Glücksgefühle in den 3 Altersgruppen so haben die 75-79Jährigen durchschnittlich 3,3 Tage mit Glücksgefühlen, die 80-84Jährigen 2,6 Tage mit Glücksgefühlen und die Altersgruppe 85+ ebenfalls 2,6 Tage mit Glücksgefühlen.

Diese Auswertung zeigt eine geringe Abnahme der Tage mit Glücksgefühlen ab 80 Jahren.

Diese Abnahme zeigt allerdings kein signifikantes Ergebnis (Varianzanalyse $p=0,172$).

Die Anzahl der Glücksgefühle ist bei Männern und Frauen gleich (2,8).

Die alten Menschen im Altersheim sind nicht so glücklich, nicht so einsam und nicht so zufrieden, wie wenn sie im Privathaushalt ohne fremde Hilfe auskommen. Ihr Wohlbefinden ist überraschenderweise nicht schlechter, als wenn sie zu Hause einer Hilfe bedürfen. Wenn man fremde Hilfe in Anspruch nimmt, dann ist die Selbständigkeit im Alltag bereits eingeschränkt.

8.3. Beschreibung der Untersuchungseinheiten

Tabelle 7 Einschätzung der Lebensqualität im Zusammenhang mit Demographie

	zufrieden		nicht einsam		glücklich		gesamt	
	%	n	%	n	%	n	%	n
Alter⁴⁷								
75 - 79	81	35	84	36	74	32	33	43
80 - 84	78	35	76	34	58	26	35	45
85+	76	32	69	29	64	27	32	42
	78	102	76	99	65	85	100	130
Geschlecht								
Männer	81	42	85	44	67	35	40	52
Frauen	77	60	71	55	64	50	60	78
	78	102	76	99	65	85	100	130
Familienstand								
alleinstehend	93	14	93	14	80	12	11	15
verheiratet	81	42	90	47	73	38	40	52
verwitwet	73	46	60	38	56	35	49	63
	78	102	76	99	65	85	100	130
höchster Bildungsabschluss								
kein Schulabschluss	0	0	0	0	0	0	0	0
Pflichtschule	68	13	63	12	58	11	15	19
Pflichtschule mit Lehre	77	30	72	28	67	26	30	39
Berufsbildend ohne Matura	78	28	72	26	58	21	28	36
AHS/BHS/Hochschule	86	31	92	33	75	27	27	36
	78	102	76	99	65	85	100	130
letzter Berufsstatus								
Angestellte	78	62	80	63	72	57	61	79
Arbeiter	78	25	72	23	63	20	25	32
selbständig Tätige	100	9	89	8	56	5	6	9
Haushalt	60	6	50	5	40	3	8	10
	78	102	76	99	65	85	100	130
Wohnort								
zu Hause mit Pflegehilfe	65	13	60	12	35	7	15	20
Altersheim	79	11	64	9	64	9	11	14
Pflegeheim	40	2	40	2	20	1	4	5
zu Hause ohne Pflegehilfe	84	76	84	76	75	68	70	91
	78	102	76	99	65	85	100	130
Haushaltsgröße								
Einpersonenhaushalt	75	55	66	48	60	44	56	73
Zweipersonenhaushalt	81	47	89	51	72	41	44	57
	78	102	76	99	65	85	100	130
Haushaltseinkommen								
gering = bis unter 1000€	78	7	89	8	44	4	7	9
mittel = 1000€ bis unter 3000€	83	85	75	76	70	71	78	102
hoch = 3000€ und mehr	53	10	79	15	53	10	15	19
	78	102	76	99	65	85	100	130

Tabelle 7 ist wie folgt zu verstehen: Der Wert 81 bedeutet, dass 81% der 75-79Jährigen (1. Zeile, 1. Spalte) zufrieden sind.

8.4. Einflussgrößen

Das soziale Konstrukt Lebensqualität (Zufriedenheit, Einsamkeit, Glück) wird von folgenden demographischen Einflussgrößen bestimmt:

8.4.1. Alter und Geschlecht

Es gibt verschiedene Definitionen für Alter. In der Statistik wird das chronologische (objektive) Alter verwendet, darunter versteht man die Anzahl der gelebten Lebensjahre einer Person.

Das biologische Alter⁴⁸ wird nicht explizit errechnet, sondern es fließen die Anzahl der Krankheiten beziehungsweise der allgemeine Gesundheitszustand in die Untersuchung ein. (Jansen & Karl & Radebold & Schmitz-Scherzer 1999: 24)

Das soziologische Alter wird durch die Kontakthäufigkeit beziehungsweise durch die Kontaktqualität in die Arbeit aufgenommen. Es wird an sich keine eigene Variable für das soziologische Alter gebildet.

Die untersuchte Population ergibt ein Verhältnis von 60% Frauen und 40% Männer.⁴⁹

Das Durchschnittsalter der Frauen beträgt 83 Jahre und das der Männer 81 Jahre. Bei den Männern ist das Alter etwas rechtsschief verteilt, das heißt es gibt geringe Abweichungen beim Alter der Männer nach oben. Einige männliche Probanden sind unterdurchschnittlich alt. Um besser Vergleiche bilden zu können, wurde der Datensatz in drei Altersgruppen geteilt.

Die Altersgruppen repräsentieren die Bereiche junge „Alte“ (75-79), niedrige Hochaltrige (80-84) und hohe Hochaltrige (85 und älter).

Laut WHO ist man ab einem Alter von 75 Jahren alt. Es erfolgt im eigenen Datensatz folgende Unterteilung:

Zur Altersgruppe 1 zählen die 75-79Jährigen. Diese Gruppe umfasst 33% der Befragten und zwar 20 Frauen und 23 Männer.

Zur Altersgruppe 2 gehören die 80-84Jährigen. Diese Gruppe umfasst 35% der Befragten und zwar 27 Frauen und 19 Männer.

⁴⁸ Status des Körperzustandes

⁴⁹ 78 Frauen und 52 Männer (n=130)

Die Altersgruppe 3 bilden Personen ab dem 85. Lebensjahr. Diese Gruppe umfasst 31% der Befragten und zwar 31 Frauen und 10 Männer. Die Gruppe der Hochbetagten (ab 80) setzt sich aus 58 Frauen und 29 Männern zusammen (87 Personen).

Da die meisten Theorien besagen, dass die Menschen mit ungefähr 85 Jahren eine starke Verschlechterung in ihren Körperfunktionen erfahren, wurde diese Einteilung gewählt.

Die Statistik Austria spricht ab einem Alter von 85 Jahren von Hochaltrigkeit.

(<http://www.wien.gv.at/statistik/pdf/menschen09.pdf>)

8.4.2. Bildung

Bildung gehört zu den erworbenen Merkmalen.

Unter Bildung versteht man in dieser Arbeit den höchst abgeschlossenen Schulabschluss.

Alle befragten Personen weisen einen Volksschulabschluss auf. Es gibt entscheidende Geschlechterunterschiede beim höchsten Bildungsabschluss.

8% der Männer und 19% der Frauen besuchten nur eine Pflichtschule.

27% der Männer und 31% der Frauen absolvierten eine Pflichtschule mit Lehre.

19% der Frauen und 42% der Männer weisen einen Maturaabschluss auf.

Es zeigt sich, dass bei den Männern mit 42% Maturaabschlüssen (im Gegensatz zu 19% bei den Frauen) ein wesentlich höherer Anteil erreicht wurde.

Die Analyse der Bildungsabschlüsse belegt, dass in der für die Dissertation vorliegenden Stichprobe Frauen der Geburtsjahrgänge 1914 bis 1934 bildungsbenachteiligt sind, obgleich der Anteil an Maturaabschlüssen in der Gruppe der Befragten höher als in der Gesamtheit der Geburtsjahrgänge 1914 bis 1934 von Wien ist.

Statistik Austria berichtet über die Bildungsabschlüsse der Altersgruppe 75plus:

42 % der Männer und 16 % der Frauen besuchten eine Pflichtschule mit Lehre.

8 % der Männer und 6 % der Frauen besuchten eine Mittelschule.

Die Zahlen gelten für ganz Österreich. Die Bildungsabschlüsse für Wien sind vermutlich höher, da es im ländlichen Bereich früher nur wenige Mittelschulen gab.

(http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelkerung/index.html)

8.4.3. Einkommen

Man unterscheidet zwischen Haushaltseinkommen und persönlichem Einkommen, wobei für die ökonomische Situation von Familien das Haushaltseinkommen relevant ist. Auf eine Gewichtung der Haushaltseinkommen pro Haushaltsmitglied wurde verzichtet, da es sich in der vorliegenden Studie maximal um zwei Haushaltsmitglieder handelt und fast jede Person ein eigenes Einkommen (mindestens Pflegegeldbezug) aufweist. Die Einkommen wurden in Einkommensklassen unterteilt, die durchschnittlichen Einkommen liegen in folgenden Klassen:

Das durchschnittliche Haushaltseinkommen von Frauen liegt zwischen 1500€ bis unter 1750€.

Das durchschnittliche Haushaltseinkommen von Männern liegt zwischen 2250 € bis unter 2500€.

Das durchschnittliche persönliche Einkommen von Frauen liegt zwischen 1250€ bis unter 1500€.

Das durchschnittliche persönliche Einkommen von Männern liegt zwischen 1750€ bis unter 2000€.

8.4.4. Familienstand

Gravierende Unterschiede sind bei Witwenschaft und Verhehlung zu sehen.

67% der Männer, aber nur 21% der Frauen sind verheiratet.

59% der Frauen, aber nur 23 % der Männer sind verwitwet.

Insgesamt sind 45% der Befragten verwitwet, 38% verheiratet, 8% geschieden, 4% ledig und nur 1% der Verwitweten lebt in einer neuen Partnerschaft.

78% der Frauen und 25% der Männer leben alleine, daher macht die Geschlechtertrennung Sinn. Die Dichotomisierung zwischen „mit Partner lebend“ und „ohne Partner lebend“ zeigt sich als ungeeignet, da beispielsweise sowohl verwitwet, wie auch ledig als ohne Partnerschaft (allein lebend) gilt, aber der Lebenszeitraum davor anscheinend noch immer Wirkung auf den Jetzatzustand zeigt. Die Aufteilung durch den Momentzustand ist daher nicht sehr hilfreich, daher werden die Gruppe der Verwitweten und die Gruppe der Verheirateten näher untersucht.

Die Umfrageergebnisse zeigen folgendes Bild:

Verwitwete Frauen sind kränker als verheiratete Frauen, brauchen mehr Behelfe, leiden unter mehr Gebrechen und sind geringfügig unaktiver. In der Gruppe der 75-79Jährigen sind 10 Frauen und 3 Männer verwitwet, bei den 80-84Jährigen sind 16 Frauen und 8 Männer verwitwet und in der Altersgruppe 85+ sind 22 Frauen und 4 Männer verwitwet.

Frauen sind vom Schicksal der Verwitwung öfters betroffen als Männer.

Verwitwete Männer haben wesentlich mehr Krankheiten als verheiratete Männer, brauchen mehr Behelfe, haben mehr Gebrechen und sind weniger aktiv.

Insgesamt gesehen geben verwitwete Personen schlechtere Lebensqualitätswerte als verheiratete an, wobei die Unterschiede bei der Anzahl der Krankheiten hoch sind.

(Frauen 6 Krankheiten, Männer 7 Krankheiten)

Tabelle 8 Unterschiede verwitwet / verheiratet

MW steht in der Tabelle für Mittelwert, STW steht für Standardabweichung

Geschlecht	Familienstand	% (n)	Krankheiten MW (STW)	Behelfe MW (STW)	Gebrechen MW (STW)
Frauen	verheiratet	12 (15)	5,33 (3,67)	4,20 (2,43)	4,67 (2,85)
	verwitwet	38 (46)	5,61 (2,87)	4,52 (2,10)	5,09 (2,46)
	weder verh. noch verw ⁵⁰ .	12 (17)	4,88 (2,03)	4,65 (1,66)	5,29 (1,96)
	gesamt	62 (78)	5,40 (2,87)	4,49 (2,06)	5,05 (2,42)
Männer	verheiratet	23 (35)	4,46 (2,63)	3,26 (1,90)	3,57 (2,20)
	verwitwet	12 (12)	7,00 (2,76)	4,25 (2,09)	4,92 (2,54)
	weder verh. noch verw.	3 (5)	4,00 (3,16)	3,00 (1,58)	3,20 (1,79)
	gesamt	38 (52)	5,00 (2,88)	3,46 (1,94)	3,91 (2,34)
gesamt	verheiratet	35 (50)	4,72 (2,97)	3,54 (2,09)	3,85 (2,29)
	verwitwet	50 (58)	5,90 (2,88)	4,47 (2,08)	5,05 (2,45)
	weder verh. noch verw.	15 (22)	4,68 (2,28)	4,23 (1,75)	4,82 (2,09)
	gesamt	100 (130)	5,29 (2,94)	4,08 (2,06)	4,57 (2,43)

n=130

In Tabelle 8 **Unterschiede verwitwet / verheiratet** bedeutet in der ersten Zeile, zweite Spalte, der Wert von 5,33 (3,67), dass verheiratete Frauen (das sind 15 von 130 Personen, also 12% der Befragten) durchschnittlich 5,33 Krankheiten (bei einer Standardabweichung von 3,67) nennen.

⁵⁰ Weder verh. noch verw. heißt: weder verheiratet, noch verwitwet.

Im vorliegenden Datensatz ist zu erkennen, dass es einen deutlichen Unterschied zwischen Verwitweten und Verheirateten gibt. Verwitwete Personen nennen im Durchschnitt um eine Krankheit mehr als verheiratete Personen. Verheiratete geben 5 Krankheiten an, Verwitwete 6 Krankheiten (bei gleicher Standardabweichung). In der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass verwitwete Männer mit durchschnittlich 7 Krankheiten um 2 Krankheiten mehr nennen als verheiratete Männer. Dieser Unterschied ist bei Frauen nicht so ausgeprägt. Verwitwete brauchen mehr Behelfe und geben mehr Gebrechen an als verheiratete Personen.

Die in Partnerschaft lebenden Personen sind weniger auf fremde Hilfe angewiesen als allein lebende Personen. 56 Personen leben in Partnerschaft, davon benötigen 20 Personen Hilfe (35%).

Die Hilfe vom Partner bezieht sich vor allem auf die Körperpflege und weniger auf praktische Tätigkeiten. Von den Personen, die in Partnerschaft leben, benötigen 15 Personen Hilfe beim Aufräumen, zwei Pflegehilfe und drei Heimhilfe.

Alleine leben 78 Personen, davon brauchen 25 Personen (33%) eine Hilfe.

8.4.5. Wohnort Altersheim

Laut Statistik Austria befinden sich in Österreich 17% der über 85 jährigen Frauen und 8% der über 85 jährigen Männer im Altersheim oder im Pflegeheim. Von den befragten Personen der eigenen Studie leben 15% in einer Institution, das bedeutet in der vorliegenden Studie in einem Altersheim oder Pflegeheim. Das sind 19 von 130 Personen, wobei die befragten Männer alle in einem Privathaushalt leben.

In der Altersgruppe ab 80 Jahren⁵¹ zeigen sich im Vergleich zwischen den untersuchten Personen im Altersheim (14 Personen) und den Personen, die zuhause ohne Pflegeunterstützung wohnen, keinerlei Unterschiede in der Lebensqualität. Allerdings ist die Lebensqualität von Personen, die zu Hause Pflege erhalten, deutlich geringer, vor allem hinsichtlich „glücklich sein“. 71% der Personen, die zuhause ohne Pflege wohnen und 70% der Personen, die im Altersheim wohnen und über 80 Jahre alt sind, sind glücklich, aber nur 39% der Personen, die zuhause Pflege erhalten, sind glücklich.

Folgende Unterstützungen werden gewährt:

⁵¹ Unter 80 Jahren ist im vorliegenden Datensatz eine Person im Altersheim.

64% der Menschen, die im Altersheim leben, benötigen Hilfe bei Behördenwegen.

50 % der Menschen, die im Altersheim leben, benötigen Hilfe beim Arztbesuch.

29% benötigen Hilfe beim Waschen und Duschen.

21% benötigen Hilfe beim Spaziergehen.

7% benötigen Hilfe beim Anziehen.

Die Personen, die im Altersheim leben kennzeichnen sich durch folgende Merkmale:

- Von 14 Frauen sind 13 verwitwet und 1 Person ist geschieden.
- Sie gehören vorwiegend der Mittelschicht an. 12 Personen haben zwischen 1000 € und 3000 € Einkommen.
- 9 Personen besuchten eine berufsbildende Schule ohne Maturaabschluss.
- Sie treffen sich regelmäßig mit Verwandten. 9 Personen treffen sich mindestens 1x wöchentlich mit Verwandten.

8.4.6. Aktivitäten und Hobbys

Als außerhäusliche Aktivität wird die Variable „spazieren gehen“ herangezogen.

83% der Frauen gehen spazieren, wobei 8% der Frauen eher selten spazieren gehen.

79% der Männer gehen spazieren, wobei 10% der Männer selten spazieren gehen.

45% der Männer und 35% der Frauen betreiben regelmäßig Sport.

Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Hobby und Geschlecht.

Zu Hobbys zählen Gartenarbeit, backen, kochen, basteln, fernsehen, Theater oder Opernbesuche, kegeln, handarbeiten, lesen, Kaffeehausbesuche, Karten spielen, Computerspiele, malen, Mitglied in einem Verein, Briefmarken sammeln, spazieren gehen, Rad fahren und Pflegeunterstützung leisten. Im vorliegenden Datensatz beträgt in Privathaushalten die durchschnittliche Fernsehzeit pro Tag 3 Stunden, im Altersheim 3,5 Stunden und im Pflegeheim 2 Stunden.

Jede Person kann ihr (sein) liebstes Hobby nennen.

45% der befragten Frauen und 31% der befragten Männer üben kein Hobby aus.

Alte Männer geben als Lieblingshobby am häufigsten basteln und alte Frauen Gartenarbeit, lesen und handarbeiten an.

Es wurden weiters Lieblingsfreizeitaktivitäten aufgezählt, die nicht direkt als Hobbys empfunden werden. Dazu gehören Auto fahren, ehrenamtliche Mitarbeit, Tanzkurs, Kinder

unterstützen, Einkäufe für Nachbarn erledigen, wandern, Patience legen, Friedhofsbesuche, Betreuung alter Menschen und Arbeiten am PC.

8.4.7. Chronische Krankheiten

Unter chronischen Krankheiten versteht man solche Erkrankungen, die nicht mehr geheilt werden können und ständig behandelt werden müssen oder abklingen und wiederkehren. Die steigende Anzahl von Krankheiten ist mit dem „älter werden“ nicht zu verhindern. Ab 60 Jahren werden meist drei Krankheiten diagnostiziert. (Berliner Altersstudie 1994) Der Gesundheitszustand im Alter ist meist beeinflusst vom Verhalten in den vergangenen Lebensperioden, daher ist immer die Gesamtbiographie⁵² eines Menschen relevant. (Kruse in Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994 : 334f)

Es gibt im vorliegenden Datensatz nur eine Person, die keine Krankheit angibt, ansonsten werden 1 bis 13 Krankheiten angegeben.

Personen, die an weniger als 5 Krankheiten leiden, nennen einen guten subjektiven Gesundheitszustand.

Zwecks übersichtlicher Analysemöglichkeiten wurde die Variable „chronische Krankheiten“ dichotomisiert, wobei 1- 4 Krankheiten „wenige Krankheiten“ und 5 und „mehr Krankheiten“ viele Krankheiten bedeutet. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Krankheiten und Mobilität. ($p= 0,000$ $CC=0.38$)

Besonders schwer wirkt sich eine Krebserkrankung auf alte Menschen aus.

In der untersuchten Population leiden 18 Personen an einer solchen Erkrankung. (10 Frauen, das sind 13 % der Frauen und 8 Männer, das sind 15 % der Männer)

6 Frauen sind an Brustkrebs und 3 Männer an Prostatakrebs erkrankt.

Von der Gruppe der Krebskranken (18 Personen) sind 4 Personen unzufrieden, 8 Personen sind einsam und 8 Personen sind unglücklich. Unzufriedenheit wird scheinbar am wenigsten durch objektive Ursachen (Diagnose eines Arztes) beeinflusst⁵³.

⁵² Der gesamte Lebenslauf ist zu beachten.

⁵³ Die Krebserkrankung wurde durch eine ärztliche Untersuchung diagnostiziert.

8.4.8. Selbständigkeit

Mehr als die Hälfte, 53 % (69 Personen) der Befragten brauchen Hilfe in der Bewältigung des Alltagslebens.

Nur 47 % der Befragten sind vollkommen selbständig.

Die Hilfeleistung durch Heimhilfe und Altersheim ist ähnlich verteilt.

Der Zusammenhang von Altersgruppe und Hilfeleistung zeigt folgendes Bild:

In der Altersgruppe 1 (75 bis 79Jährige) benötigen von 43 Personen 11 Personen, also 26% Hilfe. Somit sind in dieser Altersgruppe 74 % selbständig.

In der Altersgruppe 2 (80 bis 84Jährige) benötigen von 46 Personen 25 Personen Hilfe. Hier sind nur noch 46% selbständig.

In der Altersgruppe 3 (ab 85Jährige) benötigen von 41 Personen 33 Personen (81%) Hilfe. Der Anteil der Selbständigen beträgt lediglich 19%. Es ist deutlich zu erkennen, dass mit ansteigendem Lebensalter die Unselbständigkeit stark zunimmt.

Ein wichtiges Merkmal ist die Hilfe im Privathaushalt durch eine Heimhilfe.

In der Altersgruppe 1 (75-79) benötigen 1 Mann und 1 Frau Heimhilfe.

In der Altersgruppe 2 (80-84) benötigen 6 Frauen und 1 Mann Heimhilfe.

In der Altersgruppe 3 (85+) benötigen 6 Frauen und 1 Mann Heimhilfe.

Der Bedarf an Heimhilfe ändert sich bei Männern nicht durch das Alter.

Insgesamt beziehen 16 Personen Heimhilfe (12%).

Wenn das Leben zuhause zu beschwerlich wird, dann erfolgt ein Umzug in ein Altersheim oder Pflegeheim (in eine Institution).

In der Altersgruppe 1 (75-79 Jahre) lebt 1 weibliche Person in einer Institution.

In der Altersgruppe 2 (80-84 Jahre) leben 5 weibliche Personen in einer Institution.

In der Altersgruppe 3 (Altersgruppe 85+) leben 13 weibliche Personen in einer Institution.

Insgesamt wohnen 19 Personen in einer Institution (15%).

27% der befragten Personen sind insgesamt auf fremde professionelle Hilfe angewiesen. (Institution oder Heimhilfe)

8.5. Hypothesenüberprüfung

11 Hypothesenthemen dienen dazu, Einflussgrößen auf die Lebensqualität, wie sie in der Berliner Altersstudie, der Bolsa-Studie und den Share Studien Eingang finden, auch für die

vorliegende Arbeit zu überprüfen. Die 11 Hypothesengruppen können, obwohl sie voneinander unabhängig sind, in vier komplexe Gruppen eingeteilt werden:

Soziodemografische Zusammenhänge

Sozioökonomische Zusammenhänge

Gesundheitszustand

Selbstkompetenz und Funktionsfähigkeit.

In den Gruppen wird noch zwischen objektiven und subjektiven Indikatoren unterschieden.

Die abhängige Größe Lebensqualität gliedert sich in allen Hypothesen in:

Zufriedenheit(v1a)

Einsamkeit (v8a)

Glück(v18a).

Jede Hypothese aus Kapitel 7.3. Hypothesenkatalog wird statistisch überprüft. Das bedeutet, dass für jede Hypothese eine Nullhypothese H_0 und eine Alternativhypothese H_1 , dem angewandten statistischen Verfahren entsprechend, formuliert wird. Jedem Test wird, falls nicht anders angegeben, ein Signifikanzniveau von $\alpha = 0,05$ zu Grunde gelegt. Aus Gründen der Lesbarkeit werden die Hypothesen im Weiteren nur in der Form des Hypothesenkatalogs angeführt. Eine explizite Angabe des statistischen Testschemas erfolgt nur, falls es die Untersuchung unbedingt erfordert, beziehungsweise um klar zu kennzeichnen, wie die Überprüfung erfolgt.

8.5.1. Übersicht über die in den Hypothesen verwendeten Variablen

Hypothese	Objektive Variablen	Subjektive Variablen
H1	Alter (v33) Altersgruppen Geschlecht (v21)	jünger fühlen (v15k) Zufriedenheit (v1a) Einsamkeit (v8a) Glück (v18a)
H2	Familienstand (v24) Geschlecht (v21) Altersgruppen	wohlfühlen in Partnerschaft (v15h) Zufriedenheit (v1a) Einsamkeit (v8a) Glück (v18a)
H3	Bildung (v25a) Haushaltseinkommen (v31) Geschlecht (v21) Altersgruppen	Bereichszufriedenheit Haushaltseinkommen (v15p) Zufriedenheit (v1a) Einsamkeit (v8a) Glück (v18a)
H4	Alter (v33) bzw. Altersgruppen Geschlecht (v21) Pflegegeldstufe (v29)	Bereichszufriedenheit Pflege (v5qu) Zufriedenheit (v1a) Einsamkeit (v8a) Glück (v18a)
H5	Wohnsituation(v26a) Geschlecht (v21) Altersgruppen	Bereichszufriedenheit Wohnen (v15o) Zufriedenheit (v1a) Einsamkeit (v8a) Glück (v18a)
H6	Krankheitsindex (v9b bis v9u) Geschlecht (v21) Altersgruppen	Zufriedenheit (v1a) Einsamkeit (v8a) Glück (v18a) Hören (v11b)
H7	Geschlecht Altersgruppen	Subjektiver Gesundheitszustand (v10e) Einsamkeit (v8a) Zufriedenheit (v1a) Glück (v18a)
H8	Behelfeindex (v12e bis 12j) benütze Auto (v5o) benütze öffentliche Verkehrsmittel (v5n) Geschlecht (v21) Altersgruppen	Zufriedenheit (v1a) Einsamkeit (v8a) Glück (v18a)

H9	Hilfeleistungsindex (v5a bis v5h)	Waschen und Duschen (v5a)
	Geschlecht	Zufriedenheit (v1a)
	Altersgruppen	Einsamkeit (v8a)
		Glück (v18a)
H10	Treffen mit Verwandten (v14a)	Bereichszufriedenheit soziale Kontakte (v13t)
	Treffen mit Bekannten (v14b)	Zufriedenheit (v1a)
	Treffen mit Nachbarn (v14c)	Einsamkeit (v8a)
	Geschlecht	Glück (v18a)
	Altersgruppen	
H11	Aktivitätsindex (v16a bis v16qu)	Bereichszufriedenheit Aktivitäten (v16r)
	Geschlecht (v21)	Zufriedenheit (v1a)
	Altersgruppen	Einsamkeit (v8a)
		Glück (v18a)

8.5.2. Soziodemografische Zusammenhänge

8.5.2.1. Chronologisches Alter

Hypothese 1 erforscht, inwiefern sich das **chronologische Alter** beziehungsweise „jünger fühlen“ auf die Zufriedenheit, die Einsamkeit und das Glück auswirken. Die Werte von Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück erstrecken sich von 1 bis 10.

Die Variablen Zufriedenheit (1a), Einsamkeit (8a) und Glück (18a) werden für die Analyse dichotomisiert. Die zusammengefassten Werte 1-5 der Zufriedenheitsskala gelten als „unzufrieden“, die Werte 6-10 als „zufrieden“. Die Werte 1-5 der Einsamkeitsskala ergeben die Kategorie „einsam“, die Werte 6-10 „nicht einsam“. Die Werte 1-5 auf der Glücklichkeitsskala bilden die Kategorie „unglücklich“, die Werte 6-10 „glücklich“. Bei der Variable Alter erfolgt die Unterteilung in drei Altersgruppen: erstens die Gruppe „75 – 79“, zweitens die Gruppe „80 – 84“ und drittens die Gruppe „85+“. Die Altersgruppen sind ordinal trichotom skaliert, Glück, Zufriedenheit und Einsamkeit ordinal dichotom skaliert.

Jünger fühlen wird mit dem Item „*Ich fühle mich jünger als ich bin*“ gemessen. (15a)

Hypothese 1a)

Wenn das kalendarische Alter einer Person hoch ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Die Analyse ergibt keinen signifikanten Zusammenhang ($p=0,241$), daher wird die Nullhypothese beibehalten. Das Alter wirkt sich nicht signifikant auf die Zufriedenheit aus, das heißt ältere Personen fühlen sich nicht unzufriedener als jüngere Personen.

Aus der Kreuztabelle ist ersichtlich, dass der Anteil der Zufriedenen bei den 75-79Jährigen bei 81% liegt. Er sinkt auf 78% bei den 80Jährigen und bleibt beim Übergang zur Altersgruppe 85+ mit 76% annähernd gleich. Somit lässt sich keine deutliche Veränderung der Zufriedenheitswerte mit steigendem Alter erkennen.

Es erfolgt weiters eine Drittvariablenkontrolle durch die Variable Geschlecht.

Es kann weder bei Frauen, noch bei Männern ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Alter gefunden werden.

Die p-Werte zeigen mit 0,078 bei Frauen und 0,708 bei Männern keine Signifikanz. Auch nach Geschlecht getrennt ist jeweils ab dem 80. Lebensjahr ein Abfall der Zufriedenheit zu erkennen, wobei Männer einen leicht erhöhten Prozentsatz bei Zufriedenheit in allen Altersgruppen aufweisen. Männer schätzen sich tendenziell zufriedener ein.

Die Hypothese 1a) wurde nicht bestätigt. (Die H_0 wird beibehalten)

Hypothese 1b)

Wenn das kalendarische Alter einer Person hoch ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Es gibt kein signifikantes Ergebnis ($p\text{-Wert} = 0,055$), daher kann kein Zusammenhang zwischen Alter und Einsamkeit gefunden werden⁵⁴.

Allerdings zeigt sich die Tendenz (ohne Signifikanz), dass die Einsamkeit mit ansteigendem Alter von 16% (75-79 Jahre) auf 24% (80-84 Jahre) und weiters auf 31% (85+) zunimmt.

Nach Geschlecht getrennt sind die Anteile bei den einsamen Frauen mit zunehmendem Alter steigend. Bei den Männern ist bemerkenswert, dass sich Männer über 85 Jahren in dieser Stichprobe nicht einsam fühlen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass in der untersuchten Stichprobe ein höheres kalendarisches Alter nicht zu einer verstärkten Einsamkeit führt.

⁵⁴ Das Signifikanzniveau von 5% wurde somit nur knapp überschritten.

Die Hypothese 1b) wurde nicht bestätigt. (Die H0 wird beibehalten)

Hypothese 1c)

Wenn das kalendarische Alter einer Person hoch ist, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

Das Ergebnis zeigt ebenfalls kein signifikantes Ergebnis (p-Wert von 0,203), das heißt, dass das individuell empfundene Glück nicht altersabhängig ist.

Allerdings zeigt die Tendenz (ohne Signifikanz), dass in der Gruppe der 75 - 79Jährigen 74,4% glücklich sind. Dieser Wert sinkt bei den 80 – 84 Jährigen auf 57,8% und steigert sich bei den 85Jährigen wieder auf 64,3%. Es ist keine altersbezogene Tendenz zu erkennen, dass ältere Personen unglücklicher sind.

Die Hypothese 1c) wurde nicht bestätigt. (Die H0 wird beibehalten)

Tabelle 9 Zufriedenheit in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter
(Es gibt Tendenzen, jedoch keine signifikanten Zusammenhänge)

	75 - 79		80 - 84		85+		gesamt in%(n)
	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	
zufrieden	80 (16)	83 (19)	77 (20)	79 (15)	75 (24)	80 (8)	78 (102)
nicht zufrieden	20 (4)	17 (4)	23 (6)	21 (4)	25 (8)	20 (2)	22 (28)
gesamt	100 (20)	100 (23)	100 (26)	100 (19)	100 (32)	100 (10)	100 (130)

n=130

In der Tabelle 9 **Zufriedenheit in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter** bedeutet in der ersten Zeile erste Spalte der Wert von 80 (16), dass 80% der 75 bis 79 jährigen Frauen (das sind 16 von 20 Frauen in dieser Altersgruppe) zufrieden sind.

Tabelle 10 Einsamkeit in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter
(Es gibt Tendenzen, jedoch keine signifikanten Zusammenhänge)

	75 - 79		80 -84		85+		gesamt in % (n)
	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	
einsam	20 (4)	13 (3)	23 (6)	26 (5)	41 (13)	0 (0)	24 (31)
nicht einsam	80 (16)	87 (20)	77 (20)	74 (14)	59 (19)	100 (10)	76 (99)
gesamt	100 (20)	100 (23)	100 (26)	100 (19)	100 (32)	100 (10)	100 (130)

n=130

In der Tabelle 10 **Einsamkeit in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter** bedeutet in der ersten Zeile erste Spalte der Wert von 20 (4), dass 20% der 75 bis 79 jährigen Frauen (das sind 4 von 20 Frauen in dieser Altersgruppe) einsam sind.

Tabelle 11 Glück in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter
(Es gibt Tendenzen, jedoch keine signifikanten Zusammenhänge)

	75 - 79		80 -84		85+		gesamt in%(n)
	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	Frauen in % (n)	Männer in % (n)	
glücklich	85 (17)	65 (15)	62 (16)	53 (10)	53 (17)	100 (10)	65 (85)
nicht glücklich	15 (3)	35 (8)	38 (10)	47 (9)	47 (15)	0 (0)	35 (45)
gesamt	100 (20)	100 (23)	100 (26)	100 (19)	100 (32)	100 (10)	100 (130)

n=130

In der Tabelle 11 **Glück in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter** bedeutet in der ersten Zeile erste Spalte der Wert von 85 (17), dass 85% der 75 bis 79 jährigen Frauen (das sind 17 von 20 Frauen in dieser Altersgruppe) glücklich sind.

Auch bei Gerhard Majce und Anton Amann spielt das Alter im Bezug auf die Lebensqualität keine Rolle. (Schulz, Strodl, Lang in Majce & Amann 2005: 215-222)

Hypothese 1d)

Wenn sich eine Person jünger fühlt, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 1e)

Wenn sich eine Person jünger fühlt, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 1f)

Wenn sich eine Person jünger fühlt, dann ist ihr Glückgefühl hoch.

Es wird erforscht, ob sich ältere Menschen zufriedener, weniger einsam und glücklicher fühlen, wenn sie sich jünger fühlen. Tews (1993)erkennt eine „Verjüngung des Alters“. Die meisten älteren und alten Personen schätzen sich subjektiv jünger ein, als andere Personen ihres Alters sich einschätzen würden. Die statistische Auswertung zeigt, dass Zufriedenheit nicht signifikant (p = 0,059, n.s.), Einsamkeit (Phi = 0.32, p = 0,000) und Glück (Phi = 0,39, p = 0,000) signifikant mit subjektiv „jünger fühlen“ zusammenhängen. Die Tendenz, sich im Alter jünger zu fühlen,

ist sowohl bei Männern, wie auch bei Frauen gleich vorhanden. Insgesamt fühlen sich 52% der Befragten und zwar 67 von 130 Personen jünger als es ihr chronologisches Alter anzeigt. Subjektiv fühlen sich die Befragten jünger als sie tatsächlich sind.

Die Hypothese 1d wurde nicht bestätigt. (Die H0 wird beibehalten)

Die Hypothesen 1e und 1 f wurden bestätigt. (Die H1 wird angenommen)

8.5.2.2. Familienstand

Die vorherrschenden Alterstheorien beschreiben die negativen Auswirkungen der Verwitwung auf die Lebensqualität von alten Menschen. (Glatzer 1984, Rosenmayr 2006, Lehr 2007)

Dies wird mit folgenden Hypothesen untersucht:

Hypothese 2a)

Wenn eine Person vom Verlusterlebnis der Verwitwung betroffen ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 2b)

Wenn eine Person vom Verlusterlebnis der Verwitwung betroffen ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 2c)

Wenn eine Person vom Verlusterlebnis der Verwitwung betroffen ist, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

In der vorliegenden Studie sind die untersuchten Personen länger als ein Jahr verwitwet.

Kürzer zurückliegende Verwitwung wirkt sich noch stärker auf die Lebensqualität aus.

Der Familienstand (v24) kann wie folgt angegeben werden:

verheiratet, ledig, geschieden, in Partnerschaft lebend, verwitwet alleinlebend und verwitwet und in Partnerschaft lebend.

Sodann wurde eine neue dichotome Variable für „Verwitwung“ erstellt.

In der Analyse wurde unterschieden, ob eine Person verwitwet ist oder nicht.

Die Verwendung der Lebensqualitätsparameter wurde bereits im vorigen Kapitel beschrieben. (Zufriedenheit, Einsamkeit, Glück) Es wurden die dichotomen Variablen von Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück verwendet.

Tabelle 12 Zusammenhang von Zufriedenheit mit Verwitwung
(Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang)

	verwitwet		nicht verwitwet		gesamt
	zufrieden	nicht zufrieden	zufrieden	nicht zufrieden	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
75 - 79	7 (9)	3(4)	20(26)	3(4)	33 (43)
80 - 84	14(18)	5(6)	13(17)	3(4)	35 (45)
85+	15(19)	5(7)	10(13)	2(3)	32 (42)
gesamt	36(46)	13 (17)	43(56)	8 (11)	100 (130)

n=130

In der Tabelle 12: **Zusammenhang von Zufriedenheit mit Verwitwung** bedeutet in der ersten Zeile erste Spalte der Wert von 7 (9), dass 7% der 75 bis 79 jährigen Verwitweten (das sind 9 von 130 Personen) zufrieden sind.

Die Zufriedenheit hängt mit einem p-Wert von 0,143 nicht mit der Verwitwung zusammen. Dennoch sind Tendenzen zu sehen.

Es können signifikante Unterschiede bei Einsamkeit und Glück gefunden werden.

Verwitwete Personen sind einsamer. (p =0,000, CC= 0,34)

Tabelle 13 Zusammenhang von Einsamkeit mit Verwitwung

	verwitwet		nicht verwitwet		gesamt
	einsam	nicht einsam	einsam	nicht einsam	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
75 - 79	5(6)	5(7)	1(1)	22(29)	33(43)
80 - 84	7(9)	12(15)	2(2)	15(19)	35(45)
85+	7(10)	12(16)	2(3)	10(13)	32(42)
gesamt	19(25)	29(38)	5(6)	47(61)	100(130)

n=130

In der Tabelle 13: **Zusammenhang von Einsamkeit mit Verwitwung** bedeutet in der ersten Zeile erste Spalte der Wert von 5 (6), dass 5% der 75 bis 79 jährigen Verwitweten (das sind 6 von 130 Personen) einsam sind.

Tabelle 14 Zusammenhang von Glück mit Verwitung

	verwitwet		nicht verwitwet		gesamt
	glücklich	nicht glücklich	glücklich	nicht glücklich	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	
75 - 79	6(7)	5(6)	19(25)	4(5)	33(43)
80 - 84	9(12)	9(12)	11(14)	5(7)	35(45)
85+	12(16)	8(10)	8(11)	4(5)	32(42)
gesamt	27(35)	22(28)	38(50)	13(17)	100(130)

n=130

In der Tabelle 14 **Zusammenhang von Glück mit Verwitung** bedeutet in der ersten Zeile erste Spalte der Wert von 6 (n=7), dass 6% der 75 bis 79 jährigen Verwitweten (das sind 7 von 130 Personen) einsam sind.

Die Hypothese 2a, dass das Verlusterlebnis der Verwitung zu einer niedrigeren allgemeinen Lebenszufriedenheit führt, kann nicht bestätigt werden. Die Hypothesen 2b und 2c, die behaupten, dass das Verlusterlebnis der Verwitung zu einer hohen subjektiven Einsamkeit und zu einem niedrigen Glücksgefühl führen, konnten bestätigt werden.

Die Hypothese 2a wurde nicht bestätigt. (Die H0 wird beibehalten)

Die Hypothesen 2b und 2c wurden bestätigt. (Die H1 wird angenommen)

Nicht verwitwete Personen sind glücklicher. (CC = 0,2 p = 0,022)

Um die Frage, ob auch das Geschlecht auf die Interaktion zwischen Lebensqualität und Familienstand Einfluss nimmt beantworten zu können, wird die Lebensqualität aufgeschlüsselt nach Familienstand und Geschlecht betrachtet. In diesem Fall wurden die Variablen Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück nicht dichotomisiert verwendet. Dabei werden die Skalen der Lebensqualität in den jeweiligen Untergruppen mit Hilfe von Mittelwerten verglichen. Alle Untergruppen können als annähernd normal verteilt angenommen werden und die Skalierung erlaubt die Behandlung wie metrische Variable.

Tabelle 15 Familienstand, Geschlecht, Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück

MW steht für Mittelwert und STW für Standardabweichung

Geschlecht	Familienstand	n	zufrieden MW (STW)	nicht einsam MW (STW)	glücklich MW (STW)
Frauen	verheiratet	15	7,20 (2,04)	7,67 (2,53)	6,40 (2,75)
	verwitwet	46	6,98 (2,13)	6,17 (2,50)	6,00 (2,29)
	weder verh. noch verw.	17	7,12(2,23)	7,47 (2,18)	7,06 (1,95)
	gesamt	78	7,00 (2,11)	6,53 (2,57)	6,08 (2,39)
Männer	verheiratet	35	7,46 (1,87)	8,60 (1,42)	7,29 (2,28)
	verwitwet	12	6,42 (2,43)	5,25 (2,30)	6,08 (2,31)
	weder verh. noch verw.	5	6,80(1,48)	6,60 (0,89)	5,50 (1,14)
	gesamt	52	7,19 (2,05)	7,74 (2,22)	6,98 (2,33)
gesamt	verheiratet	50	7,35 (1,93)	8,31 (1,91)	6,96 (2,46)
	verwitwet	58	6,84 (2,19)	5,95 (2,42)	6,03 (2,27)
	weder verh. noch verw.	22	7,05(2,06)	7,27 (1,98)	6,73 (1,89)
	gesamt	130	7,09 (2,06)	7,10 (2,40)	6,47 (2,35)

In der Tabelle 15 **Familienstand, Geschlecht, Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück**

bedeuten höhere Werte mehr Zufriedenheit, weniger Einsamkeit und mehr Glück.

Die Analyse zeigt, dass in der vorliegenden Stichprobe verheiratete Männer und Frauen bessere Lebensqualitätswerte als verwitwete Personen aufweisen. (Skalenwerte)

Tabelle 15 zeigt folgende Ergebnisse:

Verheiratete Männer sind zufriedener als verheiratete Frauen.

Verwitwete Frauen sind zufriedener als verwitwete Männer.

Verwitwung ist ein Grund für geringe Zufriedenheit.

Am einsamsten sind verwitwete Männer.

Verwitwung führt bei alten Menschen zur Einsamkeit. Die Differenz hinsichtlich Einsamkeit ist bei Männern größer als bei Frauen.

Verheiratete Männer sind somit in der vorliegenden Stichprobe am glücklichsten, verwitwete Männer sind am wenigsten glücklich.

Hypothese 2d)

Wenn sich eine Person in der Partnerschaft wohl fühlt, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 2e)

Wenn sich eine Person in der Partnerschaft wohl fühlt, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 2f)

Wenn sich eine Person in der Partnerschaft wohl fühlt, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Es interessiert, inwieweit der subjektive Faktor „Wohlfühlen in der Partnerschaft (v15h)“

Einfluss auf die Lebensqualitätsparameter Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück ausübt.

93 % der Männer und 71 % der Frauen fühlen sich wohl in der Partnerschaft.

Bei Einsamkeit ($\Phi = 0,36$, $p = 0,007$) und Glück ($\Phi = 0,53$, $p = 0,000$) kann ein signifikanter Zusammenhang mit „Wohlfühlen in der Partnerschaft“ nachgewiesen werden.

Zufriedenheit steht in keinem signifikanten Zusammenhang mit „Wohlfühlen in der Partnerschaft“ ($p = 0,109$).

Die Hypothese **2d**, die behauptet, dass bei einer Person die sich in der Partnerschaft wohl fühlt die eigene allgemeine Lebenszufriedenheit hoch ist, kann **nicht bestätigt** werden.

(Die H0 wird beibehalten)

Die Hypothesen 2e und 2f werden bestätigt. (Die H1 wird angenommen)

Das bedeutet, wenn sich eine Person in der Partnerschaft wohl fühlt, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig und ihr Glücksgefühl hoch.

8.5.3. Sozioökonomische Zusammenhänge

8.5.3.1. Der sozioökonomische Status (SES)

Hoher **sozioökonomischer Status** bedeutet hohe Lebensqualität.

Diese These wird in **Hypothese 3** näher untersucht.

Hypothese 3a)

Wenn der sozioökonomische Status einer Person hoch ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 3b)

Wenn der sozioökonomische Status einer Person hoch ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 3c)

Wenn der sozioökonomische Status einer Person hoch ist, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Der Sozioökonomische Status wird bei der vorliegenden Untersuchung aus den Variablen Haushaltseinkommen und „höchste abgeschlossene Bildungsstufe“ konstruiert.

Der Status soll zeigen, inwieweit sich die Ausbildung und das Einkommen auf die Lebensqualität von alten Menschen auswirken.

Die Variable Haushaltseinkommen (v31) wird in geringes Einkommen (die Werte 1-5 wurden zum Wert 1 zusammengefasst), mittleres Einkommen (die Werte 6-12 wurden zum Wert 2 zusammengefasst) und hohes Einkommen (die Werte 13-23 wurden zum Wert 3 zusammengefasst) trichotomisiert.

Die Variable Ausbildung (v25a) wird zu den Werten geringe Bildung (die Werte 1 und 2 wurden zum Wert 1 zusammengefasst= Pflichtschule), mittlere Bildung (die Werte 3 und 4 wurden zum Wert 2 zusammengefasst= BHS und AHS) und hohe Bildung (Wert 5= Hochschule) trichotomisiert. Die Analyse zeigt, dass Ausbildung und Haushaltseinkommen in einem höchst signifikanten positiven Zusammenhang stehen. (SES: CC= 0,62, p=0,00)

Der SES wird wie folgt gebildet:

Niederer Status soll heißen: Fälle: 1*1 oder 2*1 oder 1*2

Mittlerer Status soll heißen: Fälle 2*2 oder 1*3 oder 3*1

Hoher Status soll heißen: Fälle: 3*2 oder 2*3 oder 3*3

Die Zufriedenheit hängt signifikant mit dem sozioökonomischen Status zusammen.

(CC = 0,28, p = 0,004) Personen mit mittlerem Status erweisen sich am zufriedensten, Personen mit hohem Status sind am wenigsten zufrieden.

Die Einsamkeit und das Glück hängen nicht mit dem sozioökonomischen Status zusammen.

(Einsamkeit p = 0,254, Glück p = 0.236)

Eine Trennung nach Männern und Frauen zeigt, dass Männer aufgrund des signifikanten Zusammenhanges einen höheren Status als Frauen besitzen. (Geschlecht CC =0,28, p= 0,004). Ein hoher Status wird bei 9% der Frauen und 29% der Männer festgestellt.

Eine Trennung nach Altersgruppen zeigt, dass bei den 80-84Jährigen der sozioökonomische Status Einfluss auf Zufriedenheit und Glück nimmt.

(Zufriedenheit p = 0,024, Glück p = 0,012). Bei der Altergruppe 85plus ist kein signifikantes Ergebnis abzulesen.

Die Hypothese **3a)**, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit mit dem sozioökonomischen Status“ in Zusammenhang steht, **kann bestätigt werden.**

(Die H1 wird bei Hypothese 3a) angenommen).

Die Hypothesen 3b) und 3c) können nicht bestätigt werden, das heißt die H0 wird beibehalten.

Hypothese 3d)

Je zufriedener eine Person mit ihrem Haushaltseinkommen (Bereichszufriedenheit Einkommen) ist, desto höher ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 3e)

Je zufriedener eine Person mit ihrem Haushaltseinkommen (Bereichszufriedenheit Einkommen) ist, desto niedriger ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 3f)

Je zufriedener eine Person mit ihrem Haushaltseinkommen (Bereichszufriedenheit Einkommen) ist, desto höher ist ihr Glücksgefühl.

Bei den Hypothesen 3d), 3e) und 3f) entscheidet nicht die Höhe des Haushaltseinkommens, sondern die Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen (v15p). Eine Person mit niedrigem Haushaltseinkommen kann sich als sehr zufrieden einschätzen.

Die Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen (v15p) hängt mit der Overallzufriedenheit (1a) signifikant zusammen ($p = 0,031$), allerdings ist die Stärke des Zusammenhangs mit $r=0,19$ (Spearman r) sehr schwach. Die Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen hängt nicht mit Einsamkeit beziehungsweise Glück zusammen.

(Einsamkeit $p = 0,51$, Glück $p = 0,32$)

Somit kann die Hypothese 3d bestätigt werden. (Die H1 wird angenommen)

Die Hypothesen 3e und 3f können nicht bestätigt werden.

(Die H0 wird beibehalten)

8.5.3.2. *Pflegebedarf - Pflegegeld*

Viele alte Menschen haben Angst pflegebedürftig zu werden. Da Frauen älter als Männer werden, sind sie einer höheren Wahrscheinlichkeit Pflege in Anspruch nehmen zu müssen ausgesetzt. (Wolfinger 2006)

Hypothese 4a)

Je höher der Pflegebedarf (das Pflegegeld) einer Person ist, desto niedriger ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 4b)

Je höher der Pflegebedarf (das Pflegegeld) einer Person ist, desto höher ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 4c)

Je höher der Pflegebedarf (das Pflegegeld) einer Person ist, desto niedriger ist ihr Glücksgefühl.

Für die Analyse werden die Variablen Pflegestufe (v29) (0 bedeutet kein Pflegegeld bis 5 bedeutet Pflegegeldstufe 4 oder höher), Zufriedenheit (1a), Einsamkeit(8a), Glück (18a) verwendet.

Die bivariate Korrelation nach Spearman zeigt, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Lebensqualitätsparametern Glück, Zufriedenheit und Einsamkeit und dem Bezug von Pflegegeld gibt.

Tabelle 16 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Pflegegeldstufe

Zufriedenheit	$p=0,011$	$r=-0,22$
Einsamkeit	$p=0,000$	$r=-0,45$
Glück	$p=0,000$	$r=-0,37$

Je höher das Pflegegeld (Pflegestufe) ist, desto unzufriedener ist die betreffende Person.

Je höher das Pflegegeld (Pflegestufe) ist, desto einsamer ist die betreffende Person.

Je höher das Pflegegeld (Pflegestufe) ist, desto unglücklicher ist die betreffende Person.

Die Hypothesen 4a), 4b) und 4c) werden bestätigt. (Die H1 wird angenommen)

Tabelle 17 **Pflegegeldbezug in den Altersgruppen**

	Frauen		Männer		gesamt
	bezieht Pflegegeld	kein Pflegegeld	bezieht Pflegegeld	kein Pflegegeld	
	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)	% (n)
75 - 79	5 (2)	47(18)	22 (2)	49 (21)	33 (43)
80 - 84	28 (11)	42 (16)	22 (2)	40 (17)	35 (46)
85+	67 (27)	11 (4)	56 (5)	11 (5)	32 (41)
gesamt	100 (40)	100 (38)	100 (9)	100 (43)	100 (130)

Es gibt weiters einen signifikanten Zusammenhang zwischen Pflegestufe und Geschlecht. ($r= 0,31$, $p= 0,000$). Tabelle 17 zeigt, dass Frauen öfters Pflegegeld beziehen als Männer⁵⁵.

Das bedeutet, dass Frauen eine höhere Pflegegeldstufe nennen beziehungsweise überhaupt öfter Pflegegeld beziehen als Männer.

Die nähere Analyse in den Altersstufen zeigt folgendes Bild:

Bei den 75-79 jährigen Personen („Junge Alte“) besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen den drei Lebensqualitätsparametern Glück, Zufriedenheit und Einsamkeit und dem Bezug von Pflegegeld.

Bei den 80-84Jährigen zeigt sich nur beim Glück ein signifikanter Zusammenhang.

Bei der Gruppe 85+ besteht bei Einsamkeit ($r= 0,41$, $p= 0,006$) und dem Glück ($r= 0,33$, $p= 0,03$) ein signifikanter Zusammenhang.

Bei Hochaltrigen (ab 80 Jahren) sind Glück und Pflegebedürftigkeit deutlich miteinander verbunden. Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Glück und Pflegegeldbezug ($r = 0,32$, $p = 0,000$).⁵⁶

⁵⁵ 40 Frauen und 9 Männer beziehen Pflegegeld.

⁵⁶ Das Glück hängt in allen Altersstufen signifikant mit dem Pflegegeldbezug zusammen.

Tabelle 18 Signifikante Zusammenhänge: Pflegegeld mit Lebensqualitätsparametern

Pflegegeld	Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
75 - 79	+	+	+
80 - 84			+
85plus		+	+

+ veranschaulicht das Vorhandensein eines signifikanten Zusammenhanges zwischen dem Pflegegeld und Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück. Die Tabelle zeigt, dass bei den 75-79Jährigen ein signifikanter Zusammenhang zwischen Zufriedenheit, Einsamkeit, Glück und Pflegegeld besteht (1.Zeile).

Die folgenden Hypothesen überprüfen den Zusammenhang zwischen Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege (v5qu) und Lebensqualität.

4d) Je zufriedener eine Person mit ihrer Pflege (Bereichszufriedenheit Pflege) ist, desto höher ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

4e) Je zufriedener eine Person mit ihrer Pflege (Bereichszufriedenheit Pflege) ist, desto niedriger ist ihre subjektive Einsamkeit.

4f) Je zufriedener eine Person mit ihrer Pflege (Bereichszufriedenheit Pflege) ist, desto höher ist ihr Glücksgefühl.

Weiters ist von Interesse, inwieweit die Bereichszufriedenheit mit der Pflege (5qu) einen Einfluss auf Overallzufriedenheit (1a), Einsamkeit (8a) und Glück (18a) ausübt.

Bei Zufriedenheit ($r = 0,34$, $p = 0,01$), bei Einsamkeit ($r = 0,34$, $p = 0,01$) und bei Glück ($r = 0,42$, $p = 0,002$) kann ein signifikanter Zusammenhang mit „Zufriedenheit mit der erhaltenen Pflege“ festgestellt werden. (Spearman Korrelation)

Die Hypothesen 4d, 4e und 4f können bestätigt werden.

(Bei den genannten Hypothesen wird die H1 angenommen)

Es nehmen von den 130 Befragten 51 Personen Pflege in Anspruch. Die Auswertung zeigt deutlich, dass sich eine zufriedenstellende Pflege auf die Lebensqualität positiv auswirkt. Dies wird für die Wohnorte Privathaushalt, Altersheim und Pflegeheim zusammen ausgewertet. Im Detail zeigt sich, dass alle Altersheimbewohner, die Pflege benötigen, sehr zufrieden mit ihrer Pflege sind. Die Pflege in Privathaushalten und im Pflegeheim wird nicht nur positiv beurteilt, hier gibt es auch schlechtere Beurteilungen über die erhaltene Pflege.

Tabelle 19 Bereichszufriedenheit mit Pflege

	Privathaushalt	Altersheim	Pflegeheim	gesamt
mit Pflege:	(n)	(n)	(n)	
sehr zufrieden	10	13	2	25
zufrieden	10			10
teilweise zufrieden	10		2	12
wenig zufrieden	3		1	4
keine Pflege	78	1		79
gesamt	111	14	5	130

Tabelle 20 Signifikante Zusammenhänge: Pflegebedarf mit Lebensqualitätsparametern

	Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Pflegegeld	+	+	+
Bereich Pflege	+	+	+

(+ veranschaulicht einen signifikanten Zusammenhang zwischen Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück und dem Pflegebedarf, sowie der Zufriedenheit mit dem Bereich Pflege)

8.5.3.3. Wohnsituation: Privathaushalt oder Altersheim

Sind Glück, Zufriedenheit und nicht einsam sein abhängig von der Wohnsituation? Es wird zwischen den Orten Privathaushalt, Altersheim und Pflegeheim unterschieden.

Hypothese 5a)

Wenn weibliche Personen in einem Altersheim leben, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 5b)

Wenn weibliche Personen in einem Altersheim leben, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 5c)

Wenn weibliche Personen in einem Altersheim leben, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

Die Variable Pflegeinstitutionen (v26a) weist vier Kategorien auf: Pflege im Privathaushalt, Altersheim, Privathaushalt ohne Pflege und Pflegeheim.

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den genannten Stufen und den abhängigen Variablen Zufriedenheit dichotom (CC = 0.24, p = 0.048), Einsamkeit dichotom (CC = 0,27, p = 0,016) und Glück dichotom (CC = 0.33, p = 0,001) zeigt signifikante Ergebnisse.

Tabelle 21 Zufriedenheit im Zusammenhang mit Wohnort

Pflege	zufrieden % (n)	nicht zufrieden % (n)	gesamt % (n)
Pflege im Privathaushalt	13 (13)	26 (7)	15 (20)
Altersheim	11 (11)	11 (3)	11 (14)
Pflegeheim	2 (2)	11 (3)	4 (5)
privat ohne Pflege	75 (77)	52 (14)	70 (91)
gesamt	100 (103)	100 (27)	100 (130)

Tabelle 22 Einsamkeit im Zusammenhang mit Wohnort

Pflege	einsam % (n)	nicht einsam % (n)	gesamt % (n)
Pflege im Privathaushalt	26 (8)	12 (12)	15 (20)
Altersheim	16(5)	9 (9)	11 (14)
Pflegeheim	10 (3)	2 (2)	4 (5)
privat ohne Pflege	48 (15)	77 (76)	70 (91)
gesamt	100 (31)	100 (99)	100 (130)

Tabelle 23 Glück im Zusammenhang mit Wohnort

Pflege	glücklich % (n)	nicht glücklich % (n)	gesamt % (n)
Pflege im Privathaushalt	8 (7)	29 (13)	15 (20)
Altersheim	11 (9)	11 (5)	11 (14)
Pflegeheim	1 (1)	9 (4)	4 (5)
privat ohne Pflege	80 (68)	51 (23)	70 (91)
gesamt	100 (85)	100 (45)	100 (130)

Es befinden sich in der untersuchten Population im Altersheim beziehungsweise im Pflegeheim nur weibliche Personen.

Personen, die im Altersheim oder ohne Pflege zuhause wohnen sind zum überwiegenden Teil zufrieden (Tabelle 21). Personen mit Pflege zuhause sind ebenfalls mehrheitlich

zufrieden, wengleich hier der Anteil an zufriedenen Frauen geringer als im Altersheim beziehungsweise ohne Pflege zuhause ist. Personen die im Pflegeheim leben, sind deutlich unzufriedener. Die gleiche Tendenz ist für Einsamkeit und Glück abzulesen.

Die Hypothesen 5a, 5b und 5c können bestätigt werden.

(Bei den genannten Hypothesen wird die H1 angenommen)

Hypothese 5d)

Wenn eine Person mit ihrer Wohnsituation zufrieden ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 5e)

Wenn eine Person mit ihrer Wohnsituation zufrieden ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 5f)

Wenn eine Person mit ihrer Wohnsituation zufrieden ist, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Die „Zufriedenheit im Großen und Ganzen“ (1a) ist hinsichtlich der **Bereichszufriedenheit Wohnen** (Wohnqualität v15o) unterschiedlich. Am zufriedensten sind Personen, die im Altersheim leben (93 % sind sehr zufrieden).⁵⁷ Ähnlich zufrieden sind Personen, die im Privathaushalt leben (58 % mit und ohne Hilfe sind sehr zufrieden). Nur die Gruppe der im Pflegeheim lebenden Personen ist deutlich unzufrieden mit ihrem Wohnort (20 % sind sehr zufrieden).

Tabelle 24 Zusammenhang - Wohnen mit Lebensqualitätsparametern

Wohnort	Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Altersheim	+		
Privathaushalt			
Bereich Wohnen	+		

(+ veranschaulicht einen signifikanten Zusammenhang zwischen Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück und dem Wohnort)

⁵⁷ Nur eine Person unter 80 Jahren lebt in der eigenen Studie im Altersheim. Von 80-84 Jahren leben 4 Personen im Altersheim. Ab 85+ leben 9 Personen im Altersheim

Der Wohnort beziehungsweise der Ort der Pflege beeinflusst den Lebensqualitätsparameter Zufriedenheit signifikant.

Bei Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück geben Personen ohne Pflegebedarf und Personen im Altersheim eine deutlich bessere Lebensqualität an. Die Frage nach dem Zusammenhang zwischen Zufriedenheit und Zufriedenheit mit dem Wohnort wurde interessanterweise von im Altersheim lebenden Personen mit der höchsten Zufriedenheit beantwortet.

Die H 5d wird bestätigt. (Die H1 wird angenommen)

Die H 5e und H 5f können nicht bestätigt werden. (Die H0 wird beibehalten)

8.5.4. Gesundheitszustand

8.5.4.1. Anzahl der Krankheiten

In **Hypothese 6** wird der Zusammenhang zwischen der **Anzahl der Krankheiten**

(Krankheitsindex) einer Person und Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück überprüft.

Die Krankheiten werden durch die Items 9b - 9v gemessen. Es handelt sich hier nur um von einem Arzt diagnostizierte Krankheiten.

Dieser Index wird aus folgenden Einzelvariablen gebildet:

„Wurde eine Herzerkrankung diagnostiziert?“ (9b)

„Wurde Bluthochdruck diagnostiziert?“ (9c)

„Wurde ein hoher Cholesterinspiegel diagnostiziert?“ (9d)

„Wurde ein Schlaganfall diagnostiziert?“ (9e)

„Wurde eine Lungenkrankheit diagnostiziert?“ (9f)

„Wurde Asthma diagnostiziert?“ (9g)

„Wurde Osteoporose diagnostiziert?“ (9h)

„Wurde eine Krebserkrankung diagnostiziert?“ (9i)

„Wurden Knochenbrüche diagnostiziert?“ (9j),

„Wurde eine Zuckerkrankheit diagnostiziert?“ (9k)

„Wurde eine Magenerkrankung diagnostiziert?“ (9l)

„Wurde eine Depression diagnostiziert?“ (9m)

„Wurde Vergesslichkeit (Demenz) diagnostiziert?“ (9n)

„Wurden Schwindelanfälle diagnostiziert?“ (9o),

„Wurde eine Prostataerkrankung diagnostiziert?“ (9p)

„Bekamen sie eine neue Hüfte, neue Kniegelenke oder andere künstliche Gelenke?“ (9qu)

- „Wurde eine Unterleibserkrankung diagnostiziert?“ (9r)
- „Haben sie Probleme beim Harnlassen?“ (9s)
- „Haben sie Probleme beim Stuhlgang?“ (9t)
- „Haben sie eine Krankheit, die nicht erwähnt wurde?“ (9u)
- „Wurden Angstzustände diagnostiziert?“ (9v)

Der Krankheitsindex zeigt sich etwas inhomogen, denn es gibt bei Erkrankungen sehr individuelle Ausprägungen. Cronbach Alpha nimmt beim Krankheitsindex einen Wert von 0,53 an.

Besonders hervorzuheben ist, dass in der untersuchten Population 26 Frauen ab 85 Jahren fünf oder mehr Krankheiten angeben (33%), jedoch nennen nur fünf Männer in der betreffenden Altersstufe fünf oder mehr Krankheiten (10%).

Hypothese 6a)

Je höher die Anzahl der Krankheiten (der Krankheitsindex) einer Person ist, desto niedriger ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Die Korrelation nach Spearman ergibt einen schwachen Zusammenhang von $r = 0,28$ ($p = 0,001$) zwischen der Anzahl der Krankheiten und Zufriedenheit (siehe Tabelle 25 Korrelation Anzahl der Krankheiten mit den Parametern der Lebensqualität). Die Alternativhypothese wird angenommen.

Hypothese 6b)

Je höher die Anzahl der Krankheiten (der Krankheitsindex) einer Person ist, desto höher ist ihre subjektive Einsamkeit.

Zwischen den Variablen Anzahl der Krankheiten und der Skala Einsamkeit kann ein mittelstarker Zusammenhang festgestellt werden. Die Korrelation nach Spearman zeigt einen höchst signifikanten Wert von 0,44 ($p=0,000$) (siehe Tabelle 25: Korrelation Anzahl der Krankheiten mit den Parametern der Lebensqualität).

Hypothese 6c)

Je höher die Anzahl der Krankheiten (der Krankheitsindex) einer Person ist, desto niedriger ist ihr Glücksgefühl.

Die Anzahl der Krankheiten steht in höchst signifikantem Zusammenhang zu Glück ($r = 0,38$, $p= 0,000$).

Tabelle 25 Korrelation Anzahl der Krankheiten mit den Parametern der Lebensqualität (Spearman)

n=130

		Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Anzahl der Krankheiten	r	-0,28	-0,44	-0,38
	Signifikanz	0,001	0,000	0,000

Ein signifikanter Zusammenhang zwischen Zufriedenheit, Glück, Einsamkeit und Anzahl der Krankheiten kann nachgewiesen werden.

Die H 6a), die H 6b) und die H 6c) können bestätigt werden.

(Die H1 wird angenommen)

Die geschlechtsspezifische Überprüfung ergibt bei Frauen (Spearman $r = 0,48$, $p = 0,000$) und bei Männern (Spearman $r = 0,34$, $p = 0,014$) eine signifikante Korrelation zwischen dem Lebensalter und der Anzahl der Krankheiten.

Die Mittelwerte bei der Anzahl der Krankheiten betragen bei Frauen 5,3 Krankheiten und bei Männern 5,0 Krankheiten.

Weiters werden erneut die trichotomisierten Altersgruppen verwendet, die Variable Anzahl der Krankheiten (Index Krankheiten) wird in eine neue Variable „unter 5 Krankheiten“ und „5 Krankheiten und mehr als 5 Krankheiten“ dichotomisiert⁵⁸.

Tabelle 26 Korrelation Anzahl der Krankheiten und Lebensqualität bei Frauen
n=130

		Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Anzahl der Krankheiten	r	-0,29	-0,42	-0,39
	Signifikanz	0,011	0,000	0,000

⁵⁸ Die Einteilung in weniger als 5 Krankheiten und 5 oder mehr Krankheiten erfolgte aufgrund des Mittelwertes der neu gebildeten Variable „Krankheitsindex“.

Tabelle 27 Korrelation Anzahl der Krankheiten und Lebensqualität bei Männern
n=130

		Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Anzahl der Krankheiten	r	n.s.	-0,44	-0,30
	Signifikanz	0,308	0,01	0,032

Bei Frauen hängt die Anzahl der Krankheiten mit der Lebensqualität signifikant zusammen. Bei Männern besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Anzahl der Krankheiten und Zufriedenheit ($p=0,308$). Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Glück, Einsamkeit und Anzahl der Krankheiten. Die Kontrollvariable Alter zeigt keinen Einfluss auf die Zusammenhänge.

Für einen Gruppenvergleich wurde eine Varianzanalyse durchgeführt.

Um die Einflüsse von Geschlecht und Alter in den Hypothesen 6a bis 6c zu untersuchen und um gegebenenfalls Wechselwirkungen der Subgruppen aufzuzeigen, wurde zur Kontrolle eine 2-fache Varianzanalyse durchgeführt.

Die abhängige Variable ist die Anzahl der Krankheiten (Index, metrisch) und zur Gruppierung dienen die Faktoren Geschlecht und Alter (drei Altersgruppen).

Das ergibt für das Geschlecht und für die 3 Altersgruppen 6 Untergruppen.

Die Normalverteilungsvoraussetzung kann für alle Variablen beziehungsweise alle Untergruppen beibehalten werden.

Das Ergebnis zeigt homogene Varianzen in den sechs Untergruppen. (Levene Test $p=0,081$)

Geschlecht hat keinen Einfluss ($p=0,991$). Die Altersgruppen nehmen Einfluss auf die Häufigkeit der Anzahl der Krankheiten. Es sind keine Wechselwirkungen zwischen Alter und Geschlecht ersichtlich ($p=0,091$).

Tabelle 28 Anzahl der Krankheiten

Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Anzahl der Krankheiten

Geschlecht	Altersgruppen	Mittelwert	Standardabweichung	N
Frauen	75 - 79	3,55	1,504	20
	80 - 84	4,69	2,635	26
	85 oder älter	7,12	2,780	32
	Gesamt	5,40	2,866	78
Männer	75 - 79	4,30	2,803	23
	80 - 84	5,58	3,097	19
	85 oder älter	5,50	2,506	10
	Gesamt	5,00	2,877	52
Gesamt	75 - 79	3,95	2,299	43
	80 - 84	5,07	2,840	45
	85 oder älter	6,74	2,777	42
	Gesamt	5,24	2,866	130

Tabelle 29 ANOVA

Tests der Zwischensubjekteffekte

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
Korrigiertes Modell	201,618 ^a	5	40,324	5,828	,000
Konstanter Term	2994,096	1	2994,096	432,718	,000
V21	,001	1	,001	,000	,991
Altersgruppen	102,558	2	51,279	7,411	,001
V21 * Altersgruppen	33,833	2	16,916	2,445	,091
Fehler	857,990	124	6,919		
Gesamt	4627,000	130			
Korrigierte Gesamtvariation	1059,608	129			

a. R-Quadrat = ,190 (korrigiertes R-Quadrat = ,158)

Die Post hoc Tests zeigen, dass ab 85-Jährige signifikant mehr Krankheiten als die beiden jüngeren Altersgruppen angeben. (Scheffe Test: 85 zu 75+ $p = 0,000$, 85 zu 80+ $p = 0,014$)

Die Gruppe 85+ nennt durchschnittlich um 3 Krankheiten mehr als die 75-79Jährigen und um 2 Krankheiten mehr als die 80-84Jährigen.

Tabelle 30 Post Hoc Test: Anzahl der Krankheiten * Altersgruppen
Multiple Comparisons

Scheffé Test

(I)Altersgruppen	(J)Altersgruppen	Mittlere Differenz (I-J)	Standardfehler	Sig.	95%-Konfidenzintervall	
					Untergrenze	Obergrenze
75 - 79	80 - 84	-1,11	,561	,144	-2,50	,28
	85 oder älter	-2,78*	,571	,000	-4,20	-1,37
80 - 84	75 - 79	1,11	,561	,144	-,28	2,50
	85 oder älter	-1,67*	,564	,014	-3,07	-,27
85 oder älter	75 - 79	2,78*	,571	,000	1,37	4,20
	80 - 84	1,67*	,564	,014	,27	3,07

Grundlage: beobachtete Mittelwerte.

Der Fehlerterm ist Mittel der Quadrate(Fehler) = 6,919

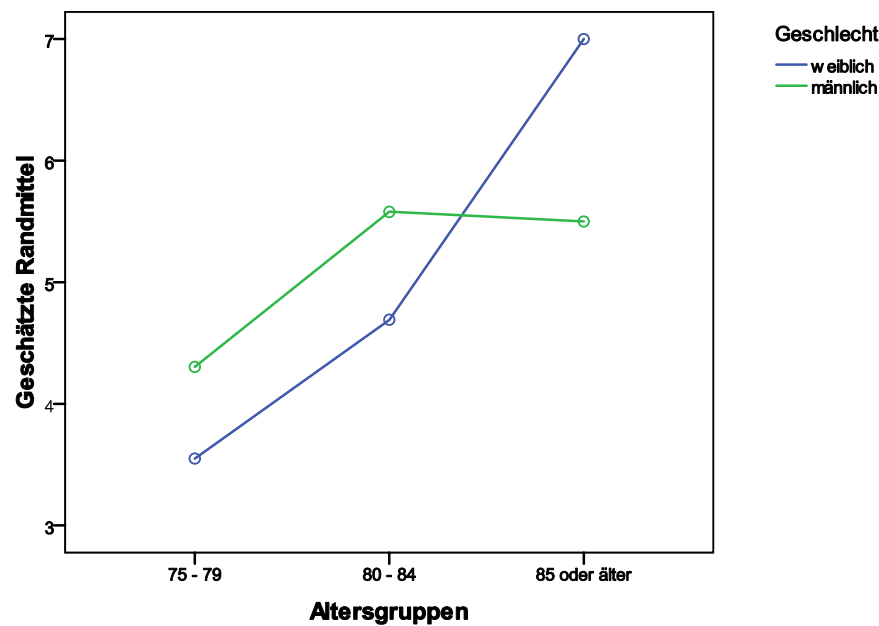
*. Die mittlere Differenz ist auf dem ,05-Niveau signifikant.

Tabelle 31 Geschätzte Randmittel
Geschlecht * Altersgruppen

Abhängige Variable: Anzahl der Krankheiten

Geschlecht	Altersgruppen	Mittelwert	Standardfehler	95%-Konfidenzintervall	
				Untergrenze	Obergrenze
Frauen	75 - 79	3,550	,588	2,386	4,714
	80 - 84	4,692	,516	3,671	5,713
	85 oder älter	7,125	,465	6,205	8,045
Männer	75 - 79	4,304	,548	3,219	5,390
	80 - 84	5,579	,603	4,385	6,773
	85 oder älter	5,500	,832	3,854	7,146

Abbildung 3 Geschätztes Randmittel der Anzahl der Krankheiten



Die Abbildung 3 zeigt das geschätzte Randmittel der Anzahl der Krankheiten im Altersverlauf getrennt nach Geschlecht. Die Anzahl der Krankheiten nimmt bei Frauen im steigenden Alter zu. Bei den Männern stagniert die Anzahl der Krankheiten ab 80 Jahren. In den beiden ersten Altersgruppen ist der Zuwachs an Krankheiten bei Frauen und Männern gleich, wobei Männer mehr Krankheiten aufweisen als Frauen. Allerdings ändert sich dieser Trend in der Altersgruppe der über 85-jährigen Personen. Dadurch ergibt sich eine Interaktion zwischen Geschlecht und Alter in der Erklärung der Anzahl der Krankheiten.

Bei Frauen zeigt die partielle Korrelation im Zusammenhang mit Anzahl der Krankheiten in den Einschätzungen und der empfundenen Lebensqualität mit der Kontrollvariablen Alter keine signifikanten Veränderungen zu den einfachen Korrelationen. Ein Zusammenhang zwischen Alter und Krankheiten kann nicht nachgewiesen werden.

Der Zusammenhang zwischen Anzahl der Krankheiten und Glück, Zufriedenheit und Einsamkeit wird durch die Hypothesenprüfung in H 6a, H 6b und H 6c nachgewiesen.

Folgende signifikanten Zusammenhänge können zwischen der dichotomisierten Variable „zufrieden“ und bestimmten Krankheiten gefunden werden:

Tabelle 32 zufrieden / Krankheiten

subjektiv

Traurigkeit (9m) p = 0,000 Phi = 0,42

Angstzustand (9v) p = 0,001 Phi = 0,29

objektiv

Herzkrankheit (9b) p = 0,018 Phi = 0,21

Knochenbrüche (9j) p = 0,001 Phi = 0,30

Sowohl subjektive als auch objektive Krankheitszustände wirken sich auf „zufrieden sein“ aus. Im Besonderen besteht ein Zusammenhang zwischen Traurigkeit und Angstzuständen mit der Zufriedenheit bei den subjektiven Krankheitszuständen und zwischen Herzkrankheit und Knochenbrüchen mit der Zufriedenheit bei den objektiven Krankheitszuständen.

In den qualitativen Gesprächen standen die Interviewpartner und Interviewpartnerinnen der Benützung eines Hörapparates negativ gegenüber. Wirkt sich „Hören“ auf die Lebensqualität aus?

„Hören“ wurde mit der Frage „Wie geht es mit dem Hören?“ (v11a) gemessen, wobei Kategorien von 1-10 angegeben werden können. 1 bedeutet „ich höre sehr gut“ und 10 bedeutet „ich höre sehr schlecht“.

Hypothese 6d)

Je schlechter eine Person hört, desto niedriger ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 6e)

Je schlechter eine Person hört, desto höher ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 6f)

Je schlechter eine Person hört, desto niedriger ist ihr Glücksgefühl.

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang (Spearman Korrelation) zwischen allgemeiner Lebenszufriedenheit und „Hören“. (p = 0,054)

Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen **Einsamkeit und „Hören“**.

(r = 0,26, p = 0,003)

Es besteht kein signifikanter Zusammenhang zwischen Glück und „Hören“.

(p=0,438)

Die Hypothesen 6d) und 6f) können nicht bestätigt werden.

(Die H0 wird beibehalten)

Die Hypothese 6e) wird bestätigt.

(Die H1 wird angenommen)

Tabelle 33 Signifikante Zusammenhänge von Krankheiten bzw. „hören“ mit Lebensqualitätsparametern

	Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Krankheiten	+	+	+
hören		+	

+ veranschaulicht das Vorhandensein eines signifikanten Zusammenhanges zwischen Krankheiten beziehungsweise „hören“ und Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück.

8.5.4.2. *Subjektiver Gesundheitszustand*

Hypothese 7 prüft, ob die Lebensqualität vom **subjektiven Gesundheitszustand** abhängt. Der subjektive Gesundheitszustand wird mit dem Item „*Wie empfinden sie subjektiv ihren Gesundheitszustand?*“ (v10e) gemessen. Die Antwortkategorien lauten exzellent (1), sehr gut (2), gut (3), zufriedenstellend (4), schlecht (5) und sehr schlecht (6).

Hypothese 7a)

Wenn die Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes schlecht ist, dann ist die allgemeine Lebenszufriedenheit gering.

Hypothese 7b)

Wenn die Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes schlecht ist, dann ist die subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 7c)

Wenn die Selbsteinschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes schlecht ist, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

Die Variable subjektiver Gesundheitszustand wird in drei Gruppen geteilt, und zwar in guter subjektiver Gesundheitszustand, mittlerer subjektiver Gesundheitszustand und schlechter subjektiver Gesundheitszustand.

Zufriedenheit hängt bei alten Menschen höchst signifikant mit dem subjektiven Gesundheitszustand zusammen ($CC = 0,35, p = 0,000$). Die Prozentanteile bei Zufriedenheit sinken von 92% Zufriedene bei gutem subjektiven Zustand auf 78% Zufriedene bei zufriedenstellender subjektiver Gesundheit und auf 48% Zufriedene bei schlechtem subjektiven Gesundheitszustand.

Nicht einsam zu sein hängt bei alten Menschen höchst signifikant mit dem subjektiven Gesundheitszustand zusammen ($CC = 0,37, p = 0,000$).

Das Glück steht bei alten Menschen in einem höchst signifikanten positiven Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand ($CC = 0,46, p = 0,000$).

Die Überprüfung der Hypothesen 7a, 7b, 7c zeigt, dass in allen 3 Fällen die Alternativhypothese angenommen wird. (Die H1 wird angenommen)

Die Hypothesen 7a, 7b und 7c können bestätigt werden.

Tabelle 34 Zufriedenheit mit subjektivem Gesundheitszustand

subjektiver Gesundheitszustand	zufrieden % (n)	nicht zufrieden % (n)	gesamt % (n)
gut	47 (48)	14 (04)	40 (52)
zufriedenstellend	42 (43)	43 (12)	42 (55)
schlecht	11 (11)	43 (12)	18 (23)
gesamt n=130	100 (102)	100 (28)	100 (130)

Die Tabelle 34 **Zufriedenheit mit subjektivem Gesundheitszustand** ist wie folgt zu verstehen:

47 % (48 Personen) der zufriedenen Befragten (1. Zeile, 1. Spalte) haben einen guten subjektiven Gesundheitszustand.

14% (4 Personen) der nicht zufriedenen Befragten (1. Zeile, 2. Spalte) haben einen guten subjektiven Gesundheitszustand.

Tabelle 35 Einsamkeit mit subjektivem Gesundheitszustand

subjektiver Gesundheitszustand	einsam % (n)	nicht einsam % (n)	gesamt % (n)
gut	13 (04)	48 (48)	40 (52)
zufriedenstellend	45 (14)	41 (41)	42 (55)
schlecht	42 (13)	11 (10)	18 (23)
gesamt n=130	100 (31)	100 (99)	100 (130)

Tabelle 36 Glück mit subjektivem Gesundheitszustand

subjektiver Gesundheitszustand	glücklich % (n)	nicht glücklich % (n)	gesamt % (n)
gut	55 (47)	11 (5)	40 (52)
zufriedenstellend	39 (33)	49 (22)	42 (55)
schlecht	6 (05)	40 (18)	18 (23)
gesamt	100 (85)	100 (45)	100 (130)

Bei der Aufteilung nach Geschlechtern ergeben sich nur geringe Unterschiede bei Zufriedenheit und Glück. Der K.S. Test zeigt, dass die Variable subjektiver Gesundheitszustand hinsichtlich Alter und Geschlecht in den Untergruppen nicht normal verteilt ist. Daher werden die Spearman Korrelationen herangezogen.

Bei Überprüfung der Prozentwerte ist bei Einsamkeit zu beobachten, dass bei den Frauen der Anteil der nicht Einsamen von 90% auf 71% und auf 29% nicht Einsame bei schlechter werdendem subjektivem Gesundheitszustand sinkt. Bei den Männern hingegen sinkt der Anteil der nicht Einsamen von 96% auf 80% und bei schlechter Gesundheit auf 67%. Die Einsamkeit ist bei Männern vor allem bei schlechtem Gesundheitszustand deutlich geringer.

Tabelle 37 Zusammenhang zwischen Lebensqualität und subjektiven Gesundheitszustand⁵⁹
getrennt nach Geschlecht (n=130, Spearman Korrelationen)

Frauen:			Männer:		
Altersstufen	75 - 79		Altersstufen	75 - 79	
	subjektiver Gesundheitszustand			subjektiver Gesundheitszustand	
zufrieden	p=0,002	r= 0,65	zufrieden	p=0,026	r=0,46
nicht einsam	p=0,046	r=-0,45	nicht einsam	n.s.	n.s.
glücklich	p=0,045	r= 0,60	glücklich	p=0,04	r=0,57
Altersstufen	80 - 84		Altersstufen	80 - 84	
	subjektiver Gesundheitszustand			subjektiver Gesundheitszustand	
zufrieden	n.s.	n.s.	zufrieden	p=0,028	r=0,51
nicht einsam	p=0,023	r=-0,44	nicht einsam	n.s.	n.s.
glücklich	p=0,003	r=0,55	glücklich	p=0,035	r=-0,49
Altersstufen	85+		Altersstufen	85+	
	subjektiver Gesundheitszustand			subjektiver Gesundheitszustand	
zufrieden	p=0,000	r=0,63	zufrieden	n.s.	n.s.
nicht einsam	p=0,018	r=0,42	nicht einsam	n.s.	n.s.
glücklich	p=0,006	r=0,49	glücklich	n.s.	n.s.

Eine Betrachtung des subjektiven Gesundheitszustandes zeigt eine Verschlechterung mit steigendem Alter. Bei den 85jährigen Männern sind in der vorliegenden Stichprobe keine signifikanten Ergebnisse abzulesen.

Weiters wird überprüft, ob sich der subjektive Gesundheitszustand mit ansteigendem Alter verschlechtert, und ob der subjektive Gesundheitszustand von der Anzahl der Krankheiten abhängt.

Der subjektive Gesundheitszustand hängt signifikant mit dem Lebensalter zusammen. (p= 0,005). Die Stärke des Zusammenhanges ist mit dem Spearman Korrelationskoeffizienten von 0,24 allerdings schwach. Je höher das Alter, desto schlechter ist der subjektive Gesundheitszustand.

Der vorliegende Datensatz bringt folgende Tendenzen zum Vorschein:

Ab dem Alter von 75+ schätzen 40% der Befragten ihren Gesundheitszustand als gut ein, dieser Prozentsatz sinkt bei der Altersgruppe 85+ auf 29%.

⁵⁹ Die Abkürzung n.s. bedeutet, dass es keinen signifikanten Zusammenhang gibt.

Eine Überprüfung, ob der Zusammenhang zwischen dem subjektiven Gesundheitszustand und der Lebensqualität (Zufriedenheit, Einsamkeit, Glück) signifikant durch Alter, Geschlecht und Partnerschaft beeinflusst wird, ergibt, dass die partielle Korrelation annähernd gleiche Werte wie die einfache Korrelation zeigt.

8.5.4.3. Körperliche Funktionsverluste

Hypothese 8 dient zur Überprüfung, inwiefern Funktionsverluste im Alter auf die Lebensqualität Auswirkungen zeigen. Als Indikator für **Funktionsfähigkeit** bieten sich einerseits die Selbständigkeit im Straßenverkehr und andererseits das selbständige Handeln im Lebensalltag an. Es interessiert, wie die Untersuchungsteilnehmer und Teilnehmerinnen ihre unmittelbare Umgebung wahrnehmen und wie ein Ortswechsel von A nach B funktioniert?

Hypothese 8a)

Wenn eine Person hohe körperliche Funktionsverluste erleidet, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 8b)

Wenn eine Person hohe körperliche Funktionsverluste erleidet, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 8c)

Wenn eine Person hohe körperliche Funktionsverluste erleidet, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

Die Analyse der Daten zeigt, dass im Alter vermehrt öffentliche Verkehrsmittel verwendet werden. Selbständigkeit im Straßenverkehr wird wie folgt gemessen:

- *Ich fahre selbständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln (v 5n).*
- *Ich fahre selbständig mit dem eigenen Auto (v 5o).*

Es liegen die Antwortkategorien ja (1), nein (0) und ich brauche es nicht (2) vor.

Tabelle 38 Selbständige Benützung von Verkehrsmitteln

	75 - 79	80 - 84	85plus
Öffentliche Verkehrsmittel	84	71	41
Auto	49	22	12

n=130, Angabe in Prozenten

Tabelle 38 **Selbständige Benützung von Verkehrsmitteln** ist wie folgt zu verstehen:
 Die Zahl 84 (1. Zeile, 1. Spalte) heißt, dass 84% der 75-79Jährigen öffentliche Verkehrsmittel verwenden (und somit 16% keine öffentlichen Verkehrsmittel verwenden).

Die körperliche Funktionsfähigkeit kann nicht alleine durch die selbständige Benützung der Verkehrsmittel hinreichend beschrieben werden. Auffallend ist, dass in der untersuchten Stichprobe 41% der Personen über 85 Jahren selbständig öffentliche Verkehrsmittel nutzen. Vergleicht man die Personen anhand der Wohnsituation, so zeigt sich, dass von 14 Personen, die im Altersheim leben, nur drei Personen öffentliche Verkehrsmittel in Anspruch nehmen und niemand mit dem eigenen Auto fährt.

Eine Beschreibung der Funktionsfähigkeit anhand der persönlichen unmittelbaren körperlichen Möglichkeiten (das heißt, wie selbständig eine Person in ihrem unmittelbaren Handeln ist), ist aussagekräftiger.

Körperliche Funktionsverluste gehen einher mit dem Gebrauch von Behelfen.

Die körperliche Funktionsfähigkeit wird mit den Items 12e bis 12j gemessen.

- Verwenden sie Hilfsmittel wie Gehhilfe, Krücke, Rollator oder Beinprothese (v12e)?
- Haben sie künstliche Gelenke (v12f)?
- Verwenden sie eine Sehhilfe (Brille, Lupe) (v 12g)?
- Verwenden sie einen Hörapparat (12h)?
- Haben sie eine Zahnprothese (12i)?
- Verwenden sie andere nicht genannte Behelfe (v12j)?

Die Zusammenhänge zeigen, ob Hochbetagte im Lebensalltag selbstständig agieren oder auf Hilfsmittel angewiesen sind. Die Anzahl der Nennungen wurden zu einem **Index Behelfe** zusammengefasst um die Funktionsverluste besser beschreiben zu können. Dieser Indexwert weist eine sehr gute Reliabilität auf (Cronbach Alpha beträgt 0,78).

Tabelle 39 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Index der Behelfe (Spearman Korrelation)

Zufriedenheit	$p = 0,000$	$r = 0,31$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,000$	$r = 0,37$	$n = 130$
Glück	$p = 0,000$	$r = 0,34$	$n = 130$

Tabelle 40 Mittelwerte des Index für Behelfe

	75 - 79	80 - 84	85plus
Frauen	3,0	4,3	5,6
Männer	2,6	4,0	4,4

Die Anzahl der Nennungen (maximal 6) nimmt mit steigendem Alter zu, wobei Frauen mehr Nennungen aufweisen.

Tabelle 41 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Index der Behelfe in der Altersgruppe 85plus

Zufriedenheit	$p = 0,016$	$r = 0,37$	$n = 42$
nicht einsam	$p = 0,000$	$r = 0,57$	$n = 42$
Glück	$p = 0,002$	$r = 0,47$	$n = 42$

Die Überprüfung der Hypothesen 8a, 8b, 8c zeigt, dass in allen 3 Fällen die Alternativhypothese angenommen wird. (Die H1 wird angenommen)

Die Hypothesen 8a, 8b und 8c können bestätigt werden.

8.5.5. Selbstkompetenz und Funktionsfähigkeit

Selbstkompetenz ist entscheidend für alte Menschen. „...jede Frau und jeder Mann, alle sollten wissen, wofür und wozu sie kompetent sein wollen.“ (Rosenmayr 2007: 239)

Unter Selbstkompetenz ist sowohl funktionale, wie auch soziale Kompetenz zu verstehen. (Kolland 1996)

Kompetente Menschen konnten sich ihre Selbständigkeit bewahren. (Amann & Kolland 2008)

8.5.5.1. Selbständigkeit im Alltag (ADL und IADL)

In **Hypothese 9** wird die **Selbständigkeit** von alten Menschen näher untersucht.

Funktionsverluste treffen alte Menschen besonders stark. Ihr Handeln ist teilweise nur mehr mit Unterstützung möglich.

Die Selbständigkeit von alten Menschen wird in dieser Untersuchung mit den Items 5a – 5h gemessen. Als Antwortkategorien sind „ja“ und „nein“ möglich.

- „Brauchen sie Hilfe beim Waschen und Duschen?“ (5a)

- „Brauchen sie Hilfe beim Anziehen?“ (5b)
- „Brauchen sie Hilfe beim Essen?“ (5c)
- „Wird die Hauptmahlzeit nach Hause geliefert oder nicht selbst zubereitet?“ (5d)
- „Brauchen sie Hilfe beim Arztbesuch?“ (5e)
- „Brauchen sie Hilfe beim Spaziergang?“ (5f)
- „Brauchen sie Hilfe bei Behördenwegen?“ (5g)
- „Brauchen sie Hilfe bei Einkäufen?“ (5h)

Die Anzahl der Hilfeleistungen wird mittels eines Index gezählt (5a-5h). Hypothese 9 prüft, ob selbständiges Handeln die Lebensqualität verbessert.

Hypothese 9a)

Wenn eine Person selbständig das tägliche Leben bewältigt, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 9b)

Wenn eine Person selbständig das tägliche Leben bewältigt, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 9c)

Wenn eine Person selbständig das tägliche Leben bewältigt, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Der Index für Hilfeleistungen zeigt eine sehr gute Reliabilität (Cronbach Alpha 0,88). Keine Einzelvariable beeinflusst den angegebenen Wert entscheidend.

Die Variable Hilfeleistungen ist nicht normal verteilt, daher werden die Medianwerte herangezogen:

Der Index wurde dichotomisiert (0= keine Hilfe, 1= Hilfe) und wird so zur leichten übersichtlichen Hypothesenprüfung verwendet. Für die Zusammenhangsmaße werden die Items Hilfeleistung (dichotomisiert) und Zufriedenheit (dichotomisiert), Einsamkeit (dichotomisiert), Glück (dichotomisiert) verwendet. Zur Messung des Zusammenhanges wird der Kontingenzkoeffizient verwendet.

Tabelle 42 Zusammenhang der Lebensqualitätsparameter mit Index der Hilfeleistungen

Zufriedenheit	$p = 0,002$	$CC = 0,27$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,014$	$CC = 0,21$	$n = 130$
Glück	$p = 0,001$	$CC = 0,29$	$n = 130$

Tabelle 42 zeigt einen signifikanten Zusammenhang zwischen der empfangenen Hilfeleistung (Index) und Zufriedenheit ($CC= 0,27$, $p= 0,002$). Die Einsamkeit steht mit Hilfeleistungen (Index) im signifikanten Zusammenhang ($CC= 0,21$, $p= 0,014$).

Die Variable Glück steht ebenfalls mit der Variablen Hilfeleistungen (Index) in einem positiven Zusammenhang ($CC= 0,29$, $p= 0,001$). Das höchste Beziehungsverhältnis besteht bei 75-79 jährigen Frauen bei Glück und ergibt mit $p= 0,017$ und einem Wert von $r= 0,58$ eine mittelstarke Korrelation.

Die Hypothese 9a, 9b, 9c wird bestätigt. (Die H1 wird angenommen)

Bei den erhaltenen Hilfeleistungen fällt auf, dass von 130 Probanden 67 Personen keine Hilfe in Anspruch nehmen. Davon sind 33 Befragte im Alter von 75-79 Jahren, 25 Befragte im Alter von 80-84 Jahren und 9 im Alter von 85+. Der Anspruch auf benötigte Hilfe ist mit steigendem Alter höher.

Mit dem Item „Für welche Tätigkeit kommt eine Hilfe ins Haus?“ (5j) werden die Arten der benötigten Hilfe erforscht.

Tabelle 43 Benötigte Hilfe, getrennt nach Geschlecht

Tätigkeit	Frauen	Männer	gesamt
	% (n)	% (n)	% (n)
nein	38 (30)	57 (30)	46 (60)
putzen	18 (14)	33 (17)	24 (31)
pflegen	3(2)	4 (2)	3 (4)
Heimhilfe	17 (13)	6 (3)	12 (16)
Hilfe im Alters- oder Pflegewohnheim	24 (19)	0 (0)	15 (19)
gesamt	100 (78)	100 (52)	100 (130)

43% der Männer (22 P.) und 62% der Frauen (48 P.) brauchen Hilfe bei der Bewältigung des Lebensalltages.

Hilfeleistungen in den Altersgruppen:

75-79 (43 Personen): 10 Personen brauchen Hilfe (23% dieser Altersklasse)

80-84 (46 Personen): 20 Personen brauchen Hilfe (43% dieser Altersklasse)

85+ (41 Personen): 33 Personen brauchen Hilfe (80% dieser Altersklasse)

Die Analyse ergibt, dass es bei manchen Hilfsleistungen signifikante

Geschlechtsunterschiede gibt. Dies ist bei folgenden Items der Fall:

Waschen und duschen, Hauptmahlzeit wird nach Hause geliefert, Hilfe bei Arztbesuch, Hilfe bei spazieren gehen, Hilfe bei Behördenwegen und eine Hilfe kommt ins Haus.

Hilfe beim Anziehen erhalten 11 Frauen (14%) und 3 Männer (6%), also insgesamt 14 Personen. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen „Hilfe beim Anziehen“ und dem Geschlecht.

Hilfe beim Essen benötigen nur 2 Frauen und 1 Mann, also insgesamt 3 Personen.

Es gibt keinen signifikanten Unterschied zwischen Hilfe beim Essen und dem Geschlecht.

Für 26 Frauen (33%) und 9 Männer (17%) wird das Essen nach Hause geliefert ($p=0,044$), also für 35 Personen. Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen „Essen nach Hause liefern“ und dem Geschlecht.

Beim Arztbesuch benötigen 30 Frauen (39%) und 10 Männer (19%) Hilfe ($p=0,02$). Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Arztbesuch und Geschlecht.

Hilfe bei Behördenwegen ist für 40 Frauen (51%) und 14 Männer (27%) nötig ($p=0,006$), also für 54 Personen. Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen Hilfe bei Behördenwegen und dem Geschlecht.

Hilfe bei Einkäufen wird 32 Frauen (41%) und 14 Männer (27%) gewährt, also für 47 Personen. Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Hilfe bei Einkäufen und dem Geschlecht.

Hilfe beim Spaziergehen benötigen 20 Frauen (26%) und 6 Männer (13%), also 26 von 130 Personen ($p=0,049$). Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen „spazieren gehen“ und dem Geschlecht.

Es kommt eine Hilfe bei 46 Frauen (59%) und 31 Männern (40%) ins Haus ($p=0,038$). Es gibt einen signifikanten Zusammenhang zwischen „Kommt eine Hilfe ins Haus“ und Geschlecht.

Hypothese 9d)

Wenn Frauen Hilfe beim Waschen und Duschen brauchen, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit niedrig.

Hypothese 9e)

Wenn Frauen Hilfe beim Waschen und Duschen brauchen, dann ist ihre subjektive Einsamkeit hoch.

Hypothese 9f)

Wenn Frauen Hilfe beim Waschen und Duschen brauchen, dann ist ihr Glücksgefühl niedrig.

18 (von 32) Frauen brauchen in der Altersgruppe 85plus Hilfe beim Waschen und Duschen, wobei nur 2 (von 10) Männer in dieser Altersgruppe Hilfe beim Waschen und Duschen brauchen.

Hier ist ein signifikantes Ergebnis bei Frauen abzulesen, aber bei Männern ist der Zusammenhang nicht nachweisbar.

Tabelle 44 Zusammenhang Lebensqualität mit Waschen und Duschen
(erstmalig entdeckt in der Berliner Altersstudie)

Frauen			Männer		
zufrieden	$p = 0,004$	CC = 0,31	zufrieden	$p = 0,25$	n.s.
nicht einsam	$p = 0,005$	CC = 0,30	nicht einsam	$p = 0,316$	n.s.
glücklich	$p = 0,001$	CC = 0,35	glücklich	$p = 0,171$	n.s.

Bei Frauen ab 85 Jahren steigt die Notwendigkeit von Unterstützung beim Waschen und Duschen sprunghaft an.

Die Hypothese 9d, 9e, 9f wird bestätigt. (Die H1 wird angenommen)

Die Overallzufriedenheit (1a) korreliert signifikant mit der Zufriedenheit in der Selbständigkeit bei Hausarbeit ($r = 0,54, p = 0,000$) und mit der Zufriedenheit in der Selbständigkeit bei Körperpflege ($r = 0,73, p = 0,000$).

Die Hypothesenprüfung zeigt, dass bei alten Menschen die Lebensqualität sinkt, je mehr Hilfeleistungen sie in Anspruch nehmen müssen. Bei Hochbetagten ab 85 Jahren steigt die Einsamkeit signifikant an, wenn sie Hilfe brauchen ($\Phi = 0,35, p = 0,004$).

Es ist der Trend ersichtlich, dass alte Menschen ohne Inanspruchnahme von Hilfeleistungen weniger einsam sind.

Tabelle 45 Signifikante Zusammenhänge: Hilfeleistung mit Lebensqualitätsparametern

	Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Hilfeleistung	+	+	+
Bereich Hausarbeit	+		
Bereich Körperpflege	+	+	

+ veranschaulicht das Vorhandensein eines signifikanten Zusammenhanges zwischen Hilfeleistungsindex und Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück (1. Zeile)

8.5.5.2. Soziale Kontakte

Aus den qualitativen Voruntersuchungen in der explorativen Phase der Forschungsarbeit geht hervor, dass sich alte Menschen mehr Kontakte wünschen. Sie beklagen, dass viele ihrer Bekannten und Verwandten bereits verstorben sind und es ihnen schwer fällt neue Kontakte zu knüpfen. Besonders stark wirkt sich der Verlust von Sozialkontakten auf die Entstehung von Einsamkeitsgefühlen aus. (Hörl & Kolland & Majce 2008 : 287)

86 % der 70 bis 85Jährigen haben mindestens 1 Mal in der Woche Kontakt mit Kindern oder Enkelkindern. (Kohli und Künemund 1998)

Hypothese 10a)

Wenn eine Person mindestens einmal wöchentlich soziale Kontakte hat, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 10b)

Wenn eine Person mindestens einmal wöchentlich soziale Kontakte hat, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 10c)

Wenn eine Person mindestens einmal wöchentlich soziale Kontakte hat, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

In der beschriebenen Studie werden die regelmäßigen sozialen Kontakte mit Verwandten, Bekannten und Nachbarn erhoben.

Die Tendenz zeigt, dass die wöchentlichen Treffen folgendermaßen ablaufen:

71% der Befragten treffen sich mit Verwandten mindestens 1x in der Woche.

63% der Befragten treffen sich mit Bekannten (Freunden) mindestens 1x in der Woche.

65% der Befragten treffen sich privat mit Nachbarn mindestens 1x in der Woche.

Die Anzahl der sozialen Kontakte wird mit folgenden Fragen gemessen:

„Wie oft treffen sie sich mit Verwandten?“ (14a)

„Wie oft treffen sie sich mit Bekannten oder Freunden?“ (14b)

„Wie oft treffen sie sich mit Nachbarn oder Nachbarinnen?“ (14c)

Die Antwortkategorien lauten täglich (1), mehr als einmal in der Woche (2), wöchentlich (3), zwei wöchentlich (4), drei wöchentlich (5), 1x im Monat (6), vierteljährlich (7), halbjährlich (8) und jährlich (9), keine Treffen (10). Die Variablen 14a, 14b und 14c

werden dichotomisiert und zwar in Treffen mit Verwandten dichotom:

Treffen mit Verwandten mindestens 1x wöchentlich

Treffen mit Verwandten seltener als 1x wöchentlich.

Treffen mit Bekannten und Freunden dichotom:

Treffen mit Bekannten oder Freunden mindestens 1x wöchentlich

Treffen mit Bekannten oder Freunden seltener als 1x wöchentlich.

Treffen mit Nachbarn dichotom:

Treffen mit Nachbarn mindestens 1x wöchentlich und

Treffen mit Nachbarn seltener als 1x wöchentlich.

Die Anzahl der sozialen Kontakte steht in dieser Studie in keinem Zusammenhang mit Zufriedenheit und Einsamkeit. Nur das Glück wird von der Anzahl der Verwandten-beziehungsweise Bekanntentreffen beeinflusst. Die Anzahl der Treffen mit den Nachbarn hat keinen Einfluss.

Tabelle 46 Zusammenhang der Lebensqualitätsparameter mit „Verwandte treffen“

Zufriedenheit	$p = 0,160$	$Phi = n.s.$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,321$	$Phi = n.s.$	$n = 130$
Glück	$p = 0,034$	$Phi = 0,19$	$n = 130$

Tabelle 47 Zusammenhang der Lebensqualitätsparameter mit „Bekannte treffen“

Zufriedenheit	$p = 0,106$	$Phi = n.s.$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,508$	$Phi = n.s.$	$n = 130$
Glück	$p = 0,040$	$Phi = 0,18$	$n = 130$

Tabelle 48 Zusammenhang der Lebensqualitätsparameter mit „Nachbarn treffen“

Zufriedenheit	$p = 0,346$	$Phi = n.s.$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,344$	$Phi = n.s.$	$n = 130$
Glück	$p = 0,152$	$Phi = n.s.$	$n = 130$

Die Hypothesen 10a und 10b konnten nicht bestätigt werden.

(Die H0 wird beibehalten)

Die Hypothese 10c konnte für die Treffen mit Verwandten beziehungsweise Treffen mit Bekannten und Freunden bestätigt werden.

(Die H1 wird angenommen)

Hypothese 10d)

Je mehr eine Person mit ihren sozialen Kontakten zufrieden ist, desto höher ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 10e)

Je mehr eine Person mit ihren sozialen Kontakten zufrieden ist, desto niedriger ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 10f)

Je mehr eine Person mit ihren sozialen Kontakten zufrieden ist, desto höher ist ihr Glücksgefühl.

Die Bereichszufriedenheit mit den sozialen Kontakten wird mit dem Item „Ich bin zufrieden mit meinen sozialen Kontakten“ (13t) gemessen. Die Antwortkategorien lauten sehr zufrieden (1), zufrieden (2), ziemlich zufrieden (3), wenig zufrieden (4) und überhaupt nicht zufrieden (5).

Die Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten hängt mit der Overallzufriedenheit (1a) und mit Glück (18a) zusammen. Die Zufriedenheit mit sozialen Kontakten hängt nicht mit Einsamkeit (8a) zusammen.

Tabelle 49 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Zufriedenheit mit sozialen Kontakten

Zufriedenheit	$p = 0,048$	$r = 0,17$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,563$	$r = n.s.$	$n = 130$
Glück	$p = 0,010$	$r = 0,29$	$n = 130$

Die Hypothesen 10d und 10f konnten bestätigt werden. Die Hypothese 10e konnte nicht bestätigt werden.

Die Bereichszufriedenheit mit sozialen Kontakten korreliert mit der Anzahl der Treffen mit Verwandten und Bekannten, nicht jedoch mit der Anzahl der Treffen mit Nachbarn.

Tabelle 50 Korrelation der Zufriedenheit mit sozialen Kontakten und Treffen

Verwandte	$p = 0,003$	$r = 0,26$	$n = 130$
Bekannte/Freunde	$p = 0,042$	$r = 0,18$	$n = 130$
Nachbarn	$p = 0,857$	$r = n.s.$	$n = 130$

Der Mittelwert bei Verwandtenbesuchen liegt bei der Altersgruppe 75 – 79 bei 7,4 Kontakten; bei der Gruppe der 80 – 84Jährigen bei 8,0 und bei der Altersgruppe 85+ bei 8,2 Kontakten. Mit steigendem Alter nehmen die durchschnittlichen Verwandtenbesuche leicht zu.

Besonderes Interesse wird in der Untersuchung auf folgende Frage gelegt: „*Mit wem treffen Sie sich in der Freizeit, wobei Ihnen die Person wichtig ist?*“ (13a-13o). Kontakte, die für alte Menschen von Bedeutung sind, sollen erforscht werden.

Dabei konnten in der vorliegenden Stichprobe keine besonderen Verhaltensweisen aufgedeckt werden zu welchen Personen ein Kontakt besteht. Eine Betrachtung der Besuche von Töchtern und Söhnen ergab: Von 79 Töchtern treffen sich 73 regelmäßig mit den Befragten. Ein ähnliches Bild zeigt die Beziehung zu den Söhnen. Von 78 Söhnen treffen sich 71 regelmäßig mit den Elternteilen. Die Treffen mit Töchtern steigen mit dem Alter geringfügig an.

Zwischen Söhnen und Töchtern herrscht in Beziehung auf Verwandtenbesuche allerdings ein ähnliches Verhalten.

Die Bereichszufriedenheit mit sozialen Kontakten (v12t) und den Kontakten mit allernächsten Verwandten (Treffen mit Töchtern und Söhnen – objektiver Faktor) ergibt keinen signifikanten Zusammenhang⁶⁰.

⁶⁰ Zwischen Familie und sozialen Kontakten ist kein signifikanter Zusammenhang ablesbar. Die Theorien weisen darauf hin, dass soziale Kontakte mit der Familie als selbstverständlich angesehen werden und dadurch die Lebensqualitätsparameter in ihren Werten nicht steigen.

Eine Betrachtung der Geschlechter mit der Zufriedenheit mit sozialen Kontakten (v12t) ergab:

68% der befragten Frauen sind sehr zufrieden oder zufrieden.

69% der befragten Männer sind sehr zufrieden oder zufrieden.

Es gibt daher keine wesentlichen Geschlechterdifferenzen.

Die Altersstruktur in den sozialen Kontakten zeigt folgendes Bild:

Bei Treffen mit Bekannten ist ein signifikantes Ergebnis in den Altersgruppen ablesbar (CC=0,25 p= 0,001). Die Treffen mit Bekannten und Freunden nehmen ab 85 Lebensjahren stark ab. Die Treffen mit Verwandten ergeben kein signifikantes Resultat mit den Altersgruppen. Es ist in dieser Untersuchung kein signifikantes Ergebnis abzulesen, dass sich Verwandtenbesuche mit ansteigendem Alter ändern.

Tabelle 51 Bekannte bzw. Verwandte treffen getrennt nach Alter (in %, n=130)

	75 - 79	80 - 84	85plus
Bekannte treffen	72	71	45
Verwandte treffen	70	73	71

Tabelle 51 ist wie folgt zu verstehen: 72% (1.Zeile, 1. Spalte) der 75-79Jährigen treffen Bekannte.

Die Hypothesenprüfung der sozialen Kontakte zeigt, dass es bezüglich der objektiven Lebenslage einen signifikanten Zusammenhang zwischen Treffen mit Verwandten und mit Treffen von Bekannten und Freunden nur mit Glück gibt. Die Treffen mit Nachbarn sind nicht relevant für die Lebensqualität in dieser Studie.

Tabelle 52 Signifikanter Zusammenhang:- soziale Kontakte mit Lebensqualitätsparametern

Soziale Kontakte	Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Verwandte treffen			+
Bekannte treffen			+
subj. Bereichszufriedenheit			
soziale Kontakte	+		+

(+ veranschaulicht das Vorhandensein eines signifikanten Zusammenhanges zwischen Verwandten- und Bekanntentreffen, subjektiver Bereichszufriedenheit und Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück)

Drei Ergebnisse treten auf:

Relevant sind die Kontakte zu Verwandten, Bekannten und Freunden, aber nicht zu Nachbarn. Die Kontakte beeinflussen nur das Glück. Ab 85 Lebensjahren nehmen die Kontakte zu Bekannten und Freunden stark ab, die Kontakte zu Verwandten bleiben gleich.

8.5.5.3. Aktivität

Aktivitäten werden in sämtlichen Theorien (speziell in der Aktivitätstheorie) als eines der wichtigsten Merkmale für gutes subjektives Wohlbefinden im Alter hervorgehoben. Die **Hypothese 11** untersucht, ob Aktivitäten für Hochbetagte wichtig sind und in einem signifikanten Zusammenhang mit Glück, Zufriedenheit und Einsamkeit stehen.

Hypothese 11a)

Je mehr Aktivitäten eine Person ausübt, desto höher ist die allgemeine Lebenszufriedenheit.

Hypothese 11b)

Je mehr Aktivitäten eine Person ausübt, desto niedriger ist ihre subjektive Einsamkeit.

Hypothese 11c)

Je mehr Aktivitäten eine Person ausübt, desto höher ist das Glücksgefühl.

Hypothese 11d)

Wenn eine Person mit ihren Aktivitäten zufrieden ist, dann ist ihre allgemeine Lebenszufriedenheit hoch.

Hypothese 11e)

Wenn eine Person mit ihren Aktivitäten zufrieden ist, dann ist ihre subjektive Einsamkeit niedrig.

Hypothese 11f)

Wenn eine Person mit ihren Aktivitäten zufrieden ist, dann ist ihr Glücksgefühl hoch.

Die Häufigkeit der Aktivitäten wird durch die Items 16a bis 16n gemessen. Die Antwortkategorien sind: täglich 1 Stunde und mehr, täglich weniger als 1 Stunde, jeden 2. Tag, mehrmals wöchentlich, mehrmals im Monat, mehrmals im Jahr und selten.

Wie viel Zeit verbringen sie mit fernsehen? (v16a)

Wie viel Zeit verbringen sie mit Radio hören? (v16b)

Wie viel Zeit verbringen sie mit spazieren gehen? (v16c)

Wie viel Zeit verbringen sie mit Karten spielen? (v16d)

Wie viel Zeit verbringen sie mit Kreuzworträtsel auflösen? (v16e)

Wie viel Zeit verbringen sie mit Gymnastik oder anderem Sport? (v16f)

Wie viel Zeit verbringen sie mit arbeiten am Computer? (v16g)

Wie viel Zeit verbringen sie mit Zeitung lesen? (v16h)

Wie viel Zeit verbringen sie im Pensionistenclub? (v16i)

Wie viel Zeit verbringen sie mit der Ausübung eines Hobbys? (v16j)

Wie viel Zeit verbringen sie mit telefonieren? (v16k)

Wie viel Zeit verbringen sie mit Bücher lesen? (v16l)

Wie viel Zeit verbringen sie mit reisen? (v16m)

Wie viel Zeit verbringen sie mit sonstigen Aktivitäten? (v16n)

Der Aktivitätsindex, der sich aus der Summe der genannten Aktivitäten (maximal 14 Aktivitäten) errechnet, ergibt einen Wert für Cronbach Alpha von 0,64 und somit eine recht gute Reliabilität.

Tabelle 53 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Aktivitätsindex (Spearman Korrelationen)

Zufriedenheit	$p = 0,002$	$r = 0,26$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,008$	$r = 0,23$	$n = 130$
Glück	$p = 0,000$	$r = 0,34$	$n = 130$

Die Anzahl der Aktivitäten hängt mit den Lebensqualitätsparametern Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück signifikant zusammen.

Die Hypothesen 11a, 11b und 11c können somit bestätigt werden. (Die H1 wird angenommen)

Signifikante Korrelationen sind im Speziellen zwischen spazieren gehen und reisen mit der Lebensqualität nachzuweisen.

Tabelle 54 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit spazieren gehen

Zufriedenheit	$p = 0,000$	$r = 0,31$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,001$	$r = 0,30$	$n = 130$
Glück	$p = 0,000$	$r = 0,39$	$n = 130$

Tabelle 55 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit „verreisen“

Zufriedenheit	$p = 0,001$	$r = 0,29$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,001$	$r = 0,29$	$n = 130$
Glück	$p = 0,000$	$r = 0,36$	$n = 130$

Der Gesamtbereich Freizeit wird mit der Frage „Ich bin zufrieden mit meinen Freizeitaktivitäten“ (v16r) gemessen und steht in einem höchst signifikanten positiven Zusammenhang mit der Overallzufriedenheit (v 1a).

Die Freizeitaktivitäten sind ein wichtiger Faktor der Lebensqualität:

Tabelle 56 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Bereichszufriedenheit Freizeitaktivitäten

Zufriedenheit	$p = 0,000$	$r = 0,39$	$n = 130$
nicht einsam	$p = 0,000$	$r = 0,35$	$n = 130$
Glück	$p = 0,000$	$r = 0,44$	$n = 130$

Die Bereichszufriedenheit Freizeitaktivitäten hängt mit den Lebensqualitätsparametern Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück signifikant zusammen.

Die Hypothesen 11d, 11e und 11f konnten somit bestätigt werden.

(Die H1 wurde angenommen)

Für Männer ab 80 und Frauen ab 85 Jahren spielt der Einfluss der Aktivitäten auf die Lebensqualität keine signifikante Rolle mehr. Bei Frauen ab 75 Jahren steht die Anzahl der Aktivitäten in einem signifikanten Zusammenhang zur Zufriedenheit ($p = 0,045$, $r = 0,45$). Einsamkeit und Glück stehen ebenfalls in einem signifikanten Zusammenhang zur Anzahl der Aktivitäten. (Einsamkeit $r = 0,53$ $p = 0,015$, Glück $r = 0,51$ $p = 0,022$)

Bei Frauen ab 80 Jahren findet man einen signifikanten Zusammenhang zwischen Glück und Anzahl der Aktivitäten vor ($p = 0,021$, $r = 0,44$).

Bei Frauen ab 85 gibt es keine signifikanten Ergebnisse mehr.

Bei den „Jungen alten Männern“ (75-79 Jahre) hat die Aktivität einen Einfluss auf Zufriedenheit ($p = 0,020$, $r = 0,61$) und Glück ($p = 0,000$, $r = 0,70$).

Die Untersuchung der Hypothese 11 zeigt, dass die Anzahl der Aktivitäten für die Lebensqualität sehr wichtig ist. Interessant erscheint, dass gerade spezielle

Freizeitaktivitäten wie spazieren gehen und reisen (vermitteln neue Eindrücke) die Lebensqualität verbessern.

Tabelle 57 Signifikante Zusammenhänge: Aktivitäten mit Lebensqualitätsparametern

	Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
Aktivitäten	+	+	+
Bereich soziale Kontakte	+	+	+

(+ veranschaulicht das Vorhandensein eines signifikanten Zusammenhanges zwischen Aktivitäten, dem Bereich soziale Kontakte und den Lebensqualitätsparametern Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück)

8.5.5.4. Zusammenfassung Hypothesenüberprüfung

Die Hypothesenüberprüfung ergibt folgende wichtige Zusammenhänge, die für die vorliegende Stichprobe zwischen Einflussgrößen und den Lebensqualitätsparametern Zufriedenheit (v1a), Einsamkeit (v8a) und Glück (v18a) festgestellt werden:

Das kalendarische Alter wirkt sich nicht auf die Lebensqualität aus.

Jünger fühlen wirkt sich auf Einsamkeit und Glück aus.

Verwitwet sein wirkt sich auf Einsamkeit und Glück aus.

Wohlfühlen in der Partnerschaft wirkt sich auf Einsamkeit und Glück aus.

Der sozioökonomische Status wirkt sich auf die Zufriedenheit aus.

Die Zufriedenheit mit dem Haushaltseinkommen wirkt sich auf die Zufriedenheit aus.

Der Bezug von Pflegegeld wirkt sich auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

Der Wohnort Altersheim wirkt sich auf die Zufriedenheit aus.

Die Zufriedenheit mit der Pflege wirkt sich auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

Die Anzahl der Krankheiten (Index) wirkt sich auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

Schlecht hören wirkt sich auf Einsamkeit aus.

Der subjektive Gesundheitszustand wirkt sich auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

Funktionsfähigkeit wirkt sich auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

Selbständigkeit wirkt sich auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

Hilfe beim Waschen und Duschen wirkt sich auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

Die sozialen Kontakte wirken sich auf das Glück aus.

Die Zufriedenheit mit den sozialen Kontakten wirkt sich auf Glück aus.

Aktivität wirkt sich stark auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

Die Zufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten wirkt sich auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück aus.

In den nächsten drei Kapiteln werden mit multivariaten Analysemethoden komplexe Zusammenhänge erforscht.

Tabelle 58 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse des Hypothesenkatalogs

	Zufriedenheit	Einsamkeit	Glück
1. Alter			
Hyp. 1a Kalendarisches Alter	-		
Hyp. 1b Kalendarisches Alter		-	
Hyp. 1c Kalendarisches Alter			-
Hyp. 1d jünger fühlen	-		
Hyp. 1e jünger fühlen		+	
Hyp. 1f jünger fühlen			+
2. Familienstand			
Hyp. 2a Verwitung	-		
Hyp. 2b Verwitung		+	
Hyp. 2c Verwitung			+
Hyp. 2d wohlfühlen in Partnerschaft	-		
Hyp. 2e wohlfühlen in Partnerschaft		+	
Hyp. 2f wohlfühlen in Partnerschaft			+
3. Sozioökonomische Lage			
Hyp. 3a Sozioökonomischer Status	+		
Hyp. 3b Sozioökonomischer Status		-	
Hyp. 3c Sozioökonomischer Status			-
Hyp. 3d Bereich Haushaltseinkommen	+		
Hyp. 3e Bereich Haushaltseinkommen		-	
Hyp. 3f Zufriedenheit Haushaltseinkommen			-
4. Pflege			
Hyp. 4a Pflegegeld	+		
Hyp. 4b Pflegegeld		+	
Hyp. 4c Pflegegeld			+
Hyp. 4d Zufriedenheit Bereich Pflege	+		
Hyp. 4e Zufriedenheit Bereich Pflege		+	
Hyp. 4f Zufriedenheit Bereich Pflege			+
5. Wohnsituation			
Hyp. 5a Wohnort Altersheim	+		
Hyp. 5b Wohnort Altersheim		+	
Hyp. 5c Wohnort Altersheim			+
Hyp. 5d Zufriedenheit Bereich Wohnen	+		
Hyp. 5e Zufriedenheit Bereich Wohnen		-	
Hyp. 5f Zufriedenheit Bereich Wohnen			-
6. Krankheiten			
Hyp. 6a Krankheitsindex	+		
Hyp. 6b Krankheitsindex		+	
Hyp. 6c Krankheitsindex			+
Hyp. 6d hören			
Hyp. 6e hören		+	
Hyp. 6f hören			

7. Subjektiver Gesundheitszustand

Hyp. 7a Subjektive Gesundheit	+		
Hyp. 7b Subjektive Gesundheit		+	
Hyp. 7c Subjektive Gesundheit			+

8. Körperliche Funktionsverluste

Hyp. 8a Funktionsverluste	+		
Hyp. 8b Funktionsverluste		+	
Hyp. 8c Funktionsverluste			+

9. Selbständigkeit

Hyp. 9a Selbständigkeit	+		
Hyp. 9b Selbständigkeit		+	
Hyp. 9c Selbständigkeit			+
Hyp. 9d Waschen und Duschen	+		
Hyp. 9e Waschen und Duschen		+	
Hyp. 9f Waschen und Duschen			+

10. Soziale Kontakte

Hyp. 10a Einmal wöchentlich Treffen	-		
Hyp. 10b Einmal wöchentlich Treffen		-	
Hyp. 10c Einmal wöchentlich Treffen			+
Hyp. 10d Bereich soziale Kontakte.	+		
Hyp. 10e Bereich soziale Kontakte.		-	
Hyp. 10f. Bereich soziale Kontakte			+

11. Aktivitäten

Hyp. 11a Aktivitätsindex	+		
Hyp. 11b Aktivitätsindex		+	
Hyp. 11c Aktivitätsindex			+
Hyp. 11d Bereich Aktivitäten	+		
Hyp. 11e Bereich Aktivitäten		-	
Hyp. 11f Bereich Aktivitäten			+

+ bedeutet, es besteht ein signifikanter Zusammenhang

- bedeutet, es besteht kein signifikanter Zusammenhang

8.6. Clusteranalyse

Die Clusteranalyse analysiert, inwieweit sich die Personengruppe der im Privathaushalt lebenden Personen von der Personengruppe derer, die in einem Pensionistenheim lebt, unterscheidet. Mit Hilfe der Clusteranalyse werden Personengruppen definiert und identifiziert, mit dem Ziel, das Verhalten dieser Gruppen vor dem Hintergrund von Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück zu untersuchen. Es werden die z- standardisierten Werte verwendet.

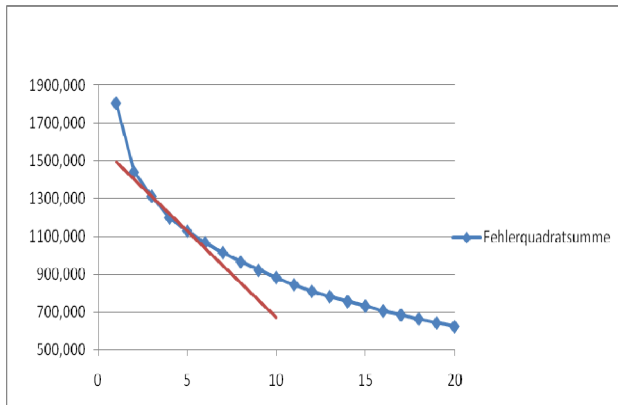
Die graphische Analyse der Variablen auf Normalverteilung erfolgt durch ein Histogramm. Der Stichprobenumfang umfasst 130 Personen, daher scheint eine Prüfung durch den Kolmogorov Smirnovtest bei einer n- Anzahl über 30 nicht sinnvoll. Die Kriterien einer eingipfeligen Verteilung und symmetrischer und normal gewölbter Darstellung werden großteils erfüllt. Nicht alle Variablen erscheinen perfekt, sie sind aber ausreichend tolerabel normal verteilt.

8.6.1. Hierarchische Cluster

Die ausgesuchten Variablen erscheinen annäherungsweise normal verteilt. Mittelwerte, Standardabweichungen und Häufigkeiten der Variablen wurden überprüft. Für die hierarchische Clusteranalyse wird der quadrierte euklidische Abstand und die Ward-Methode verwendet. Die Maße werden z-transformiert, dadurch werden die Variablen standardisiert und damit vergleichbar gemacht.

Bei der hierarchischen Clusterlösung wird von 130 Clusterlösungen bis zu 1 Clusterlösung heruntergerechnet. Die ideale Clusteranzahl wird beim Knick im Scree Plot gewählt. Um die optimale Clusterzahl herauszufinden, wird wegen des großen Rechenaufwandes meist nur eine Stichprobe des gesamten Datensatzes verwendet. Beim vorliegenden Datensatz wurden alle Fälle berücksichtigt. Korrelationen sind keine geeigneten Voraussetzungen zur Clusterbildung. Als Ergebnis des Elbow Kriteriums findet man 3 Cluster.

Abbildung 4 Fehlerquadratsumme

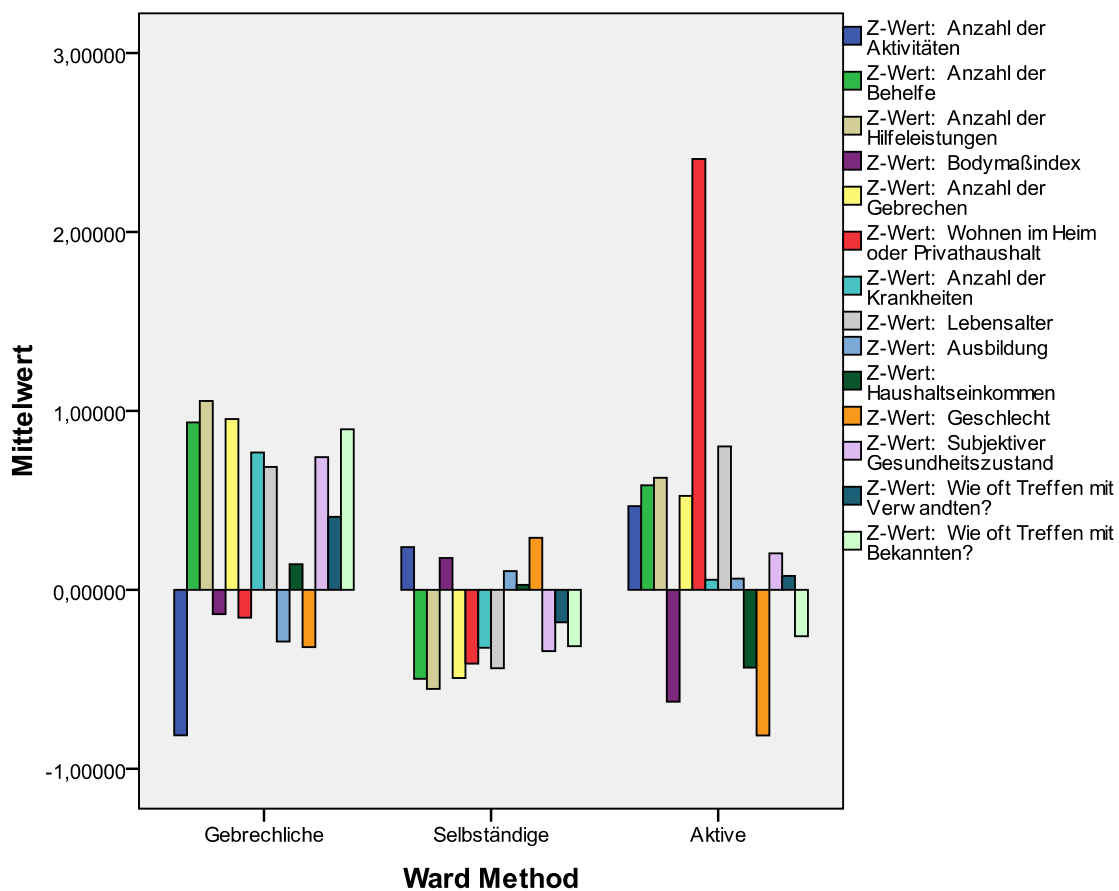


Um diese Graphik erstellen zu können, wurden die Koeffizienten ins Excelprogramm kopiert. Je höher die Werte des Fehlerquadratsummes sind, desto ungenauer wird die Beschreibung der Fälle, da sich die Anzahl der Cluster reduziert. Je stärker die Zusammenfassung ist, desto größer ist der Informationsverlust. Die Graphik zeigt beim Elbow Kriterium den Knick bei etwa drei, daher scheinen drei Cluster am besten geeignet zu sein.

8.6.2. Ward Methode: Ward Linkage

Die Koeffizienten zeigen die Abweichungsquadratsumme. Je mehr Cluster, desto weniger Abweichungsquadratsumme gibt es. Die letzten 10 Fälle wurden in das Tabellenkalkulationsprogramm Excel kopiert. Es besteht die Möglichkeit von 2- 10 Cluster. Der Knick zeigt sich bei 3 Clustern.

Abbildung 5 Clustereinteilung



Folgende Variablen wurden verwendet:

Index der Aktivitäten (Skala aus v16a-v16q), Index der Behelfe (Skala aus v12e-v12j), Index der Gebrechen (Skala aus v12a-v12d), Index der Hilfeleistungen (Skala aus v5a-v5h), Index der Krankheiten (v 9b- 9v), BMI, Wohnort, Alter, höchster abgeschlossener Bildungsabschluss, Haushaltseinkommen, Geschlecht, subjektiver Gesundheitszustand, Treffen mit Verwandten und Treffen mit Bekannten.

Alle enthaltenen Variablen werden durch die Clustereinteilung getrennt.⁶¹

Die Clusteranalyse zeigt eine deutliche Clusterbildung zwischen gebrechlichen, selbständigen und aktiven Personen. Das Merkmal „**Wohnen im Heim** oder Privathaushalt“ unterscheidet sich in dieser Graphik bei der Gruppe der „Aktiven“ sehr eindeutig von den anderen Merkmalen.

⁶¹ Wohnort: 0=Privathaushalt, 1= Heim,
Treffen : 1= täglich treffen, 9= 1x jährlich treffen
Geschlecht 0=weiblich, 1= männlich.

Tabelle 59 Clustereinteilung
Ward Methode

	Häufigkeit	Prozent	gültige Prozente	kumulierte Prozente
Gebrechliche	33	25	25	25
Selbständige	81	62	62	87
Aktive	16	13	13	100
gesamt	130	100	100	

Gebrechliche Personen (33 Personen):

Die gebrechlichen Personen zeigen folgende Merkmale: keine Aktivitäten, viele Behelfe, viele Hilfeleistungen, niedriger Body- Mass Index, viele Gebrechen, eher Wohnen im Privathaushalt, viele Krankheiten, eher alt, unterdurchschnittlich gebildet, durchschnittliches Haushaltseinkommen, eher weiblich, schlechter Wert bei subjektiver Gesundheit, wenig Kontakte.

Selbständige Personen (81 Personen):

Überdurchschnittlich hohe Aktivitäten, wenig Behelfe, wenig Hilfeleistungen, höheren BMI, wenig Gebrechen, wohnen privat, wenige Krankheiten, eher jünger, leicht überdurchschnittlich gebildet, durchschnittliches Haushaltseinkommen, eher männlich, eher gesund, überdurchschnittlich viele Treffen mit Verwandten und Bekannten.

Aktive Personen (16 Personen):

Viele Aktivitäten, aber viele Behelfe und Hilfeleistungen, sehr geringer BMI, viele Gebrechen, Heimbewohner, durchschnittlich viele Krankheiten, eher alt, durchschnittliche Bildung, unterdurchschnittliches Einkommen, weiblich, eher unterdurchschnittlich gesund, treffen weniger Verwandte, dafür mehr Bekannte.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Konstrukt „Gebrechliche Personen“ eher ungebildete und isolierte Personen umfasst, das Konstrukt „Selbständige Personen“ beinhaltet gebildete Personen mit gutem Gesundheitszustand und zum Konstrukt „Aktive Personen“ zählen aktive ältere Frauen, die im Heim leben.

Eine Varianzanalyse verdeutlicht, dass sich einzelne Variable bezüglich der 3 Cluster unterscheiden. Eine Homogenität der Varianzen liegt vor.

Zufrieden⁶²

In der Clustergruppe „Gebrechliche“ sind 59% zufrieden. (41% sind unzufrieden)

In der Clustergruppe „Selbständige“ sind 84% zufrieden. (16% sind unzufrieden)

In der Clustergruppe „Aktive“ sind 88% zufrieden. (12% sind unzufrieden)

Einsamkeit⁶³

In der Clustergruppe „Gebrechliche“ sind 47% nicht einsam. (53% sind einsam)

In der Clustergruppe „Selbständige“ sind 88% nicht einsam. (12% sind einsam)

In der Clustergruppe „Aktive“ sind 80% nicht einsam. (20% sind einsam)

Glück⁶⁴

In der Clustergruppe „Gebrechliche“ sind 28% glücklich. (72% sind unglücklich)

In der Clustergruppe „Selbständige“ sind 79% glücklich. (21% sind unglücklich)

In der Clustergruppe „Aktive“ sind 76% glücklich. (24% sind unglücklich)

Die Gruppe „Selbständige“ und die Gruppe „Aktive“ unterscheidet sich in den Lebensqualitätsparameter erheblich von der Gruppe der Gebrechlichen.

8.7. Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse deckt auf, inwiefern die Variablen zueinander in Beziehung stehen und welche Variablen zu Faktoren zusammengefasst werden können. Das heißt, sie dient der Aufdeckung von sozialen Konstrukten, hier im speziellen Fall Konstrukten der Lebensqualität. Variable, die korrelieren, werden gebündelt. „ Die Faktorenanalyse ist ein Verfahren, mit dem Korrelationen zwischen Variablen auf dahinterstehende einfachere Strukturen (latente Variable) zurückgeführt werden.“ (Schulz 1998: 73)

Anschließend an die Faktorenanalyse werden mithilfe einer Regressionsanalyse die Variablen Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück erklärt. Die Faktoren aus der Hauptkomponentenanalyse werden als Regressionskoeffizienten gespeichert. Wenn man mit

⁶² Kreuztabelle: zufrieden dichotom/ CLU 3_1

⁶³ Kreuztabelle: einsam dichotom/ CLU 3_1

⁶⁴ Kreuztabelle: Glück dichotom/ CLU 3_1

Faktoren weiterrechnet, kann man Scheinkorrelationen vermeiden, weil die Faktoren nicht untereinander korrelieren.

Die rotierte Komponentenmatrix zeigt Faktorenladungen an. Aufgrund der Ladungen ergibt sich die Faktorzugehörigkeit, wobei die höchste Ladung die Faktorzugehörigkeit definiert. Wenn die Ladung nur bei einem Faktor deutliche Zugehörigkeit aufweist, dann ist die Zuordnung eindeutig. Manchmal tritt das Problem auf, dass die Faktorladung für eine Variable bei mehreren Faktoren ähnlich hoch ist. Dies hat zur Folge, dass die Zuordnung der Variablen zu den Faktoren nicht eindeutig erfolgen kann und bei der Interpretation berücksichtigt werden sollte. Ladungen unter 0.5 tragen nicht eindeutig zur Definition des Faktors bei (Die Quadrierung des Faktors zeigt den erklärten Varianzanteil. $0.5^2 = 0.25$).

Es wird in dieser Arbeit eine Analyse der Variablen, die die Lebensqualität beeinflussen, durchgeführt. Biologische Merkmale und soziale Merkmale fließen in die Untersuchung ein. Folgende Variablen werden in die Faktorenanalyse aufgenommen, um objektive und subjektive Einflussgrößen der Lebensqualität zur Beschreibung eben dieser heranzuziehen:

Anzahl der Krankheiten (Index, metrisch)

Wie viele Medikamente nehmen Sie täglich? (v10a, metrisch)

Wie viele Stunden ruhen Sie sich täglich aus? (v17, ordinal)

Index der Gewalttätigkeiten (Index aus v20b bis v20i, metrisch)

sozioökonomischer Index (Index- Berechnung siehe Kapitel 8.5.3.1, ordinal)

Lebensalter (33, metrisch)

Pflege zu Hause (Dummyvariable ja/ nein, nominal)

Zu Hause ohne Pflege (Dummyvariable, ja/nein, nominal)

Index der Hilfeleistungen (Index aus v 5a bis v 5h, metrisch)

Ich verlasse das Haus nicht täglich (v 7b, ordinal)

Ausbildung (v 25a, höchste abgeschlossene Ausbildung, ordinal)

Haushaltseinkommen (v 31, metrisch)

Wohnt in Pflegeheim (ja/nein, nominal)

Wie viele Stunden machen sie täglich Hausarbeit? (v 3, ordinal)

Pflegegeldstufe (v 29, ordinal)

Index der Aktivitäten (Index v16a – v 16n)

Altersheim (ja/nein, nominal)
verwitwet (ja/nein, nominal)
attraktiv fühlen (ja/nein, nominal)
Index der Gebrechen (Index aus v12a - v12d, metrisch)
Index der Behelfe (Index aus v 12e bis v 12j, metrisch)
subjektiver Gesundheitszustand (v10c, ordinal)
Ich trage gerne neue Kleidungsstücke (v15d, nominal)
Geschlecht (v21, nominal)
Im letzten Halbjahr im Spital? (v10d, ja/nein, nominal)
Mit Krankheiten abgefunden? (v10f, ja/nein, nominal)
Wie oft Treffen mit Bekannten? (v14b, ordinal)
Wie oft Treffen mit Verwandten? v(14a, ordinal)
Bodymaßindex (v22, v23)

Es werden metrische Variable, ordinal skalierte Variable (sofern diese näherungsweise als metrisch und normal verteilt erachtet werden können) und nominal dichotome Variable (über eine 0 bzw.1 Kodierung - Dummyvariablen) verwendet.

Zuerst werden die Variablen mit Hilfe von Histogrammen auf Normalverteilung geprüft. Alle in der Faktorenanalyse enthaltenen (ausgenommen nominal dichotomen mit 0/1 codierten) Variablen entsprechen ausreichend gut einer Normalverteilung.

Die Grundlage der Faktorenanalyse ist die Korrelationsmatrix (Pearson – Korrelationskoeffizienten).

Die Gütebeurteilung durch das KMO – Kriterium von 0.760 ist ziemlich gut. (Backhaus et al 2005: 335) Die Signifikanz nach Bartlett ($p= 0.000$) zeigt, dass die Variablen Korrelationen aufweisen.

H0: Die Variablen in der Erhebungsgesamtheit sind unkorreliert.

H1: Die Variablen in der Erhebungsgesamtheit sind korreliert. (Backhaus et al 2005: 335)

Die Kommunalitäten sagen aus, wie viel Prozent der Varianz der Variablen durch die Faktorstruktur wiedergegeben wird. Je höher die Werte sind, desto besser werden die Variablen durch die Faktoren wiedergegeben. Die erklärte Gesamtvarianz zeigt, wie viele Eigenwerte über dem Wert 1 liegen.

Neun Eigenwerte erklären mehr Varianz als eine Einzelvariable dies tut. Es werden durch diese neun Faktoren 71% der Gesamtvarianz erklärt, wobei die ersten vier Faktoren 48% der Varianz erklären und die weiteren Faktoren langsamer als die ersten vier Faktoren zur

Steigerung der Gesamtvarianz beitragen. Dieser Effekt zeigt sich im Screeplot am Knick bei vier Faktoren. Für eine einfachere Interpretation wäre eine 4-Faktorenlösung überlegenswert, aber die hier gewonnenen Faktoren sollen als Regressionskoeffizienten weiter Verwendung finden. Daher werden die gefundenen Faktoren in Form von Regressionskoeffizienten gespeichert.

Ein größeres Maß an Varianzerklärung ist einer einfachen Interpretation der Faktoren vorzuziehen. Die Regressionsanalyse erfolgt im nächsten Kapitel.

Tabelle 60 Erklärte Gesamtvarianz Hauptkomponentenanalyse

Komponente	Summen von quadrierten								
	anfängliche Eigenwerte			Faktorladungen für Extraktion			rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	6,899	23,789	23,789	6,899	23,789	23,789	3,303	11,389	11,389
2	2,911	10,039	33,828	2,911	10,039	33,828	2,939	10,135	21,524
3	2,402	8,283	42,111	2,402	8,283	42,111	2,619	9,030	30,554
4	1,795	6,191	48,302	1,795	6,191	48,302	2,374	8,188	38,742
5	1,676	5,779	54,081	1,676	5,779	54,081	2,210	7,622	46,364
6	1,499	5,168	59,249	1,499	5,168	59,249	2,037	7,024	53,388
7	1,281	4,416	63,665	1,281	4,416	63,665	1,815	6,260	59,648
8	1,145	3,948	67,614	1,145	3,948	67,614	1,718	5,924	65,572
9	1,074	3,703	71,317	1,074	3,703	71,317	1,666	5,745	71,317
10	,920	3,171	74,487						
11	,865	2,981	77,468						
12	,802	2,765	80,233						
13	,759	2,617	82,850						
14	,678	2,338	85,188						
15	,613	2,115	87,303						

Die rotierte Komponentenmatrix zeigt die Zuordnung. Wie laden die einzelnen Variablen auf die Faktoren, wobei die höchste Ladung die Zugehörigkeit bestimmt.

Die rotierte Komponentenmatrix ist besser zur Interpretation geeignet.

Abbildung 6 Screenshot

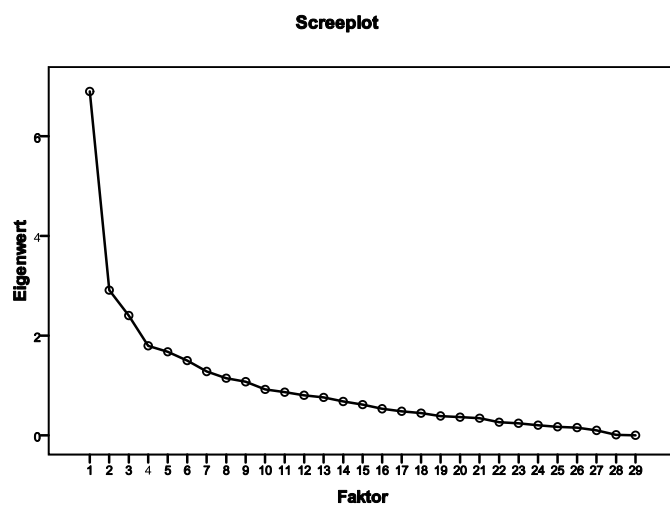


Tabelle 61 Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente								
	Objektive Gesundheit 1	Hilfe zu Hause 2	SES 3	Unselb- ständigkeit 4	Alters- heim 5	Körper- empfinden 6	Geschlecht- errolle 7	Krankheits- akzeptanz 8	soziale. Kontakte 9
Anzahl der Krankheiten	0,83								
Wie viele Medikamente täglich?	0,78								
Wie viele Stunden täglich ausruhen?	0,61								
Anzahl der Gewalttätigkeiten	0,56								
Lebensalter	0,41								
Pflege zu Hause		0,90							
zu Hause ohne Pflege		-0,69							
Anzahl der Hilfeleistungen		0,60							
Ich verlasse das Haus nicht täglich		0,55							
sozioökonomischer Index			0,93						
Ausbildung			0,89						
Haushaltseinkommen			0,71						
Pflegeheim				0,75					
Wieviele Stunden täglich Hausarbeit?				-0,57					
Pflegegeld, Stufe				0,54					
Anzahl der Aktivitäten				-0,41					
Altersheim					0,931				
verwitwet					0,454				
attraktiv fühlen						-0,66			
Anzahl der Gebrechen						0,59			
Anzahl der Behelfe						0,57			
subjektiver Gesundheitszustand						0,55			
neue Kleidungsstücke tragen							0,77		
Geschlecht							-0,68		
Im letzten Halbjahr im Spital?								0,72	
mit Krankheiten abgefunden?								0,69	
Wie oft Treffen mit Bekannten?									0,74
Wie oft Treffen mit Verwandten?									0,60
Bodymaßindex									0,39

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 18 Iterationen konvergiert.

Der Faktor 1 spiegelt den *objektiven Gesundheitszustand* wieder. Dieser setzt sich aus folgenden Variablen zusammen:

Anzahl der Krankheiten? (Index)

Wie viele Medikamente täglich? (v10a)

Wie viele Stunden täglich ausruhen? (v17)

Anzahl der Gewalttätigkeiten und Lebensalter (Index und v33).

Der Faktor 1 erklärt 24% der Gesamtvarianz und ist somit der gewichtigste Faktor. Je mehr Krankheiten eine Person hat, je mehr Medikamente eine Person nimmt, je mehr Stunden sich eine Person täglich ausruht, je mehr Gewalttätigkeiten eine Person erfährt und je älter eine Person ist, desto schlechter ist der objektive Gesundheitszustand.

Der Faktor 2 entspricht den *Hilfsmaßnahmen zu Hause*. Er besteht aus:

Pflege zu Hause (Dummyvariable)

zu Hause ohne Pflege (Dummyvariable)

Anzahl der Hilfsleistungen (Index)

Ich verlasse das Haus nicht täglich (v7b)

Dieser Faktor erklärt 10% der Gesamtvarianz. Wenn eine Person Pflege zu Hause erhält, viele Hilfeleistungen bekommt und das Haus nicht täglich verlässt, dann hat der Faktor 2 einen hohen Wert im Regressionskoeffizienten. Ein hoher Wert entspricht vielen Hilfsmaßnahmen.

Der Faktor 3 repräsentiert die *„Sozioökonomische Lage“*. Hier finden der sozioökonomische Index, die Ausbildung (v25a) und das Haushaltseinkommen (v31) Eingang. Dieser Faktor erklärt 8% der Gesamtvarianz. Ein hoher Wert im Regressionskoeffizienten der sozioökonomischen Lage entspricht einem hohen sozioökonomischen Index, also einem hohen Ausbildungsgrad und einem hohen Einkommen.

Der Faktor 4 zeigt die *Unselbständigkeit beziehungsweise Selbstständigkeitsdefizite*. Dieser Faktor besteht aus den Variablen:

Pflegeheim (Dummyvariable)

Wie viele Stunden täglich Hausarbeit? (v3)

Pflegegeld (v29)

Anzahl der Aktivitäten (Index)

Es werden 6% Varianz durch diesen Faktor erklärt. Wenn eine Person im Pflegeheim lebt, wenige Stunden Hausarbeit macht, hohes Pflegegeld bekommt und wenig aktiv ist, dann hat der Regressionskoeffizient der Selbstständigkeitsdefizite einen hohen Wert.

Der Faktor 5 ist im „*Altersheim*“ zu leben. Er besteht aus den Variablen Altersheim (Variable Pflegeinstitution) und verwitwet sein und erklärt 6% der Gesamtvarianz. Wenn eine Person im Altersheim lebt und verwitwet ist, dann ist der Wert des Faktors *Altersheim* hoch.

Der Faktor 6 betrifft das „*Negative subjektive Körperempfinden*“. Der Faktor 6 beinhaltet die Variablen:

attraktiv fühlen (v15c)

Anzahl der Gebrechen (Index)

Anzahl der Behelfe (Index)

subjektiver Gesundheitszustand (v10e)

Dieser Faktor erklärt 5% der Gesamtvarianz. Wenn eine Person sich nicht attraktiv fühlt, unter vielen Gebrechen leidet, viele Behelfe benötigt und einen schlechten subjektiven Gesundheitszustand hat, dann tendiert diese Person auch zu einem „*Negativen subjektiven Körperempfinden*“.

Der Faktor 7 zeigt die *Geschlechterrolle*. Er wird gebildet aus den Variablen „Ich trage gerne neue Kleidungsstücke“ (v15d) und Geschlecht (v21). Dieser Faktor erklärt 4% der Gesamtvarianz. Die weibliche Rolle wird durch das biologische Merkmal „weiblich“ und „gerne neue Kleider zu tragen“ bestimmt, und entspricht einem hohen Wert im Regressionskoeffizienten.

Der Faktor 8 ist die „*Krankheitsakzeptanz*“. Dieser Faktor besteht aus den Variablen „im letzten Halbjahr im Spital“ (v10d) und „mit Krankheiten abgefunden“ (v10f). Dieser Faktor erklärt 4% der Gesamtvarianz. Wenn eine Person im letzten Halbjahr im Spital war und sich nicht mit ihren Krankheiten abgefunden hat, dann hat diese Person eine geringe „*Krankheitsakzeptanz*“.

Der Faktor 9 betrifft die „*Sozialen Kontakte*“. Dazu gehören die Variablen „wie oft Treffen mit Bekannten?“, „wie oft Treffen mit Verwandten?“ und der Bodymaßindex. Dieser Faktor erklärt 4% der Gesamtvarianz. Je öfter man Verwandte und Bekannte trifft und je höher der Bodymaßindex ist, desto mehr „*Soziale Kontakte*“ hat eine Person.

Das Lebensalter lädt auf Faktor 1 am stärksten, es hat auch Einfluss auf die anderen Faktoren, ausgenommen sind Faktor 8 und Faktor 9, das heißt die Faktoren *Krankheitsakzeptanz* und *Soziale Kontakte*. Ähnlich verhält sich auch die Variable „Anzahl der Aktivitäten“, welche am stärksten auf Faktor 4, also *Unselbständigkeit* lädt. Aber die „Anzahl der Aktivitäten“ laden auch auf Faktor 3, Faktor 5 und Faktor 9, d.h. auf die *Sozioökonomische Lage*, das *Altersheim* und die *Sozialen Kontakte*, wobei viele Aktivitäten

mit einer hohen *Sozioökonomische Lage*, im *Altersheim* wohnend und vielen *Sozialen Kontakte* im Zusammenhang stehen. Bemerkenswert ist, dass eine hohe Anzahl an Aktivitäten mit im Altersheim wohnend einher gehen. Dieses Bild zeigte sich ebenfalls in der Clusteranalyse.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Faktoren schlüssig erklärt werden konnten und gut in objektive und subjektive Faktoren zu trennen sind. Die Auswahl der Variablen erfolgt in Anlehnung an die Bolsa-Studie, die Berliner-Altersstudie und die Share-Studie. Besonders an der hier durchgeführten Faktorenanalyse ist das **Augenmerk auf das Altersheim** gerichtet, das heißt, ob eine Person im Altersheim wohnt, welches auch zu einem **eigenen Faktor „Altersheim“ geführt hat.**

8.8. Regression

In diesem Abschnitt wird die Abhängigkeit der Lebensqualität (die Lebensqualitätsparameter Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück), von demografischen Variablen und den objektiven und den subjektiven Einflussgrößen überprüft. Aus den unabhängigen Variablen (das heißt den Faktoren der in Kapitel 8.7 beschriebenen Faktorenanalyse) wird ein **Regressionsmodell** erstellt, um eine Vorhersage der Lebensqualität treffen zu können. Zuerst werden alle Faktoren in das Modell einbezogen, sodann werden nicht signifikante Faktoren aus dem Modell schrittweise entfernt. Dies geschieht, solange bis ein Modell nur aus signifikanten Einflussgrößen erreicht wird. Die resultierenden Modelle werden wie folgt beschrieben:

Modell für Zufriedenheit

Ausgehend von einem signifikanten F-Test ($p = 0,000$) werden aus einem Modell mit allen neun Faktoren schrittweise nicht signifikante Faktoren entfernt. Alle zwischenzeitlich erhaltenen Modelle sind ebenso signifikant (F-Test: $p = 0,000$). Die Zufriedenheit lässt sich linear durch das Faktorenmodell erklären. Die Modellgüte (beurteilt durch R-Quadrat korrigiert) ist etwa bei 0,3, daher kann etwa 30% der Gesamtvarianz der Zufriedenheit durch das lineare Modell erklärt werden. Die exakten Werte sind wie folgt:

Abbildung 7 Modell für Zufriedenheit
(Abhängige Variable: Zufriedenheit)

Modelle für Zufriedenheit					
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	,58 ^a	,34	,29		1,74
2	,58 ^b	,34	,30		1,73
3	,58 ^c	,34	,30		1,73
4	,58 ^d	,34	,30		1,73
5	,57 ^e	,33	,30		1,73

Die Faktoren, die keinen Einfluss auf die Zufriedenheit haben werden schrittweise entfernt:

soziale Kontakte	p = 0,97
sozioökonomische Lage	p = 0,56
Unselbständigkeit	p = 0,46
Geschlechterrolle	p = 0,29

Somit hängt die Zufriedenheit⁶⁵ von folgenden Faktoren ab:

objektiver Gesundheitszustand	p = 0,036	β=-0,16
Hilfsmaßnahmen zu Hause	p = 0,010	β=-0,20
Altersheim	p = 0,005	β=-0,21
negatives subjektives Körperempfinden	p = 0,001	β= 0.26
Krankheitsakzeptanz	p = 0,000	β= 0.39

Ausgehend von einem konstanten Wert der Zufriedenheit von 3,9 (auf einer Skala von 1-10 bedeutet 1 sehr zufrieden bis 10 nicht zufrieden⁶⁶) lässt sich die Zufriedenheit durch folgende Regressionsformel beschreiben:

Zufriedenheit = 3,90 + 0,33 x objektiver Gesundheitszustand + 0,40 x Hilfsmaßnahmen zu Hause – 0,44 x Altersheim + 0,54 x negatives subjektives Körperempfinden + 0,81 x Krankheitsakzeptanz.

(In der Regressionsformel wird der Regressionskoeffizient B verwendet.)

⁶⁵ Zufriedenheit wurde ursprünglich gegengepolt codiert und in der Dissertation wurde dann stets die recodierte Variable verwendet.

⁶⁶ Es wurde im Fragebogen absichtlich gegengepolt gefragt, um zu sehen, ob die Befragten die Fragen verstehen.

Dies bedeutet (unter Berücksichtigung der Ausrichtungen der Faktoren):

Je besser der objektive Gesundheitszustand ist, je weniger Hilfsmaßnahmen man benötigt, wenn eine Person im Altersheim wohnt, je besser das subjektive Körperempfinden ist und je mehr Krankheitsakzeptanz eine Person aufweist, desto zufriedener ist diese Person.

Wenn alle Einflussgrößen bei einem Wert von 0 liegen, dann nimmt die Zufriedenheit einen Wert von 3,9 an.

Der wichtigste Faktor in diesem Modell ist die Krankheitsakzeptanz. Ein wichtiges Außenkriterium stellt das Altersheim dar.

Modell für Einsamkeit

Hier wurden ebenso, wie bei der Zufriedenheit ausgehend von einem signifikanten (F-Test: $p = 0,000$) Modell mit allen neun Faktoren, schrittweise alle nicht signifikanten Faktoren entfernt. Alle zwischenzeitlich erhaltenen Modelle sind ebenso signifikant (F-Test: $p = 0,000$). Die Einsamkeit lässt sich linear durch das Faktorenmodell erklären und die Modellgüte (beurteilt durch das korrigierte R-Quadrat beim Endmodell) ist etwa bei 0,29.

Etwa 30% der Gesamtvarianz der Einsamkeit kann durch das lineare Modell erklärt werden.

Die exakten Werte sind wie folgt:

Abbildung 8 Modell für Einsamkeit
(Abhängige Variable: Einsamkeit)

Modelle für Einsamkeit				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,58 ^a	,33	,28	2,045
2	,58 ^b	,33	,29	2,036
3	,58 ^c	,33	,29	2,030
4	,57 ^d	,33	,30	2,024

Entfernt werden schrittweise die Faktoren, die keinen Einfluss auf die Einsamkeit haben:

Altersheim	$p = 0,63$
Unselbständigkeit	$p = 0,58$
soziale Kontakte	$p = 0,90$
Krankheitsakzeptanz	$p = 0,063$
Geschlechterrolle	$p = 0,053$

Im Modell für Einsamkeit verblieben:

objektiver Gesundheitszustand	p = 0,000	$\beta = -0,38$
Hilfsmaßnahmen zu Hause	p = 0,001	$\beta = -0,27$
sozioökonomische Lage	p = 0,045	$\beta = -0,16$
negatives subjektives Körperempfinden	p = 0,001	$\beta = 0,21$

Ausgehend von einem konstanten Wert der Einsamkeit von 7,12 (auf einer Skala von 1 bis 10 bedeutet 1 sehr einsam bis 10 nicht einsam) lässt sich die Einsamkeit durch folgende Regressionsformel beschreiben:

Einsamkeit = 7,12 - 0,93 x objektiver Gesundheitszustand - 0,64 x Hilfsmaßnahmen zu Hause + 0,38 x sozioökonomische Lage - 0,52 x negatives subjektives Körperempfinden.

Dies bedeutet (unter Berücksichtigung der Ausrichtungen der Faktoren):

Je besser der objektive Gesundheitszustand ist, je weniger Hilfsmaßnahmen in Anspruch genommen werden, je mehr Krankheitsakzeptanz eine Person aufweist und je besser das subjektive Körperempfinden einer Person ist, desto weniger einsam ist diese Person.

Wenn alle anderen Einflussgrößen einen Wert von 0 annehmen, dann beträgt der Durchschnittswert für Einsamkeit 7,12.

Modell Glück

Wie in den Modellen zuvor wurde ausgehend von einem signifikanten F-Test ($p = 0,000$) aus dem Modell mit allen neun Faktoren schrittweise alle nicht signifikante Faktoren entfernt. Alle zwischenzeitlich erhaltenen Modelle sind ebenso signifikant (F-Test: $p = 0,000$). Das Glück lässt sich linear durch das Faktorenmodell erklären. Die Modellgüte wird durch das korrigierte R-Quadrat beurteilt. Beim Endmodell liegt der Wert bei 0,25, das heißt 25% der Gesamtvarianz des Glücks kann durch das lineare Modell erklärt werden.

Die exakten Werte sind wie folgt:

Abbildung 9 Modell Glück
(Abhängige Variable: Glück)

Modelle für Glück				
Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,53 ^a	,29	,23	2,07
2	,53 ^b	,29	,24	2,06
3	,53 ^c	,29	,24	2,05
4	,53 ^d	,28	,25	2,05
5	,53 ^e	,28	,25	2,05

Entfernt werden schrittweise die Faktoren, die keinen Einfluss auf das Glück haben:

Geschlechterrolle	p = 0,953
Altersheim	p = 0,908
sozioökonomische Lage	p = 0,613
soziale Kontakte	p = 0,326

Weiters wurde auf Grund eines nicht signifikanten Koeffizienten Unselbständigkeit (p = 0,720) entfernt.

Somit hängt das Glück von folgenden Faktoren ab:

objektiver Gesundheitszustand	p = 0,006	β=-0,22
Hilfsmaßnahmen zu Hause	p = 0,001	β=-0,27
negatives subjektives Körperempfinden	p = 0,001	β=-0,27
Krankheitsakzeptanz	p = 0,002	β=-0,26

Ausgehend von einem konstanten Wert für Glück von 6,5 (auf einer Skala von 1...unglücklich bis 10...glücklich) lässt sich das Glück durch folgende Regressionsformel beschreiben:

$$\text{Glück} = 6,5 - 0,52 \times \text{objektiver Gesundheitszustand} - 0,63 \times \text{Hilfsmaßnahmen zu Hause} - 0,63 \times \text{negatives subjektives Körperempfinden} - 0,60 \times \text{Krankheitsakzeptanz}$$

Dies bedeutet (unter Berücksichtigung der Ausrichtungen der Faktoren):

Je besser der objektive Gesundheitszustand, je weniger Hilfsmaßnahmen man braucht, je besser das subjektive Körperempfinden einer Person ist und je mehr Krankheitsakzeptanz eine Person aufweist, desto glücklicher ist diese Person.

Wenn alle Einflussgrößen einen Wert von 0 annehmen, dann nimmt das Glück einen Wert von 6,5 an.

Die weiteren Modellüberprüfungen der Modelle eins bis drei ergeben keine Multikollinearität der unabhängigen Variablen, da die unabhängigen Variablen allesamt einer Faktorenanalyse entstammen. Die Modelle weisen keine Heteroskedastizität und auch keine Autokorrelation auf (Die Überprüfung erfolgte mittels Streudiagramm der Residuen gegen die geschätzten Werte für die Variablen Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück). Die Histogramme der Residuen zeigen eine gute näherungsweise Anpassung an eine Normalverteilung.

Ebenso zeigen alle partiellen Streudiagramme der Einflussgrößen und der Zufriedenheit, der Einsamkeit und des Glücks keinerlei Auffälligkeiten, die auf nicht lineare Zusammenhänge hindeuten und es finden sich auch keine Ausreißerwerte. Somit erfüllen die linearen Regressionsmodelle mit den abhängigen Variablen Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück alle Modellvoraussetzungen.

Die drei Regressionsmodelle zeigen, dass auf Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück ähnliche objektive und subjektive Faktoren einwirken. Die Werte der Beta – Koeffizienten zeigen die Höhe des Zusammenhanges an. Sie liegen in den hier vorliegenden Modellen zwischen 0,2 und 0,4.

Bei „Zufriedenheit“ wirken die Konzepte „Krankheitsakzeptanz“ und „negatives subjektives Körperempfinden“ am meisten. Außerdem wird der Faktor „Altersheim“ im Regressionsmodell entdeckt, der in bestehenden Theorien noch nicht erwähnt wird.

Für das Empfinden von „Einsamkeit“ sind die Indikatoren „objektiver Gesundheitszustand“ und „Hilfsmaßnahmen zu Hause“ von Bedeutung.

Beim Glück sind die Werte der Faktoren „objektiver Gesundheitszustand“, „Hilfsmaßnahmen zu Hause“, „negatives subjektives Körperempfinden“ und „Krankheitsakzeptanz“ gleichmäßig (ähnliche Beta- Werte) verteilt.

Die Regressionsmodelle zeigen, dass ähnliche Faktoren auf die Lebensqualitätsparameter einwirken. Es ist jedoch die Stärke des Zusammenhanges ausschlaggebend.

9. Diskussion der Ergebnisse

In der vorliegenden Studie wurde ein Vergleich der vorliegenden Studie mit der Berliner Altersstudie, der Share Studie, dem Freizeitverhalten (Kolland 1996) und mit Zufriedenheitswerten bei einer anderen Studie hergestellt (Lehr 2007).

Die Berliner Altersstudie beginnt beim 1. Befragungszeitpunkt mit 516 Personen und weist beim 7. Befragungszeitpunkt noch 38 Personen auf. Beim Projekt Share wurden in Österreich 307 Personen befragt. In der eigenen Studie wurden die Daten von 130 Personen zu einem Zeitpunkt (2009) erhoben, dies ist verglichen mit der Antworthäufigkeit bei „Base“ und „Share“ ein gutes Mittelmaß. Die Antworthäufigkeiten liegen in den untersuchten Altersgruppen bei „Share“ etwa bei $n=150$. Die Stichprobengröße von 130 Personen bei der durchgeführten Datenerhebung, die sehr exakt durchgeführt wurde⁶⁷, scheint durchaus angemessen. Die in der Analyse verwendeten Verfahren ergeben bei dieser Stichprobengröße signifikante Ergebnisse.

Es können in der sozioökonomischen und soziodemographischen Struktur der Base- und Share Studie zahlreiche Übereinstimmungen mit der Dissertationsstudie gefunden werden.

9.1. Bolsa Studie

Gute Übereinstimmung der Bolsa Studie (achter Messzeitpunkt, $n=34$) mit der selbst durchgeführten Studie zeigt sich bei der Wohnsituation. Die Befragten der Bolsa Studie wohnen zu 65% alleine. Davon waren allerdings nur 10% Männer. (Lehr & Thomae 1987: 199 - 216)

In der für die Dissertation durchgeführten Studie leben 56% alleine mit einem Männeranteil von 16%. Manche untersuchten Bereiche zeigen Veränderungen im Verhalten der hochaltrigen Personen. Zu beachten ist, dass die Bolsa-Studie über 20 Jahre zurückliegt. Exemplarisch sind hier aus dem Bereich der Freizeitaktivitäten der Fernsehkonsum und das Lesen einer Zeitung angeführt:

⁶⁷ Es gibt keine fehlenden Werte.

In der Bolsa Studie (achter Messzeitpunkt, n=34) geben von 31 Besitzern eines TV-Gerätes 28 Personen an, täglich fernzusehen. Das heißt, 90% sehen fern, wenn sie ein TV-Gerät besitzen (und somit 82% aller Befragten). In der vorliegenden Studie besitzen schon alle befragten Personen ein TV-Gerät und 127 von 130 (98%) der Personen geben an, täglich fernzusehen.

In der Bolsa Studie (achter Messzeitpunkt, n=34) geben 80% der Befragten an, täglich eine Zeitung zu lesen. In der vorliegenden Studie geben nur noch 74% an, täglich eine Zeitung zu lesen.

Bei der Gruppe 75+ sind maximal 3% der Befragten abhängig von fremder Hilfe. Männer schätzen ihren Gesundheitszustand besser ein. Schlechter subjektiver Gesundheitszustand korreliert mit wenig Freizeitinteressen, Langeweile, Einsamkeit und Zukunftssorgen. Ledige Personen leiden weniger an Vereinsamung und haben höhere Lebenszufriedenheitswerte.

Die Bolsa Studie beschreibt eine vermehrte Pflegebedürftigkeit ab 85 Jahren. Diese ungefähre Altersgrenze scheint auch für die Dissertation gerechtfertigt zu sein, da in der Altersgruppe der 75-79Jährigen nur 4 von 43 Personen (9%) und in der Altersgruppe 80-84 Jahre nur 12 von 45 Personen (27%) Pflegegeld beziehen. Jedoch beziehen in der Gruppe 85+ 33 von 42 Personen Pflegegeld (78%). Von den 33 Pflegegeldbeziehern und Bezieherinnen in der Altersgruppe 85+ erhalten 23 Personen Pflegegeld der Stufe 1 oder 2 (70%) und 10 Personen Pflegegeld der Stufe 3 oder 4 (30%). Pflegestufe 1+2 bedeutet meist nur Unterstützung bei der Hausarbeit.

Das heißt, 10 von 49 alten Menschen (20%) haben einen Pflegebedarf von über 120 Stunden, somit geht der Pflegebedarf über eine geringfügige Pflegeunterstützung hinaus. Die Unterstützung übersteigt Hilfe beim Einkaufen und bei den Haushaltstätigkeiten.

Vergleicht man die Ergebnisse der eigenen Studie mit der Erkenntnis aus der Bolsastudie, dass nur 20% der über 85Jährigen Pflege brauchen, dann kommt man zum gleichen Ergebnis.

Im nächsten Punkt wird die Lebensqualität alter Menschen mit den Ergebnissen der Berliner Altersstudie verglichen.

9.2. Berliner Altersstudie

Der Untersuchungszeitpunkt 4 bei der Berliner Altersstudie entspricht am ehesten der eigenen, für diese Arbeit durchgeführten Untersuchung (n=130). Zu diesem Zeitpunkt waren 164 Personen im Alter von 75 Jahren und älter an der Untersuchung beteiligt⁶⁸.

Die Items Zufriedenheit, emotionale Einsamkeit und soziale Einsamkeit wurden dichotomisiert. Die Werte 1 und 2 wurden zu „unzufrieden“ (die Werte 3 bis 5 zu zufrieden), die Werte 1 und 2 zu emotional einsam (die Werte 3 bis 5 zu emotional nicht einsam) und die Werte 4 und 5 zu sozial einsam (die Werte 1 bis 3 zu sozial nicht einsam) zusammengefasst.

Zum Zeitpunkt 1 wurde die Zufriedenheit mit einem Wert von 1,8, zum Zeitpunkt 4 mit einem Wert von 2,0 und zum Zeitpunkt 7 mit einem Wert von 1,9 angegeben. Die Zufriedenheitswerte bleiben im Alter konstant.

Die Mittelwerte für alleine fühlen (der Wert 5 bedeutet, dass man sich sehr alleine fühlt) betragen zum 1. Zeitpunkt 2,17, zum 4. Zeitpunkt 3,94 und zum 7. Zeitpunkt 3,47.

Das Gefühl „alleine fühlen“ steigt ab zirka 80 Jahren stark an.

Der Datensatz der Berliner Altersstudie zum Zeitpunkt 4 zeigt, dass in dieser Studie 140 Personen in einer Privatwohnung leben, 18 Personen leben in einem Seniorenheim und 6 Personen leben in einem Altersheim. 94% der alten Männer und 79% der alten Frauen leben im Privathaushalt.

Der Datensatz der Berliner Altersstudie zum Zeitpunkt 4 wurde in die gleichen Altersgruppen wie bei der für die Dissertation durchgeführten Studie eingeteilt.

Die Zufriedenheit ist in den drei **Altersgruppen** 75-79, 80-84 und 85+ in etwa gleich verteilt. Von 164 Personen sind 135 zufrieden (82%).

Die Prozentsätze der zufriedenen Personen sind in den Altersgruppen wie folgt verteilt:

- Bei den 75-79Jährigen sind 86 % der Befragten zufrieden. (14% sind unzufrieden)
- Bei den 80-84Jährigen sind 83 % der Befragten zufrieden. (17% sind unzufrieden)
- In der Altersgruppe 85+ sind 79 % der Befragten zufrieden. (21% sind unzufrieden)

⁶⁸ Eine Tabellenübersicht der Sozialstruktur in der Berliner Altersstudie befindet sich im Anhang.

Die Prozentsätze der emotional nicht einsamen Personen sind in den Altersgruppen wie folgt verteilt:

- Bei den 75-79Jährigen sind 84 % der Befragten emotional nicht einsam. (16% sind emotional einsam)
- Bei den 80-84Jährigen sind 81 % der Befragten emotional nicht einsam. (19% sind emotional einsam)
- In der Altersgruppe 85+ sind 69 % der Befragten emotional nicht einsam. (31% sind emotional einsam)

In der Berliner Altersstudie wird auch nach sozialer Einsamkeit gefragt. Diese nimmt mit steigendem Alter zu.

Die Prozentsätze der nicht sozial einsamen Personen sind in den Altersgruppen wie folgt verteilt:

- Bei den 75-79Jährigen sind 78 % der Befragten nicht sozial einsam. (22% sind sozial einsam)
- Bei den 80-84Jährigen sind 77 % der Befragten nicht sozial einsam. (23% sind sozial einsam)
- Bei der Altersgruppe 85+ sind 72 % der Befragten nicht sozial einsam. (28% sind sozial einsam)

Betrachtet man die Lebensqualität bei beiden Geschlechtern, so haben die Männer und Frauen mit 85% beziehungsweise 84% eine ähnliche Lebenszufriedenheit und sind zu 80% beziehungsweise 76% nicht sozial einsam, allerdings gibt es Unterschiede bei der emotionalen Einsamkeit.

92 % der Männer, aber 70 % der Frauen fühlen sich emotional nicht einsam.

(8% der Männer, aber 30% der Frauen fühlen sich emotional einsam)

Dieser Trend, dass Frauen ihre Lebensqualität schlechter einschätzen, ist auch in der vorliegenden Studie zu sehen. Besonders bei der Einsamkeit sind in der für die Dissertation vorliegenden Studie 85% der Männer und 71% der Frauen nicht einsam.

Das heißt, dass 15% der Männer und 29% der Frauen einsam sind.

Betrachtet man in BASE die Zusammenhänge zwischen **Familienstand** und Lebensqualität und analysiert dabei die Kategorien alleinstehend, verheiratet und verwitwet, so weisen die Gruppen keine Unterschiede in der Lebenszufriedenheit auf.

Die Verheirateten sind am wenigsten einsam.

Alleinstehende und verwitwete Personen sind einsamer als Verheiratete, sie unterscheiden sich jedoch kaum voneinander. In der BASE Studie sind 68% der Alleinstehenden nicht emotional einsam und 73% der Verwitweten nicht emotional einsam. Verheiratete sind zu 100% nicht emotional einsam.

Diese Erkenntnisse sind konträr zu den gängigen Theorien. Zu nennen ist hier als Beispiel die „Bolsa Studie“. (Lehr & Thomae 1987) In der für die Dissertation vorliegenden Studie sind die Verwitweten mit einem Anteil von 60% nicht einsam. Weiters gehen mit 90% nicht Einsamen bei den Verheirateten beziehungsweise 93% nicht Einsamen bei den Alleinstehenden die Prozentsätze konform mit den gängigen Theorien. Verwitwung wirkt sich stark negativ auf die Lebensqualität aus.

Die Gründe, warum sich in der BASE Studie Verwitwung ähnlich wie Alleinleben zeigt und Verwitwung keine deutlich schlechtere Lebensqualität verursacht, müsste gesondert untersucht werden. Möglicherweise kann ein Grund dafür eine sehr lang zurückliegende Verwitwung sein.

Sowohl bei der Studie BASE als auch in der eigenen Studie ist ein Trend festzustellen, dass höhere Bildung mit höherer Lebensqualität einhergeht. Bei der eigenen Studie wurden mehr Bildungsstufen untersucht. Eine Person, die eine Pflichtschule mit Lehre abgeschlossen hat, ist gleich zufrieden, aber sie ist weniger einsam und glücklicher als eine Person, die eine berufsbildende Schule ohne Matura als höchste abgeschlossene Schulbildung angibt. In der für die Dissertation vorliegenden Studie haben alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer zumindest einen Hauptschulabschluss angegeben.

In der BASE Studie gibt es keine Kategorie Hauptschulabschluss. Die unterste Bildungskategorie ist hier der Volksschulabschluss.

Die Lebenszufriedenheit und die soziale Einsamkeit sind in der eigenen Studie in allen 3 Wohnformen (Privathaushalt, Altersheim, Pflegeheim) annähernd gleich. Die Menschen empfinden im Pflegewohnheim die emotionale Einsamkeit als sehr hoch. Nur 2 von 5 Pflegeheimbewohnern sind emotional nicht einsam, aber 79% sind im Privathaushalt und 72% sind im Seniorenwohnheim nicht emotional einsam.

Es besteht in der BASE Studie ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Wohnort und der emotionellen Einsamkeit. (CC= 0,23, p=0,011)

In der eigenen Studie weisen die Pflegeheimbewohner nicht nur bei der Einsamkeit, sondern auch bei Zufriedenheit und bei Glück eine geringe Lebensqualität auf. Es ist dabei zu beachten, dass nur 5 Personen im Pflegeheim befragt wurden. Der Zugang zu diesen Personen gestaltet sich sehr schwierig.

Die Bewohner der Altersheime (Häuser zum Leben) zeigen ähnliche Anteilswerte bezüglich der Lebensqualität wie Personen, die im Privathaushalt leben.

Ein höheres **Haushaltseinkommen** wirkt sich auf die Lebensqualität leicht negativ aus.

Höhere Einkommen verringern die Prozentsätze für Zufriedenheit.

So sind in der BASE Studie die Zufriedenheitswerte je nach Einkommen verschieden:

- Bei einem Einkommen unter 1000 € sind 85% der Befragten zufrieden.
- Bei einem Einkommen zwischen 1000€ bis 3000€ sind 81% der Befragten zufrieden.
- Bei einem Einkommen über 3000 € sind nur 75% der Befragten zufrieden.

Die emotionale wie auch soziale Einsamkeit nimmt mit steigendem Einkommen deutlich ab. Der Trend, dass die Zufriedenheit mit steigendem Haushaltseinkommen abnimmt, ist in der eigenen Studie ebenfalls zu erkennen.

In der Dissertationsstudie zeigen sich bis 1000 € Einkommen 78% Zufriedene, zwischen 1000 € bis 3000 € schätzen sich 83% der Befragten als zufrieden ein und bei einem Einkommen über 3000 € sind 53% zufrieden. Der Trend, dass ein höheres Haushaltseinkommen weniger Einsamkeit bedeutet, zeigt sich hier nicht. Am wenigsten einsam, nämlich zu 89%, sind Personen mit einem Haushaltseinkommen unter 1000 €.

Am glücklichsten schätzen sich Personen, die ein Haushaltseinkommen zwischen 1000 € und 3000 € beziehen mit 70% glücklich ein. Bei einem Einkommen unter 1000 € sind nur 44% der Befragten glücklich, bei einem Einkommen über 3000 € schätzen sich 53% als glücklich ein. Das Haushaltseinkommen liegt in der eigenen Studie im Durchschnitt höher als bei Befragten aus der BASE Studie. In der Studie für die Dissertation wurde das Pflegegeld in das Haushaltseinkommen eingerechnet, es ist in Österreich relativ hoch.

In der eigenen Studie wurde von allen 130 Personen der Fragenkatalog vollständig beantwortet. In der Berliner Altersstudie gibt es zu manchen Fragen, besonders bezüglich des Haushaltseinkommens viele fehlende Werte. Weitgehend besteht zwischen der Berliner Altersstudie zum Zeitpunkt 4 und der eigenen Studie Übereinstimmung in der Sozialstruktur der Befragten.

In der Berliner Altersstudie wurde herausgefunden, dass sich Funktionsverluste besonders bei der Altersgruppe 85+ gravierend auswirken. Die eigene Studie kam zum gleichen Ergebnis.

9.3. SHARE SURVEY OF HEALTH, AGEING AND RETIREMENT IN EUROPE

Die Zufriedenheit sinkt sowohl in der Share Studie wie auch in der eigenen Studie mit steigender Altersstufe. In der Share Studie (Welle 2) stufen sich in der Altersgruppe 85+ noch 63% der Befragten als zufrieden ein, in der eigenen Studie geben in dieser Altersstufe 76% der Befragten an zufrieden zu sein⁶⁹.

Betrachtet man den Familienstand in SHARE und analysiert dabei die Kategorien verheiratet, alleinstehend und verwitwet, so sind die Verheirateten am zufriedensten. (84% sind zufrieden, 16% sind nicht zufrieden)

Die Verheirateten sind am wenigsten einsam (90% sind nicht einsam, 10% sind einsam), alleinstehende und verwitwete Personen sind einsamer als verheiratete. In der SHARE Studie sind 65% der Alleinstehenden nicht einsam (ähnlich wie bei BASE) und Verwitwete sind zu 80% nicht einsam (20% der Verwitweten sind einsam).

In der eigenen Studie gehen die Verwitweten mit einem Anteil von 60% nicht Einsamen und mit 90% nicht Einsamen bei den Verheirateten beziehungsweise 93% nicht Einsame bei den Alleinstehenden konform mit den gängigen Theorien und der SHARE Studie.

Ebenso sind die verwitweten Personen weniger zufrieden und unglücklicher als die verheirateten.

Analysiert man in der SHARE STUDIE die Zusammenhänge zwischen Lebensqualität und Partnerschaft, dann zeigen sich ähnliche Ergebnisse wie beim Familienstand.

Zufriedenheit und Partnerschaft stehen im signifikanten Zusammenhang:

$$CC= 0,11 \quad p=0,045$$

In Partnerschaft lebende Menschen sind zufriedener.

Allein Lebende sind signifikant einsamer.

$$CC= 0,23, \quad p=0,003$$

⁶⁹ Eine Tabellenübersicht der Sozialstruktur in der Share Studie befindet sich im Anhang.

Bei der Bildung ist in SHARE ähnlich wie in BASE und der eigenen Studie ein Trend festzustellen, dass höhere Bildung mit höherer Lebensqualität im Zusammenhang steht. 31% der Befragten weisen über 8 Jahre Schulbildung auf.

Es besteht in der SHARE Studie ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Bildung und der Zufriedenheit und nicht einsam sein.

Zufriedenheit / Bildung: $CC= 0,17, p=0,033$

Nicht einsam / Bildung: $CC= 0.32, p=0,001$

Ein hohes Haushaltseinkommen wirkt sich sowohl in SHARE, BASE und in der eigenen Studie negativ auf Zufriedenheit und Glück aus.

Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück stehen bei der Share Studie ebenso wie in der eigenen Studie in einem signifikanten Zusammenhang:

9.4. Freizeitverhalten im Alter

Beim Vergleich der für die vorliegende Dissertation durchgeführten Studie mit der Studie Kolland (1996) ist zu berücksichtigen, dass in der Studie **Kolland (1996)** hauptsächlich kulturelle Aktivitäten untersucht wurden und in der für die vorliegende Dissertation durchgeführten Studie, die in Kapitel 8.5.4.3 angeführten Aktivitäten untersucht wurden.

Kulturelle Aktivitäten sind im hohen Alter nur mehr schwer durchzuführen.

In der für die vorliegende Dissertation durchgeführten Studie werden die Aktivitäten durch den Aktivitätsindex gemessen. Aus 14 Einzelaktivitäten (die im Fragebogen erhoben wurden) wurde ein Index gebildet (Cronbach Alpha = 0,69).

Zu den Aktivitäten zählen fernsehen, Radio hören, spazieren gehen, Karten spielen, Kreuzworträtsel auflösen, Gymnastik betreiben, Computerarbeit, Zeitung lesen, Teilnahme im Pensionistenclub, Ausübung eines Hobbys, telefonieren, Bücher lesen, reisen und weitere sonstige Aktivitäten.

Die Abnahme der Aktivitäten hängt scheinbar mit dem Lebensalter zusammen ($r=-0,25, p=0,005$). Allerdings ist dieser Zusammenhang nur eine Scheinkorrelation, da die Berechnung der partiellen Korrelation zwischen Aktivitäten und Alter unter Berücksichtigung der Kontrollvariablen „Index Anzahl der Hilfeleistungen“ keinerlei Zusammenhang mehr aufweist ($r=0.00, p= 0,987$). Somit ist die Anzahl der Aktivitäten nicht

vom Alter abhängig, sondern wird in großem Ausmaß von der Einschränkung der körperlichen Funktionsfähigkeit beeinflusst.

Für den Vergleich der Studie Kolland (1996) mit der für die vorliegende Dissertation durchgeführten Studie wurde der Aktivitätsindex dichotomisiert.

In einer Gruppe sind Personen zusammengefasst, die bis zu 7 Aktivitäten ausüben, in der anderen Gruppe Personen mit 7 oder mehr Aktivitäten.⁷⁰ Es sind bei n=130 Personen 71 Personen aktiv und 59 Personen inaktiv.

Das subjektive Gesundheitsempfinden wurde in einen guten und einen schlechten Gesundheitszustand dichotomisiert. 52 Personen nennen einen guten und 78 Personen einen schlechten Gesundheitszustand.

Folgende Ergebnisse aus der für die Dissertation vorliegenden Studie im Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand und Aktivität können beschrieben werden: Es gehören 30% der Befragten dem Typus der zufriedenen Aktiven an, 25% sind aktiv und unzufrieden, 10% sind nicht aktiv und zufrieden („Ruheständler“) und 35% sind nicht aktiv und unzufrieden. Dies ergibt einen signifikanten Zusammenhang ($\Phi = 0,33$, $p = 0,000$).

Somit ergibt sich beim Prozentsatz derer, die der Aktivitätstheorie folgen, ein Wert von 65%. Dieser Wert ist auch in der Studie Kolland (1996) mit 61% sehr ähnlich. Allerdings sind in der für die vorliegende Dissertation durchgeführten Studie nur 10% Ruheständler, wogegen in der Studie Kolland (1996) 23% Ruheständler verzeichnet werden. Jedoch sollte bei diesem Vergleich die zeitliche Diskrepanz der beiden Studien berücksichtigt werden.

9.5. Zufriedenheit bleibt stabil

In diesem Abschnitt wird die Untersuchung der World Values Study Group (1994) behandelt⁷¹. Da die Zahl der Altersgruppe 80+ in Österreich bis 2050 auf 1 Million Hochbetagte anwachsen wird und es im Jahre 2008 erst 354 000 Hochaltrige gab, ist die Frage der Lebensqualität alter Menschen für die Gesellschaft von zentraler Bedeutung.⁷² (Hörl & Kolland & Majce 2008: 16)

Es gab in der Geschichte noch nie so viele alte Menschen wie jetzt.

⁷⁰ Die Dichotomisierung erfolgte aufgrund des Mittelwertes.

⁷¹ Diese Studie wurde in Kanada, China, Russland, Australien und in der Schweiz durchgeführt. (Lehr 2007: 143f)

⁷² Weiters wird die Zahl der 75-85Jährigen lt. ÖSTAT bis 2035 auf 1 Million in Österreich ansteigen.

Die Zufriedenheit wurde auch in der Interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters untersucht. Die Jahrgänge 1930 bis 1932 waren zu über 70% mit der Lebenssituation zufrieden. (Glatzer & Zapf 1984)

Die World Values Study Group (Lehr 2007: 143) erbrachte 1994 bei 20Jährigen bis 80Jährigen eine leichte Verminderung der Zufriedenheitswerte im Laufe der Jahre von 7,08 im jüngeren Alter auf 7,04 im höheren Alter. Durch das hohe Niveau der Zufriedenheitswerte kann eine Erhaltung von Plastizität (menschliches Erleben und Verhalten) trotz Variabilität der objektiven Lebensbedingungen festgestellt werden. (Lehr 2007)

In der für die Dissertation vorliegenden Studie beträgt die allgemeine Lebenszufriedenheit durchschnittlich 7,09⁷³, wobei es Unterschiede zwischen verheirateten und verwitweten Befragten gibt.

Diese Studie zeigt in den Altersstufen folgendes Bild vom Mittelwert:

75-79: 7,51

80-84: 6,73

85+: 7,05

Die Unterschiede in den Altersstufen sind nicht signifikant. Eine Varianzanalyse bei hinreichender Normalverteilung der Untergruppen und homogenen Varianzen (Levene Test $p=0,750$) ergab eine Signifikanz von $p=0,206$.

Somit hat das Alter keinen direkten Einfluss auf die Zufriedenheit.

Interessant ist, dass die Zufriedenheitswerte auf einer zehnteiligen Skala sowohl in der eigenen Studie als auch in der Studie der World Values Study Group einen Wert von etwa 7 auf der Zufriedenheitsskala erreichen.

Damit stellt sich die Frage, warum ältere Menschen trotz Funktionsverlusten eher zufrieden sind. Dieses Thema wurde auch im Hochaltrigenbericht behandelt.

Als mögliche Aspekte können genannt werden:

- Bei älteren Menschen besteht ein gesteigertes Harmoniebedürfnis. (Hörl & Kolland & Majce 2008: 221)

⁷³ Auf einer zehnteiligen Skala sind 12,3% der Befragten sehr zufrieden und nur 0,8% der Befragten überhaupt nicht zufrieden.

- Die Eltern pflegen regelmäßige Kontakte zu ihren Kindern. (Hörl & Kolland & Majce 2008: 221) Das Verhältnis zu den erwachsenen Kindern beträgt auf einer zehnteiligen Skala 8,5 Punkte.
- Es zählt die Qualität und nicht die Quantität der sozialen Kontakte. (Hörl 2008: 286)
- Der Alterungsprozess verläuft unbewusst. (Hörl & Kolland & Majce 2008: 206)

Abschließend kann festgehalten werden, dass die für die Dissertation durchgeführte Untersuchung, das heißt, die eigene Befragung, die gewünschten Anforderungen erfüllt.⁷⁴ Die Ergebnisse lassen ähnliche Schlussfolgerungen wie bei anerkannten repräsentativen Studien zu, obwohl mir bewusst ist, dass internationalen Untersuchungen ganz andere Mittel und Möglichkeiten zur Verfügung stehen.

10. Reflexive Betrachtung

Die hier vorliegende Studie untersucht die Lebensqualität in Privathaushalten, Altersheimen und Pflegeheimen breit gefächert. Dabei werden objektive und subjektive Einflussfaktoren der Lebensqualität berücksichtigt. Es wurde versucht, viele Bereiche auszuloten. Bestimmte Faktoren treten stärker in den Vordergrund - wie zum Beispiel die Selbständigkeit im Lebensalltag. Andere Bereiche wie das Rollenverhalten bei Hochbetagten erwiesen sich hingegen für die gewählte Stichprobe als nicht einflussreich.

Es könnte das Ziel weiterer Untersuchungen sein, diese Bereiche näher zu erforschen.

Als Auswahlverfahren wurde das Schneeballverfahren gewählt. Der Nachteil dieser Auswahl war, dass sich vorwiegend Personen aus der Mittelschicht meldeten und dadurch diese überrepräsentiert ist. Außerdem ist der Männeranteil höher als in der Wiener Gesamtbevölkerung, wobei es jedoch keinen signifikanten Unterschied gibt.

Das Geschlechterverhältnis betrug in Wien mit Stichtag 30.6.2010 35:65⁷⁵, im eigenen Datensatz wurde ein Verhältnis von 40:60 erreicht.(<http://www.bmask.gv.at>)

Erstaunlicher Weise waren in der eigenen Stichprobe Männer der Altersgruppe 75-79 gesprächsbereiter als die gleichaltrigen Frauen. Da ich das Hauptaugenmerk auf die Gruppe 80+ lenkte, ist dies tolerierbar.

⁷⁴ Die Hypothesenprüfung brachte zahlreiche signifikante Ergebnisse.

⁷⁵ 35 alten Männern stehen 65 alte Frauen gegenüber.

Durch diese breite Aufstellung der Untersuchung konnten viele interessante Teilbereiche nicht beleuchtet werden. Die Befragungsdauer betrug pro Interview ungefähr 2 1/2 Stunden, eine längere Gesprächsdauer erscheint für hochaltrige Menschen nicht zumutbar. Ebenso liegt es im Rahmen dieser Dissertation weit außerhalb der Durchführbarkeit, die Interviewdauer zu verlängern.

Ein wichtiger Aspekt in der Befragung war das zustande gekommene Vertrauensverhältnis. Die Interviews werden von bereits befragten Personen vermittelt. Die Interviews erfolgen stets im vertrauten Umfeld der befragten Personen. Dies führte zu einer ausführlichen und detailgenauen Erhebung. Es konnte bei allen Befragten jede Variable ausgewertet werden. Durch die Verwendung der entlehnten Fragen von „Base“ und „Share“ (sie wurden teilweise modifiziert) konnte die Lebensqualität umfassend erhoben werden. So werden die Fragen zur „Emotionalen Einsamkeit“, zur „Sozialen Einsamkeit“ und zur „Selbstwirksamkeit“ aus der Base Studie mit den Fragen zum „Well Being“ aus der Share Studie vereinigt. Dabei musste der Umfang für die eigene Studie den Eventualitäten, das heißt, den Möglichkeiten an Zeit und Ressourcen angepasst werden. Es musste also eine Auswahl der Items getroffen werden, um ausreichende allgemeine Informationen über die Lebensqualität Hochaltriger zu erhalten. In der Nachbetrachtung erscheint es sinnvoll, die Domäne „Glück“ detaillierter weiter zu untersuchen. Möglicherweise lässt die Erforschung des „Glücks“ Raum für eine eigene Studie. Vor allem wäre es interessant, das Lebensglück aus soziologischer Sicht zu erforschen.

Für eine genauere Untersuchung der Lebensqualität hochaltriger Personen in Altersheimen und Pflegeheimen ist es wünschenswert, die Anzahl der Befragten in diesen Institutionen zu erhöhen. Von den 130 Befragten leben 14 Personen im Altersheim und 5 Personen im Pflegeheim, dies entspricht in etwa dem Anteil an der Gesamtpopulation der Hochaltrigen, aber für eine komplexere statistische Untersuchung ist die Fallzahl zu niedrig.

In der Share-Studie wurde in der 1. Welle niemand aus einem Seniorenheim befragt. Allerdings enthält die Berliner Altersstudie Personen aus dem Seniorenheim. Es konnte trotz der geringen Fallzahl gezeigt werden, dass die Zufriedenheit im Altersheim, auch bei geringem Pflegebedarf höher ist, als in Privathaushalten. Im Vergleich der Lebensqualität im Altersheim mit der Lebensqualität in Privathaushalten ist die Zufriedenheit (in der eigenen Studie) bei alten Frauen im Altersheim besser. Das Glück und die Einsamkeit sind bei

Personen, die in Privathaushalten leben und keine Pflegemaßnahme benötigen, besser als im Altersheim. Die Unterschiede sind allerdings nicht deutlich.

In der Berliner Altersstudie wird berichtet, dass im Altersheim die „Autonome Selbstpflege“ des älteren Menschen verhindert wird. (Steinhagen & Thiessen, Gerok & Borchelt in Baltes & Mittelstraß & Staudinger 1994: 142) In den Altersheimen der Stadt Wien (Häusern zum Leben) werden die alten Menschen zur Selbstpflege angehalten. Zusätzliche Pflegedienstleistungen müssen extra bezahlt werden.

Einige Preise für Dienstleistungen werden hier angeführt:

Körperpflege- 1 x Waschen- Duschen:	9 €
Herrichten der Medikamente für 1 Woche:	12 €
Hilfestellung bei Mahlzeit:	4 €

(Preise laut Experteninterview)

Die rechtliche Grundlage für die Selbstbestimmung (Pflegeautonomie) ist im Wiener Wohn- und Pflegegesetz geregelt. (Allmer 2005)

Der Aspekt der Verhinderung der „Autonomen Selbstpflege“ in der Berliner Altersstudie stammt aus dem Jahre 1994.

In der Zwischenzeit wurde die Pflegeautonomie durch den Gesetzgeber in Deutschland und in Österreich besser geregelt. Verbesserungen vor allem in der Selbstverantwortung sind auch jetzt noch wünschenswert.

Die eigene Studie zeigt, dass die Lebensqualität von Personen, die im Altersheim leben besser ist, als von Personen gleichen Alters, die zu Hause Pflege erhalten. Die Anzahl der nicht verpflichteten Aktivitäten zeigt, dass es ein Angebot im Altersheim gibt, das genutzt werden kann. So ist die Anzahl der Aktivitäten im Altersheim am höchsten (Mittelwert 9), ist rückläufig bei ohne Pflege zuhause (Mittelwert 8), sinkt bei mit Pflege zuhause (Mittelwert 6) und fällt im Pflegeheim auf den niedersten Wert zurück (Mittelwert 5).

11. Zusammenfassung

Durch bessere Lebensbedingungen werden die Menschen immer älter. Als Forschungsfragen für die vorliegende Studie interessierten einerseits die Faktoren, die die Lebensqualität in Privathaushalten, Altersheimen und Pflegeheimen beeinflussen. Andererseits wurde untersucht, inwiefern die Beschreibungsmodelle sowohl für Personen ab 75 Jahren, als auch für Personen mit höherem Alter ab 80 Jahren gültig sind. In der Folge wurden unter anderem Geschlechtsunterschiede analysiert.

Als Forschungsliteratur dienten hauptsächlich die Lebensqualitätsforschungen von Wolfgang Glatzer und Wolfgang Zapf (1984) und die neue Forschungsliteratur von Anton Amann, Günther Ehgartner und David Felder (2010).

Hochbetagte in Wien leben meist in Ein- oder Zweipersonenhaushalten⁷⁶, oder im Alters- oder Pflegeheim. Alte Männer verbringen ihren Lebensabend überwiegend im Privathaushalt mit ihren Ehefrauen oder Lebenspartnerinnen, während Frauen im Alter meist alleine oder in einem Heim leben. Der Trend zur Singularisierung kann auch in der vorliegenden Studie gezeigt werden. 54% der befragten Frauen und 23% der befragten Männer leben alleine. 24% der Frauen leben in einer Institution und zwar 18% leben im Altersheim und 6% im Pflegeheim.

Diese Dissertationsarbeit soll zeigen, inwieweit im Alter die Lebensqualität erhalten bleibt.

Am Anfang der Dissertationsarbeit wurden zehn narrative Interviews und zwar sechs Interviews in Privathaushalten, drei Interviews im Altersheim und ein Interview im Pflegeheim geführt. Die befragten Personen beschreiben ihren üblichen Tagesablauf, wenn es keine besonderen Vorkommnisse gibt. Sie schildern den Zustand ihrer subjektiv empfundenen Lebensqualität anhand von Aussagen zu Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück. In den ersten qualitativen Interviews zeigte sich das Phänomen, dass alte Frauen, die im Altersheim leben, mit ihrer Wohnsituation und ihrem Leben im Großen und Ganzen zufrieden sind. Frauen und Männer in Privathaushalten unterliegen einer großen Angst und haben Vorurteile gegenüber den Institutionen Altersheim und Pflegeheim. Die Befragten beschreiben ihre Lebensqualität im Privathaushalt und im Altersheim als gut unter der Voraussetzung, dass sie keiner fremden Hilfe bedürfen. Die Pflegeheimbewohnerinnen sind

⁷⁶ In Wien beträgt die durchschnittliche Haushaltsgröße 2 Personen (Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien 2009)

auf Unterstützung angewiesen und ihr Tagesablauf ist fremdbestimmt. Lebensqualität wurde im qualitativen Interview im Pflegeheim trotz guter Pflege als subjektiv besonders schlecht beschrieben. Probanden, die im Privathaushalt fremder Hilfe bedürfen, geben ebenfalls schlechte Lebensqualitätswerte an.

Im Anschluss an die qualitativen Gespräche und Beobachtungen im Privathaushalt, im Altersheim und im Pflegeheim wurde eine strukturierte Fragebogenbefragung mit 130 Personen durchgeführt. 111 Interviews fanden in Privathaushalten, 14 Interviews fanden im Altersheim und 5 im Pflegeheim, jeweils in Wien, statt. Der Wohnort „Altersheim“ wurde von den Betroffenen freiwillig gewählt. Die Übersiedlung ins Pflegeheim wurde nach Spitalsaufenthalt vom Entlassungsmanagement des jeweiligen Spitals veranlasst.

Die guten Untersuchungsvoraussetzungen hatten einen komplexen Datensatz ohne fehlende Werte zur Folge.⁷⁷ Der Altersdurchschnitt in der eigenen Studie beträgt bei Hochaltrigen die zuhause ohne Pflege leben 81 Jahre und bei Personen, die zuhause gepflegt werden 84 Jahre. Er ist bei Altersheimbewohnerinnen mit 86 Jahren signifikant höher als bei Personen, die im Privathaushalt leben. Der Altersdurchschnitt im Pflegeheim (nur 5 Personen) beträgt 87 Jahre.

Mit steigender Altersstufe nimmt die Wahrscheinlichkeit, Pflege und Unterstützung in Anspruch zu nehmen, zu. In der für die Dissertation vorliegenden Studie spiegelt sich der extrem hohe Anteil der Frauen, die im Altersheim⁷⁸ leben, wieder.

In weiterer Folge wurden 11 Forschungshypothesen formuliert, wobei als abhängige Variable die allgemeine Lebenszufriedenheit, die subjektive Einsamkeit und das Glückgefühl dienen.

Als unabhängige Variable dienen Variablen, die sich mit dem subjektiven Gesundheitszustand, den objektiv erfassten Krankheiten und Gebrechen, der Bewältigung und Selbständigkeit im Lebensalltag, der Funktionsfähigkeit des Körpers, den sozialen Beziehungen, der Aktivitäten und dem Freizeitverhalten beschäftigen.

Um die Hypothesenprüfung im eigenen Datensatz geeignet durchführen zu können, erfolgte die Bildung von neuen Variablen, wie Indexvariablen und dichotomisierten Variablen.

⁷⁷ Da die Befragten alle Fragen beantworten konnten war die Datengrundlage gut.

⁷⁸ Im Altersheim leben ungefähr 10% Männer und 90% Frauen.

Die Bildung von Indizes erfolgt durch Zählung beziehungsweise Summierung von Einzelnennungen zu einem Fragenkomplex. So wurde zum Beispiel ein Index von Hilfeleistungen (v5a bis v5h), ein Index von Krankheiten (v9b bis v9u), ein Index von Behelfen (v12e bis v12j) und ein Index von Aktivitäten gebildet (v16a bis v16qu).

Außerdem wurden beispielsweise die Variablen Zufriedenheit (v1a), Einsamkeit (v8a) und Glück (v18a) dichotomisiert, um die Zusammenhänge mit den unabhängigen Variablen in den Tabellen übersichtlich zu gestalten.

Bei Zufriedenheit wurden die Werte 1-5 der Zufriedenheitsskala als zufrieden, die Werte von 6-10 als unzufrieden zusammengefasst.

Bei Einsamkeit wurden die Werte 1-5 der Einsamkeitsskala als einsam und die Werte 6-10 als nicht einsam zusammengefasst.

Bei Glück wurden die Werte von 1-5 der Glücksskala als unglücklich und die Werte 6-10 als glücklich zusammengefasst.

Die „Soziodemographischen Zusammenhänge“, die „Sozioökonomischen Zusammenhänge“, der „Aktuelle Gesundheitszustand“ und die „Selbstkompetenz und Funktionsfähigkeit“ werden jeweils durch Einzelhypothesen mit Drittvariablenkontrolle statistisch überprüft.

An dieser Stelle kamen elementare statistische Verfahren wie bivariate Korrelationsanalysen, Mittelwertsvergleiche und einfache Varianzanalysen zum Einsatz.⁷⁹

Die Hypothesenprüfung zeigt, dass sowohl das subjektive Wohlbefinden ebenso wie die objektive Lebenslage entscheidend sind. Auch bei Hochbetagten findet man oft ein hohes Maß an Lebenszufriedenheit. Einflüsse des Alters und Einkommens wirken sich nicht direkt auf die Lebensqualität aus.

In der Altersgruppe 85+ brauchen 80% der Befragten Unterstützung im täglichen Leben.

Die untersuchte Population ergibt, dass der Anteil der älteren Unzufriedenen, Unglücklichen und Einsamen gering ist. In der eigenen Studie sinkt die Lebensqualität eindeutig mit der Anzahl der Krankheiten, mit einer schlechten Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustandes, mit Hilfs- und Pflegebedürftigkeit, mit Verwitwung und mit einer negativ empfundenen Partnerschaft.

Dadurch kann gezeigt werden, dass für die untersuchte Stichprobe, das subjektive Wohlbefinden ebenso wie die objektive Lebenslage entscheidend sind.

⁷⁹ Eine Ausnahme war im Kapitel 8.5.3 eine 2-fach Varianzanalyse für das geschätzte Randmittel der Anzahl der Krankheiten

Das Appartement im Altersheim (in Wien: „Häuser zum Leben“) bringt als Wohnort in der eigenen Stichprobe positive Faktoren mit sich. **Dieser Aspekt der positiven Wahrnehmung des Lebens im Altersheim wird durch die vorliegende Arbeit vermutlich erstmals in dieser Form beschrieben.**

So sind die Aktivitäten und die Lebenszufriedenheit von Bewohnerinnen des Altersheimes höher als in der Privatwohnung. Ältere Studien berichten von einer Einschränkung der Autonomie im Altersheim. (Steinhagen & Thiessen in Baltes 1994) In den Altersheimen wird die Haushaltsführung großteils durch die Institution erledigt. Die Wertigkeit der Hausarbeit im Privathaushalt nehmen im Altersheim die Freizeitaktivitäten ein. So werden von den Bewohnerinnen und Bewohnern der „Häuser zu Leben“ Freizeitprogramme selbst mit gestaltet. Personen mit schlechtem Gesundheitszustand, die nur mehr schwer das Haus verlassen können, profitieren besonders von diesen Angeboten. Als Beispiele wurden in den Häusern zum Leben eine Bewegungsgruppe, eine Vorlesegruppe, eine Zeitungsgruppe und Klassik am Montag genannt.⁸⁰

In diesem Sinn bilden die Bewohnerinnen eine positive Selektion und dadurch ist die hohe Zufriedenheit zu erklären. Ins Altersheim können nur Personen mit ausreichender Mobilität übersiedeln. Pflegefälle, ab Pflegestufe 4, finden nur Aufnahme in Pflegeheimen und Pflegespitälern. Dies geschieht meist nach Spitalsaufenthalten und mit einhergehenden schweren Funktionsstörungen.

Im Speziellen wurde in dieser Studie auf Personen ab 80 Jahren (Hochaltrigkeit) besonderes Augenmerk gelegt. Es konnte gezeigt werden, dass sich in der vorliegenden Stichprobe die Personengruppe über 80 Jahren und 85+ durchaus von Personen der Altergruppe der 75 bis 79Jährigen unterscheidet. Die Einschätzungen der Personen von 85+ hinsichtlich ihrer Lebensqualität differenzieren jedoch von denen der 80-84Jährigen nur geringfügig. Betrachtet man in diesem Zusammenhang die Anzahl der Krankheiten und den zunehmenden Mobilitätsverlust ab 85 Jahren, so weist die fast gleichbleibende Zufriedenheit auf eine verstärkte Krankheitsakzeptanz im Alter hin. Ab 85 Jahren ist in der für die Dissertation vorliegenden Studie ein signifikanter mittelstarker Zusammenhang zwischen Mobilitätsverlust und Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück nachzuweisen.

⁸⁰ Die Angebote sind je nach Haus verschieden, sie werden von den Hausbewohnerinnen und Hausbewohnern nach Absprache mit dem Animationsteam individuell selbst gestaltet.

Aufgrund einer Clusteranalyse können drei Typen von Hochaltrigen gebildet werden:

Die Gebrechlichen (25% der Befragten), die Selbständigen (62% der Befragten) und die Aktiven (12% der Befragten).

Die Gebrechlichen zeichnen sich durch viele Behelfe und Hilfeleistungen aus, sind eher weiblich und leben im Privathaushalt.

Die Selbständigen zeichnen sich durch wenige Krankheiten aus, sind eher männlich und geben den Wohnort Privathaushalt an.

Die Aktiven weisen zwar viele Krankheiten auf, aber sie sind sehr aktiv, weiblich, etwas älter und leben im Altersheim.

Die Gebrechlichen schätzen sich zu 59% als zufrieden (41% sind unzufrieden), zu 47% als nicht einsam (53% sind einsam) und zu 28% als glücklich (72% sind unglücklich) ein. Die Gebrechlichen unterscheiden sich von der Gruppe der Selbständigen und der Gruppe der Aktiven. Die Selbständigen sind zu 84% zufrieden (16% sind unzufrieden), sie sind zu 88% nicht einsam (12% sind einsam) und sie sind zu 79% glücklich (21% sind unglücklich). Bei den Aktiven sind 88% zufrieden, es sind 80% nicht einsam und es sind 76% glücklich.

Die Lebensqualitätsparameter (Zufriedenheit, Einsamkeit, Glück) werden negativ vom Merkmal Gebrechlichkeit beeinflusst.

Eine **Faktorenanalyse** deckt die Abhängigkeiten zwischen den die Lebensqualität erklärenden Variablen auf. Weiters wurden stark korrelierende Variablen zu Faktoren gebündelt.

Durch 9 Faktoren werden in der vorliegenden Dissertationsstudie 71% der Gesamtvarianz erklärt.

Die wichtigsten Faktoren sind:

- der objektive Gesundheitszustand (erklärt 24% der Varianz)

Der Faktor 1 „objektive Gesundheitszustand“ hängt von der Anzahl der Krankheiten, von der Anzahl der Medikamenteneinnahme, von der Stundenanzahl, die sich eine Person täglich ausruht, von den Gewalttätigkeiten, denen eine Person ausgesetzt ist und vom Alter ab.

- die Hilfsmaßnahmen zu Hause (erklären 10% der Varianz)

Der Faktor 2 „Hilfsmaßnahmen zu Hause“ hängt von Pflege zu Hause, zu Hause ohne Pflege, Anzahl der Hilfeleistungen und ob eine Person täglich das Haus verlässt, ab.

- die sozioökonomische Lage (erklärt 8% der Varianz)

Der Faktor 3 „sozioökonomische Lage“ hängt vom Ausbildungsgrad und vom Einkommen ab.

- die Unselbständigkeit (erklärt 6% der Varianz)

Der Faktor 4 „Unselbständigkeit“ hängt vom wohnen im Pflegeheim, von der Stundenanzahl der täglichen Hausarbeit, vom Pflegegeld und von der Anzahl der Aktivitäten ab.

- Altersheim (erklärt 6% der Varianz)

Der Faktor 5 „Altersheim“ hängt mit dem Wohnort Altersheim und dem Familienstand verwitwet zusammen.

- Negatives subjektives Körperempfinden (erklärt 5% der Varianz)

Der Faktor 6 „Negatives subjektives Körperempfinden“ hängt mit attraktiv fühlen, Anzahl der Gebrechen, Anzahl der Behelfe und dem subjektiven Gesundheitszustand zusammen.

- Geschlechterrolle (erklärt 4% der Varianz)

Der Faktor 7 „Geschlechterrolle“ hängt mit dem Geschlecht und mit neue Kleidungsstücke tragen zusammen.

- Krankheitsakzeptanz (erklärt 4% der Varianz)

Der Faktor 8 „Krankheitsakzeptanz“ hängt mit im letzten Halbjahr im Spital und mit den Krankheiten abgefunden zusammen.

- Soziale Kontakte (erklärt 4% der Varianz)

Der Faktor 9 „soziale Kontakte“ hängt mit „Treffen mit Bekannten“ und „Treffen mit Verwandten“ zusammen.

Dadurch konnten aus den Faktoren unabhängige Regressionskoeffizienten gebildet werden. Die Koeffizienten dienen als Grundlage für die Regressionsanalyse in der Dissertationsstudie.

Für alle drei Domänen der Lebensqualität (Abhängige Variable: Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück) wurden Regressionsmodelle erstellt. Als unabhängige Variable dienen die Faktoren der vorangegangenen Faktorenanalyse. Im Ausschlussverfahren wurden die Regressionsmodelle soweit verfeinert, sodass ausschließlich signifikante Regressionskoeffizienten in den Modellen enthalten sind.

Dabei hatten die Konstrukte „der objektive Gesundheitszustand“, „die Hilfsmaßnahmen zu Hause“ und das „negative subjektive Körperempfinden“ auf die Lebensqualitätsparameter Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück einen signifikanten Einfluss.

Diese drei Faktoren sind generell maßgebend für die Lebensqualität. Der objektive und subjektive Gesundheitszustand steht somit bei Hochaltrigen im Vordergrund.

Im Modell für die Zufriedenheit ist die Krankheitsakzeptanz der wichtigste Faktor, im Modell für Einsamkeit der objektive Gesundheitszustand und im Modell für das Glück wirken sich Hilfsmaßnahmen zu Hause und negatives subjektives Körperempfinden negativ auf das Glück aus.

Der Faktor „Altersheim“ ist nur im Regressionsmodell der Zufriedenheit signifikant.

Die Konstrukte „soziale Kontakte“, „Unselbständigkeit“ und „Geschlechterrolle“ haben in den Regressionsmodellen keinen Einfluss auf die Lebensqualität.

Für das Entstehen von Einsamkeitsgefühlen sind bei der statistischen Untersuchung eher objektive Faktoren, für Zufriedenheit und Glück eher subjektive Faktoren verantwortlich.

In alle angewandten Analysen zeigt sich, dass die subjektiv empfundene Lebensqualität stark mit gutem objektiven Gesundheitszustand, mit positivem subjektiven Körperempfinden, mit hoher Krankheitsakzeptanz und mit wenig Notwendigkeit von fremder Hilfe im Zusammenhang steht. Alte Frauen und Männer wollen ihren Lebensalltag selbstbestimmt gestalten. Alten, etwas gebrechlichen Frauen aus der für die Dissertation vorliegenden Stichprobe gelingt es im Altersheim ein zufriedenes Leben zu finden.

12. Persönliches Schlusswort

Aus der Motivation, eine Untersuchung über die Lebensqualität hochaltriger Personen durchzuführen, wurde eine eigene Datenauswertung der Berliner Altersstudie vorgenommen. Das Datenmaterial wurde vom Max Planck Institut in Berlin zur Verfügung gestellt. Zu diesem Zeitpunkt erschien eine eigene Datenerhebung, deren Anspruch und Umfang einer wissenschaftlichen Untersuchung genügt, nicht durchführbar. Da der Datensatz der BASE Studie nicht alle gewünschten subjektiven Komponenten zur Lebensqualität beinhaltete wurde als zweite Sekundärliteratur die Share Studie herangezogen. Das Projekt SHARE stellte zahlreiche Fragen zum „Well Being“ und untersuchte auch hochaltrige Personen aus Österreich. Ein Schwachpunkt der Share Studie ist im Hinblick auf die Lebensqualität die fehlende Befragung von Personen, die im Altersheim leben. Diese Probanden werden nur dann in die Untersuchung aufgenommen, wenn sie während des Untersuchungszeitraumes ins Altersheim übersiedeln. Seit Mai 2009 erfolgte meine Mitarbeit im Team der Share User in Österreich und eine Beschäftigung mit den Datensätzen der Share Studien. Unterstützung erhielt ich vom Mannheim Research Institute for the Economics of Ageing (MEA). Ausgewählte Fragen in der Berliner Altersstudie und der Share Studie dienen als Vorlagen für den eigenen Fragebogen. (Anhang Kapitel 17)

Zu Beginn waren der Verlauf und der Erfolg der eigenen Fragebogenbefragung nicht klar. Der schlechte Gesundheitszustand mancher Personen im hohen und höchsten Alter erschwert den Zugang zu dieser Personengruppe. Eine Befragung von Tür zu Tür durchzuführen, erschien vorerst schwer durchführbar zu sein. Eine weitere Schwierigkeit stellte eine Datenerhebung im Altersheim dar. Hier steht dem direkten Kontakt mit den Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern die Heimleitung gegenüber. Eine Untersuchung in Zusammenarbeit mit der Heimleitung erscheint nicht sinnvoll. Möglicherweise antworten alte Frauen und Männer nicht ehrlich, da sie bei kritischen Äußerungen die ihre Wohn- und Pflegesituation betreffen, negative Konsequenzen durch die Heimleitung befürchten. „ Ganz offensichtlich können Heimbewohner Befragungen zur Zufriedenheit mit Pflege und Versorgungsleistungen als bedrohlich erleben und als „ Ausfragen“ oder sogar als regelrechtes Verhör interpretieren und dann jede Form der Kritik aus Angst vor negativen Sanktionen vermeiden.“ (Kelle & Niggemann & Metje in Amann & Kolland 2008: 186)

Bereits die ersten Interviews verliefen erfolgreich. Die Fragen wurden verstanden und bereitwillig beantwortet. Bei der Befragung konnte der Eindruck vermittelt werden, dass ein Interesse an dem Thema „Lebensqualität von alten Frauen und Männern in Wien“ besteht. Ebenso konnten die Befragten davon überzeugt werden, dass eine wissenschaftliche Arbeit zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen kann. Zumindest bestand die Möglichkeit für die Befragten über ihre objektiven Lebensbedingungen und ihre subjektiv empfundene Lebensqualität zu berichten. Die positive Resonanz führte dazu, dass viele motivierte Interviews geführt werden konnten. Die Gewissenhaftigkeit in der Beantwortung wirkte sich auf die Länge der Interviews aus.

Durch die durchgeführte Arbeit ergaben sich interessante Ergebnisse im Bereich der Lebensqualitätsforschung bei Personen im hohen und höchsten Alter. Es wurde auch eine Fülle von nicht quantifizierbaren und nicht evaluierbaren Details betreffend „Lebensqualität von alten Männern und Frauen in Wien“ gesammelt. Die Ergebnisse treffen nur für die untersuchte Personengruppe zu. Die Kombination mehrerer Erhebungsverfahren erwies sich als besonders hilfreich. Erste Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews konnten durch die quantitative Analyse bestätigt werden.

Die eigene Studie zeigt mit signifikanten Ergebnissen, dass Lebenszufriedenheit durch Selbständigkeit im Lebensalltag entsteht. Die Dissertation soll dazu beitragen, die Vorurteile die über das Leben im Altersheim in der Gesellschaft bestehen, zu überdenken.

13. Literaturverzeichnis

A

Abraham, Anke (2008): Körperlichkeit und Bewegung im biographischen Kontext- Zur Notwendigkeit einer körper- und bewegungsbezogenen Perspektive an der Gerontologie.

In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z Gerontol Geriatr), 41(3): 177-181

Adler, Georg & Hans, **Gutzmann** & Martin, **Haupt** & Rainer **Kortus** & Dirk K., **Wolter** (2009). Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter, Band 7, Verlag W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart (15-37)

Allmer, **Gertrude** (2005): Landesgesetzblatt Wiener Wohn- und Pflegegesetz (LGBI 15/2005)

Amann, Anton (2004): Die großen Alterslügen, Generationenkrieg, Pflegechaos, Fortschrittsbremse? Wien. Köln. Weimar

Amann, Anton & Günther, **Ehgartner** & David, **Felder** (2010): Sozialprodukt des Alters. Über Produktivitätswahn, Alter und Lebensqualität. Böhlau Verlag. Wien. Köln. Weimar.

Amann, Anton & Gerhard, **Majce** (Hrsg) (2005): Soziologie in interdisziplinären Netzwerken. Böhlau Verlag. Wien. Köln Weimar

Amann, Anton & Franz, **Kolland** (2008) : Das erzwungene Paradies des Alters? Fragen an eine kritische Gerontologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Atteslander, Peter (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung, Berlin, New York

B

Backhaus, Klaus & Bernd, **Erichson** & Wulff, **Plinke** & Rolf, **Weiber** (2006): Multivariate Analysemethoden. Springer Verlag . Berlin. Heidelberg. New York

Baur, Nina & Hermann, **Korte** & Martina, **Löw** & Marcus, **Schroer** (Hrsg) (2008) :

Handbuch Soziologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

(Alter & Altern 11-33), (Wohlfahrtsstaat 483-499)

Baltes, **Paul. B. & Jürgen**, **Mittelstraß** & **Ursula M.**, **Staudinger**(1994):

Alter und Altern: Ein interdisziplinärer Studententext zur Gerontologie.

Sonderausgabe des 1992 herausgegebenen 5. Forschungsberichtes der Akademie der Wissenschaften zu Berlin – Berlin: de Gruyter

Bellebaum, Alfred (2008): Glücksforschung. Eine Bestandsaufnahme (Analyse und Forschung)

Bellebaum, Alfred & Klaus **Barheier** (Hrsg) (1994): Lebensqualität .Ein Konzept für Praxis und Forschung, Westdeutscher Verlag.

Binstock, Robert H. & Linda K., George (2006): Handbook of Ageing and the Social Sciences, 6th Edition

Böhmer, Franz & Leopold Rosenmayr (2006) : Hoffnung Alter. Wien

Bortz, Jürgen & Nicola, Döring (1995): Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler. Springer Verlag. Berlin. Heidelberg. New York.

C

Cicero, Marcus Tullius (1998): Cato maior de senectute. Cato der Ältere über das Alter. Übersetzt und herausgegeben von Harald Merklin. Philipp Reclam jun. Stuttgart

D

Dahrendorf, Ralf & János Kornai & Robert Skidelsky & Zsuzsa, Ferge & Witold Krassowski & Joschka, Fischer & Ladányi .J & Szelényi I. & Eva, Kreisky & Birgit, Sauer & Joan, Tronto & Claus, Leggewie & Dich, Howard & Uwe & Engfer, Péter, Estrházy & Leszek (1979): Lebenschancen. Anläufe zur sozialen und politischen Theorie. Suhrkamp Verlag. Frankfurt am Main.

Deutsches Zentrum für Altersfragen (2002): Das hohe Alter, Band 1, Konzepte, Forschungsfelder, Lebensqualität (2002), Hannover

Diemann, Andreas (2005): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen . Rowohlt's Enzyklopädie. Reinbek bei Hamburg

E

Endruweit, Günter, Gisela Trommsdorff (Hrsg) (2002): Wörterbuch der Soziologie, Lucius & Lucius UTB

F

Fuchs Heinritz, Werner, Rüdiger, Lautmann (1994), Otthein, Rammstedt, Hanns Wienold (1994): Lexikon zur Soziologie, Wiesbaden, Westdeutscher Verlag

G

Gatterer, Gerald & Antonia, Croy (2004): Geistig Fit ins Alter 1, Neue Gedächtnisübungen für ältere Menschen, Springer Verlag. Wien

Glatzer, Wolfgang & Wolfgang Zapf (Hg.) (1984): Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Mit Beiträgen von Regina, Berger & Wolfgang, Brachtl & Martin, Diewald & Wolfgang, Glatzer & Roland, Habich & Hermann, Herget &. Sabine, Lang & Hans-Michael, Mohr & Maria, Müller-Andritzky & Heinz, Herbert, Noll & Wolfgang Zapf. Campus Verlag. Frankfurt. New York

H

Hörl, Josef (2003): Alter und Gewalt. In: Rosenmayr Leopold, Böhmer Franz: Hoffnung Alter und Forschung. Theorie. Praxis (273-301)

Hörl, Josef & Franz, Kolland & Gerhard, Majce (2008): Hochaltrigkeit in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Wien

J

Jansen Birgit & Fred, Karl, Hartmut Radebold & Reinhard Schmitz-Scherzer (1999): Soziale Gerontologie .Ein Handbuch für Lehre und Praxis. Beltz Verlag. Weinheim und Basel

K

Karl Fred (2003): Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie: Alter und Altern als gesellschaftliches Problem und individuelles Thema, Bonn, Juventa Verlag

Kelle Udo (2008): Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte. 2. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden

Kolawoski (1996): Transit Europäische Revue. Die Zukunft des Wohlfahrtsstaates. Verlag neue Kritik. Wien. Frankfurt am Main.

Kolland, Franz (1996): Kulturstile älterer Menschen. Jenseits von Pflicht und Alltag. Böhlau Verlag Ges.m.b.h. und Co KG, Wien, Köln, Weimar

Kolland, Franz (2006) : Lernen und Bildung im späten Alter. In Rosenmayr Leopold, Böhmer Franz: Hoffnung Alter (194-215)

Kolland, Franz & Pegah, Ahmadi (2010): Bildung und aktives Altern. W. Bertelsmann Verlag GmbH & Co KG, Bielefeld

Kruse W. Nikolaus (1992): Geriatrie. Berlin. Heidelberg. New York

L

Laditka and Laditka (2002): Handbook of Ageing

Lehr, Ursula & Hans, Thomae (Hrsg.) (1987): Formen seelischen Alterns. Ergebnisse der Bonner Gerontologischen Längsschnittstudie (BOLSA). Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart

Lehr Ursula (2007): Psychologie des Alterns. Meyer Verlag GmbH & Co, Wiebelsheim

M

MA 5 Finanzwesen (2009) : Statistisches Jahrbuch der Stadt Wien

Magistrat der Stadt Wien. Bereichsleitung für Gesundheitsplanung. (2001): Gesundheit in Wien. Wiener Gesundheits- und Sozialsurvey. Wien.

Majce, Gerhard. (Hg.), Anton **Amann** (2005): Soziologie in interdisziplinären Netzwerken, Wien/Köln/Weimar, Böhlau Verlag, Seiten: 211 – 223

N

Norden, Gilbert & Wolfgang, **Schulz**, Hrsg (1983): Lebensqualitätsforschung. Ein Literaturbericht zu den Bereichen objektive und subjektive soziale Indikatoren, Lebensqualität, Lebensstile, Freizeit, Konsum und sozialpsychiatrische und psychische Indikatoren als Ausdruck des Wohlbefindens. Wien

R

Rosenmayr, Leopold. Franz Böhmer (2006): Hoffnung, Alter, Forschung, Theorie, Praxis. 2. Auflage. Wien

Rosenmayr, Leopold (2007): Schöpferisch Altern. Eine Philosophie des Lebens. Lit. Verlag, Wien. Stuttgart

S

Schulz. Wolfgang (1984): Einführung in die Soziologie. Wien

Schulz, Wolfgang & **Strodl**, R. & **Lang**, G (2005): Alter und Lebensqualität - eine methodologische Diskussion zum Stellenwert der "Variable" Alter. In: Amman und Majce (2005)

Schmid, Josef (1998): Wohlfahrtsstaat: Krise und Reform im Vergleich. Hrsg.:Josef Schmid und Reiner Nikjetta. Metropolis Verlag. Wiesbaden

Schnell, Rainer &, Paul B, **Hill** &, Elke **Esser** (2005): Methoden der empirischen Sozialforschung, R. Oldenbourg Verlag, München, Wien

T

Tartler, Rudolf (1961): Das Alter in der modernen Gesellschaft, Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart

Tews, Hans, Peter (1971): Soziologie des Alterns , Erster Teil, Quelle & Meyer, Heidelberg

Tews, Hans, Peter (1971): Soziologie des Alterns. Zweiter Teil. Quelle & Meyer. Heidelberg

Tews, Hans Peter (1993) in Baur Nina/ Hermann Korte/ Martina Löw/ Markus Schrör (2003): Handbuch Soziologie

Travelbee. Joyce (1965): The concept of observation: Communication in the helping process in nursing. Proceedings of a Nursing Conference. New Orleans.

Travelbee. Joyce (1966): Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia

W

Webster's Third New International Dictionary (1961)

Wernhart. Georg. Markus Kaindl. Rudolf Karl Schipfer. Mariam Irene Tazi- Preve (2008):
Drei Generationen- eine Familie. Innsbruck

Internetadressen:

[http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/hochaltri
gen_kleine_datei.pdf](http://www.bmask.gv.at/cms/site/attachments/8/5/7/CH0166/CMS1218112881779/hochaltri
gen_kleine_datei.pdf) v.8.1.2011

www.sverige.de/lexi/lexi_gesu.htm v. 29.3.2011

<http://www.gv.at> v. 8.1.2011

<http://www.wien.gv.at/statistik/pdf/menschen09.pdf>

<http://www.share-project.org> v.31.5.2010

<http://www.springerlink.com/content/ddvc4k8922fax9px> v.29.9.2009

[http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelk
erungsprognosen/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelk
erungsprognosen/index.html) v. 27.5.2010

[http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelk
erung/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/bildungsstand_der_bevoelk
erung/index.html) v. 8.1.2011

[www.statistik.at/.../stat\(istiken/.../gesundheitszustand/subjektiver_
gesundheitszustand/index.html](http://www.statistik.at/.../stat(istiken/.../gesundheitszustand/subjektiver_
gesundheitszustand/index.html) v.8.1.2011

<http://vorarlberg.orf.at/magazin/klickpunkt/focus/stories/74271> v. 29.9.2009

<http://www.hoepflinger.com> v. 29.9.2009

Journale:

Abraham, Anke (2008): Körperlichkeit und Bewegung im biographischen Kontext- Zur
Notwendigkeit einer körper- und bewegungsbezogenen Perspektive an der Gerontologie.

In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (Z Gerontol Geriatr), 41(3), 177-181

Broschüre der **Pensionsversicherungsanstalt** (2011): Pflegegeld (Nr.10)

Wolfinger, Martina (2006): Körper und Geschlecht – notwendige Perspektiven innerhalb
der Pflegeforschung ? In : Zeitschrift für Frauenforschung und Geschlechterstudien,
2/3:117-128

Mitschriften:

Burns, Eveline (2009) Eigene unveröffentlichte Mitschrift aus der Vorlesung Konzepte und Modelle der Pflegewissenschaften 2009

Kratzer, Monika & Lorenz, Andrea (2010): Unveröffentlichte Seminararbeit-Analyse Interpersonal Aspects of Nursing (Joyce Travelbee)

Kratzer, Monika (2007): Lebensqualität. Eigene unveröffentlichte Seminararbeit für die Übung „Forschungspraktikum“.

14. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

14.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Modell für Subjektives Well- Being	29
Abbildung 2 Konstrukt: Lebensqualität	65
Abbildung 3 Geschätztes Randmittel der Anzahl der Krankheiten	146
Abbildung 4 Fehlerquadratsumme	172
Abbildung 5 Clustereinteilung	173
Abbildung 6 Screeplot.....	179
Abbildung 7 Modell für Zufriedenheit.....	184
Abbildung 8 Modell für Einsamkeit	185
Abbildung 9 Modell Glück	187

14.2. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Objektive Lebensbedingungen und subjektive Lebenszufriedenheit.....	24
Tabelle 2 Bedürfnisbefriedigung nach Allardt.....	31
Tabelle 3 Übersicht über die Pflegestufen (Österreich).....	60
Tabelle 4 Leben in einer Institution/ Leben im Privathaushalt: zufrieden.....	108
Tabelle 5 Leben in einer Institution/ Leben im Privathaushalt: einsam.....	109
Tabelle 6 Leben in einer Institution/ Leben im Privathaushalt: glücklich	110
Tabelle 7 Einschätzung der Lebensqualität im Zusammenhang mit Demographie.....	112
Tabelle 8 Unterschiede verwitwet / verheiratet.....	116
Tabelle 9 Zufriedenheit in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter	125
Tabelle 10 Einsamkeit in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter.....	125
Tabelle 11 Glück in Zusammenhang mit Geschlecht und Alter	126
Tabelle 12 Zusammenhang von Zufriedenheit mit Verwitwung	128
Tabelle 13 Zusammenhang von Einsamkeit mit Verwitwung	128
Tabelle 14 Zusammenhang von Glück mit Verwitwung	129
Tabelle 15 Familienstand, Geschlecht, Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück.....	130
Tabelle 16 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Pflegegeldstufe	134
Tabelle 17 Pflegegeldbezug in den Altersgruppen	135
Tabelle 18 Signifikante Zusammenhänge: Pflegegeld mit Lebensqualitätsparametern ...	136
Tabelle 19 Bereichszufriedenheit mit Pflege	137
Tabelle 20 Signifikante Zusammenhänge: Pflegebedarf mit Lebensqualitätsparametern...	137

Tabelle 21 Zufriedenheit im Zusammenhang mit Wohnort.....	138
Tabelle 22 Einsamkeit im Zusammenhang mit Wohnort.....	138
Tabelle 23 Glück im Zusammenhang mit Wohnort.....	138
Tabelle 24 Zusammenhang - Wohnen mit Lebensqualitätsparametern	139
Tabelle 25 Korrelation Anzahl der Krankheiten mit den Parametern der Lebensqualität .	142
Tabelle 26 Korrelation Anzahl der Krankheiten und Lebensqualität bei Frauen.....	142
Tabelle 27 Korrelation Anzahl der Krankheiten und Lebensqualität bei Männern	143
Tabelle 28 Anzahl der Krankheiten.....	144
Tabelle 29 ANOVA.....	144
Tabelle 30 Post Hoc Test: Anzahl der Krankheiten * Altersgruppen	145
Tabelle 31 Geschätzte Randmittel.....	145
Tabelle 32 zufrieden / Krankheiten	147
Tabelle 33 Signifikante Zusammenhänge von Krankheiten bzw. „hören“ mit Lebensqualitätsparametern	148
Tabelle 34 Zufriedenheit mit subjektivem Gesundheitszustand	149
Tabelle 35 Einsamkeit mit subjektivem Gesundheitszustand	149
Tabelle 36 Glück mit subjektivem Gesundheitszustand	150
Tabelle 37 Zusammenhang zwischen Lebensqualität und subjektivem Gesundheitszustand	151
Tabelle 38 Selbständige Benützung von Verkehrsmitteln	152
Tabelle 39 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Index der Behelfe	153
Tabelle 40 Mittelwerte des Index für Behelfe.....	154
Tabelle 41 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Index der Behelfe in der Altersgruppe 85plus.....	154
Tabelle 42 Zusammenhang der Lebensqualitätsparameter mit Index der Hilfeleistungen	156
Tabelle 43 Benötigte Hilfe, getrennt nach Geschlecht.....	156
Tabelle 44 Zusammenhang Lebensqualität mit Waschen und Duschen.....	158
Tabelle 45 Signifikante Zusammenhänge: Hilfeleistung mit Lebensqualitätsparametern.	159
Tabelle 46 Zusammenhang der Lebensqualitätsparameter mit „Verwandte treffen“	160
Tabelle 47 Zusammenhang der Lebensqualitätsparameter mit „ Bekannte treffen“	160
Tabelle 48 Zusammenhang der Lebensqualitätsparameter mit „Nachbarn treffen“	161
Tabelle 49 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Zufriedenheit mit sozialen Kontakten	161
Tabelle 50 Korrelation der Zufriedenheit mit sozialen Kontakten und Treffen.....	162
Tabelle 51 Bekannte bzw. Verwandte treffen	163
Tabelle 52 Signifikanter Zusammenhang:- soziale Kontakte mit Lebensqualitätsparametern	163
Tabelle 53 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Aktivitätsindex	165
Tabelle 54 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit spazieren gehen	165
Tabelle 55 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit „verreisen“	166
Tabelle 56 Korrelation der Lebensqualitätsparameter mit Bereichszufriedenheit Freizeitaktivitäten.....	166
Tabelle 57 Signifikante Zusammenhänge: Aktivitäten mit Lebensqualitätsparametern....	167
Tabelle 58 Tabellarische Darstellung der Ergebnisse des Hypothesenkatalogs	169
Tabelle 59 Clustereinteilung	174
Tabelle 60 Erklärte Gesamtvarianz Hauptkomponentenanalyse.....	178
Tabelle 61 Rotierte Komponentenmatrix	180

IV. Anhang

15. Abstract

Die vorliegende Dissertation beschreibt die Lebensqualität von Personen im Alter von 75 Jahren und älter in Wien. Anhand der Aussagen zu Zufriedenheit, Einsamkeit und Glück wird die Qualität des Lebensalltages von alten Menschen beschrieben. Der Alterungsprozess verläuft individuell verschieden. Die Menschen sehnen sich nach Zufriedenheit und Glück. Allgemein wird angenommen, dass Einsamkeit das Leben der Menschen im Alter von 75+ beeinflusst.

Ziel dieser Forschungsarbeit ist es, die Einflussfaktoren, die auf die Lebensqualität Hochaltriger einwirken, zu ergründen. Das Hauptaugenmerk wird auf Alter, Familienstand, Haushaltseinkommen, Bildung, Pflegebedarf, Gesundheitszustand, Mobilität, Selbständigkeit, soziale Kontakte, Aktivität und den Wohnort Privathaushalt, Altersheim und Pflegeheim gelegt. Die Analyse der Untersuchung ergibt vier komplexe Zusammenhänge: die soziodemographischen Zusammenhänge, die sozioökonomischen Zusammenhänge, den Gesundheitszustand und Selbstkompetenz in der Funktionsfähigkeit.

Alter wird in den Theorien als wirkungsloser Faktor auf die Lebensqualität beschrieben, dies wird auch durch die eigene Untersuchung bestätigt. (Amann & Majce 2005: 212)

Ausschlaggebend für das Wohlbefinden von alten Männern und Frauen sind sowohl objektive Lebensbedingungen, wie auch subjektive Selbsteinschätzungen. Manchmal tritt folgende paradoxe Situation ein: Es gibt Menschen, die trotz schlechter objektiver Voraussetzungen zufrieden mit ihrem Leben sind und auch Menschen mit guten objektiven Voraussetzungen, die unzufrieden sind. In der Gesellschaft bestehen negative Einschätzungen über das Leben im Altersheim. Als neue Erkenntnis wurde für die untersuchte Stichprobe entdeckt, dass das Leben im Altersheim die Zufriedenheit von alten alleinstehenden Frauen erhöht.

Selbständigkeit im „Sinne von sozialer Kompetenz“ im Lebensalltag ist ausschlaggebend für die subjektiven Empfindungen von alten Menschen. Der Verlust von nahen Angehörigen, insbesondere der Verlust des Ehepartners oder der Ehepartnerin ist ein besonderer Schicksalsschlag, der sich auf die Lebensqualität gravierend negativ auswirkt.

Die Datenerhebung erfolgte an 130 Personen im Alter von 75+ in Wien.

Die Datenstruktur der vorliegenden Studie zeigt die Lebensverhältnisse der untersuchten Population. 91 Personen leben ohne fremde Hilfe im Privathaushalt. 20 Personen werden zuhause unterstützt, 14 Personen leben im Altersheim und 5 Personen im Pflegeheim.

Zur statistischen Auswertung wurden Varianzanalyse, Clusteranalyse, Faktorenanalyse und Regressionsanalysen herangezogen. Die Untersuchungsergebnisse beziehen sich nur auf die vorliegende Stichprobe von 130 Personen. Um allgemein gültige Aussagen zu treffen, müssten weitere Studien durchgeführt werden.

16. Fragebogen

Share Studie

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
AC012	Zufriedenheit mit dem Leben Wert 0 (absolut unzufrieden) - 10 (vollste Zufriedenheit)
AC002	Aktivitäten im letzten Monat 1 unentgeltliche bzw. freiwillige Arbeit 2 Betreuung eines kranken oder behinderten Erwachsenen 3 Freunden oder Nachbarn geholfen 4 einen Weiterbildungskurs besucht 5 einen Sportverein oder anderen Verein besucht 6 Teilnahme an Aktivitäten von kirchlichen Organisationen 7 sich bei einer politischen Organisation beteiligt 96 keine der genannten Aktivitäten
AC003	Wie oft Aktivitäten? 1 fast täglich 2 fast jede Woche 3 weniger oft
AC025	Zukunft schaut gut aus 1 häufig 2 manchmal 3 selten 4 nie
AC030	Glücklich 1 ja 5 nein
AC031	Alleine fühlen 1 ja 5 nein
DN 003	Monat/ Geburtsjahr
DN 007	österreichische Staatsbürgerschaft 1 ja 5 nein

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
DN 010	Höchster Bildungsgrad 1 Volksschule 2 Hauptschule 3 Gymnasium (öffentlich) mit Matura 4 Gymnasium (privat) mit Matura 5 Berufsbildende Schule mit Matura (HAK, HTL,...) 6 Berufsbildende Schule ohne Matura 95 Noch kein Abschluss/noch in Ausbildung 96 Kein Schulabschluss 97 Anderer Schulabschluss (auch Ausland)
DN 014	Familienstand 1 Verheiratet und mit dem/der Ehepartner/in zusammenlebend 3 Verheiratet, getrennt vom/von der Ehepartner/in lebend 4 Ledig 5 Geschieden 6 Verwitwet
DN 021	Bildungsstand des Partners 1 Volksschule 2 Hauptschule 3 Gymnasium (öffentlich) mit Matura 4 Gymnasium (privat) mit Matura 5 Berufsbildende Schule mit Matura (HAK, HTL,...) 6 Berufsbildende Schule ohne Matura 95 Noch kein Abschluss/noch in Ausbildung 96 Kein Schulabschluss 97 Anderer Schulabschluss (auch Ausland)
DN 025	Letzter Job des Partners offene Frage
DN 034	Haben oder hatten sie Geschwister? 1 ja 5 nein
DN 036	Lebende Brüder
DN 037	Lebende Schwester
DN 041	Jahre der Ausbildung offene Frage
DN 042	Männlich/ Weiblich 1 männlich 2 weiblich
DN 044	Hat sich ihr Familienstand seit unserem letzten Interview geändert? 1 Ja, der Familienstand hat sich geändert. 5 Nein, der Familienstand hat sich nicht geändert.

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
HC004	Kontakte mit Spezialisten 1 ja 5 nein
HC014	verbrachte Nächte im Spital offene Frage
HC029	Aufenthalt im Pflegeheim 1 Ja, zeitweise 3 Ja, dauerhaft 5. Nein
HC065	Patient in einer anderen Institution offene Frage
HC036	Wie viele Stunden Hilfe von anderen bezahlten Professionisten offene Frage
HH002	Haushaltsnettoeinkommen anderer Familienmitglieder
HH017E	Haushaltsnettoeinkommen
SP002	Hilfe von anderen 1 ja 5 nein
SP003	Wer gibt Hilfe?
SP004	Welche Art von Hilfe? 1 Persönliche Pflege, z.B. Hilfe beim Anziehen, Waschen oder Baden, Essen, Zubettgehen oder Aufstehen, Benutzen der Toilette 2 Praktische Hilfe im Haushalt, z.B. kleine Reparaturen, Gartenarbeit, Transport, Einkauf, Hausarbeit 3 Hilfe bei 'Papierkram', wie Ausfüllen von Formularen, finanzielle oder rechtliche Angelegenheiten regeln
SP005	Wie oft erhält man Hilfe von dieser Person? 1 Fast jeden Tag 2 Fast jede Woche 3 Fast jeden Monat 4 Seltener
SP006	Wie viel Stunden erhielten sie Hilfe von dieser Person?
PH003	Wie schätzen sie ihren Gesundheitszustand im generellen ein? 1 Ausgezeichnet 2 Sehr gut 3 Gut 4 Mittelmäßig 5 Schlecht
PH004	Chronische Krankheiten 1 ja 5 nein

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
PH005	Beeinträchtigt in Aktivitäten 1 Stark eingeschränkt 2 Eingeschränkt, aber nicht stark 3 Nicht eingeschränkt
PH006	Arzt bescheinigt angeführte Krankheiten 1 Herzanfall, einschließlich Herzinfarkt, Koronarthrombose oder eine andere Herzkrankheit einschließlich Herzinsuffizienz 2 Bluthochdruck oder Hypertonie 3 Hoher Cholesterinspiegel 4 Schlaganfall oder Gehirngefäßerkrankung 5 Diabetes oder hoher Blutzuckerspiegel 6 Chronische Lungenkrankheit wie chronische Bronchitis oder Lungenaufblähung (Emphysem) 7 Asthma 8 Arthritis, einschließlich Osteoarthritis oder Rheuma 9 Osteoporose 10 Krebs oder Malignom, auch Leukämie oder Lymphome, ausgenommen jedoch leichtere Formen von Hautkrebs 11 Magen-oder Zwölffingerdarmgeschwür, sonstige gutartige Geschwüre des Verdauungstraktes 12 Parkinson'sche Krankheit 13 Grauer Star 14 Hüftbruch oder Oberschenkelhalsbruch 15 Andere Knochenbrüche 16 Alzheimersche Krankheit, Demenz, organisches Psychosyndrom, Senilität oder andere schwerwiegende Erinnerungsschwächen 17 Gutartiger Tumor (Fibrome, Polypen, Angiome) 96 Keine 97 Andere, hier nicht erwähnte Krankheiten
PH009	Mit welchem Alter begannen die chronischen Krankheiten

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
PH011	Einnahme von Medikamenten wegen verschiedener Krankheiten 1 Hoher Cholesterinspiegel 2 Bluthochdruck 3 Herzinfarkt oder Probleme der Hirndurchblutung 4 Andere Herzerkrankungen 5 Asthma 6 Diabetes 7 Gelenkschmerzen oder -entzündungen 8 Sonstige Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen, Rückenschmerzen usw.) 9 Schlafprobleme 10 Angstzustände oder Depressionen 11 Hormonelle Osteoporose 12 Nicht-hormonelle Osteoporose 13 Sodbrennen 14 Chronische Bronchitis 96 Keine davon 97 Medikamente für sonstige Beschwerden, die noch nicht erwähnt wurden
PH012	Gewicht
PH024	Zahnprothese 1 ja 5 nein
PH 013	Körpergröße
PH041	Brillen 1 ja 5 nein
PH046	Hörapparat 1 ja 5 nein

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
PH048	Gesundheit und Aktivitäten 1 100 Meter gehen 2 Etwa zwei Stunden lang sitzen 3 Nach längerem Sitzen von einem Sessel aufstehen 4 Stiegensteigen: mehrere Stockwerke ohne zu pausieren 5 Stiegensteigen: ein Stockwerk ohne zu pausieren 6 In die Hocke gehen, sich hinknien oder bücken 7 Die Arme bis zur Schulter oder darüber anheben 8 Ziehen oder Schieben von großen Gegenständen, etwa einem Lehnstuhl 9 Gewichte über 5 Kilo heben oder tragen, z.B. eine schwere Einkaufstasche 10 Aufheben einer kleinen Münze (Groschen, 20 Cent Stück) von einem Tisch 96 Bei keiner dieser Tätigkeiten
PH049	Körperliche Schwierigkeiten bei Bewältigung des Tagesablaufes Selbständigkeitsindex 1 Ankleiden, einschließlich Schuhe und Socken anziehen 2 Durch einen Raum gehen 3 Baden oder duschen 4 Essen, z.B. beim Schneiden von Fleisch oder Brot 5 Ins Bett legen oder wieder aufstehen 6 Gang zur Toilette, einschließlich hinsetzen und aufstehen 7 Sich mit einem Stadtplan an einem fremden Ort zurechtzufinden 8 Eine warme Mahlzeit zubereiten 9 Lebensmittel einkaufen 10 Telefonieren 11 Medikamente einnehmen 12 Haus- und Gartenarbeit 13 Geldangelegenheiten erledigen, z.B. Bezahlung von Rechnungen und Überblick über Ausgaben bewahren 96 Keine dieser Tätigkeiten
PH050	Erfahren sie Hilfe 1 ja 5 nein
PH051	Hilfe entspricht den Bedürfnissen 1 Immer 2 in der Regel 3 Manchmal 4 Fast nie

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
PH059	Hilfsgegenstände 1 Spazierstock 2 Gehwagen 3 Rollstuhl 4 Elektrischer Rollstuhl 5 Buggy oder elektrischer Roller 6 Besondere Eßutensilien 7 Ruhhilfe, Seniorenalarm, Schwesternnotruf 96 Nichts davon
PH060	Bewertung Gesundheitszustand question 3
BR015	Sport oder körperlich anstrengende Tätigkeiten 1 Mehr als einmal pro Woche 2 Einmal pro Woche 3 Ein- bis dreimal pro Monat 4 Kaum oder nie
MH002	Gefühl von Traurigkeit oder Niedergeschlagenheit 1 ja 5 nein
MH003	Zukunftshoffnungen 1 Irgendeine Hoffnung genannt 2 Keine Hoffnung genannt
MH007	Schlafstörungen 1 Schlafstörungen oder Veränderungen des Schlafverhaltens in letzter Zeit 2 Kein Problem mit dem Schlafen
HC002	Arztbesuche in den letzten 12 Monaten offene Frage
HC004	Besuch eines Spezialisten 1 ja 5 nein
HC016	Wie oft Krankenhausaufenthalte? offene Frage
HC029	Wie oft im Pflegeheim im letzten Jahr? 1 Ja, zeitweise 2 Ja, dauerhaft 5 Nein
HC033	Wie viele Stunden erhielten sie zu hause bezahlte Pflege? offene Frage
HC035	Wie viele Wochen professionelle Haushaltshilfe? offene Frage
HC036	Wie viele Stunden pro Woche professionelle Hilfe offene Frage

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
EP002	Bezahlte Arbeit 1 ja 5 nein
EP051	Tätigkeit letzter bezahlter Job 1 Angestellte/r, Arbeiter/in 2 Beamte/r 3 Selbständige/r
EP078	Durchschnittliche Pensionshöhe im Monat offene Frage
EP208	Einkommen aus Zweitpension offene Frage

Der vollständige Fragebogen ist auf der Homepage www.share-project.org zugänglich.

Base Studie (z4/ 2000)

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
k1 (4) z age	Alter 1 männlich 2 weiblich
z1e5	Geschlecht Zeitpunkt 1
z1e3	Familienstand Zeitpunkt 1 1 verheiratet, . 2 verwitwet 3 geschieden 4 ledig
z1e5	Anzahl lebender Kinder
z1 (4)e6	Leben sie alleine? ja nein
z1e7x1	lebt mit Lebenspartner (Lebenspartnerin) ja nein
z1e8	Wohnsituation 1 Privatwohnung 2 Seniorenwohnhaus 3 Seniorenheim 4 Krankenhaus 5 Krankenhaus

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
z1e10	Schulabschluss 1 Volksschule 2 Realschule 3 Abitur
z1e12x1rT49	Gegenwärtige Lebenszufriedenheit T1 Wert 1 (mangelhaft) - 5 (sehr gut)
z1e41	ich bin jetzt genau so glücklich, wie ich es in jungen Jahren war Wert 1 (trifft sehr zu) - 5 (trifft nicht zu)
z1e53bx1T453	emotionale Einsamkeit (alleine sein) Wert 1 (trifft sehr zu) - 5 (trifft nicht zu)
z1e54	soziale Einsamkeit T1 (an Personen wenden) Wert 1 (mangelhaft) - 5 (sehr gut)
z1e73	Telefon ja nein
z1e74	Anzahl Zimmer
z1e75	Bad/Dusche ja nein
z1e76	Heizung ja nein
z1e81x1	persönl. Einkommen (DM)
z1e81x2	Einkommen Gesamthaushalt DM
z4e12x1rT49	Gegenwärtige Lebenszufriedenheit T4 (analog z1)
z4e12_dicho	Lebenszufriedenheit dicho 0 nicht zufrieden 1 zufrieden
z4e46x1r/x2	Selbstwirksamkeit Wert 1 (trifft sehr zu) - 5 (trifft nicht zu)
z4e48x1r/2x	subjektive Alltagskompetenz Wert 1 (trifft sehr zu) - 5 (trifft nicht zu)
z4e53bx1T453	Emotionale Einsamkeit T4 (analog T1)
z4e53dicho	Emotionale Einsamkeit dicho 0 einsam 1 nicht einsam
z4e54bx1T454	Es gibt Personen, an die ich mich vertrauensvoll wenden kann ja nein
z4e54bx1T454	Ich kann viel was in meinem Leben passiert selbst bestimmen

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
z4e54 dicho	soziale Einsamkeit T4 (analog T1)
z4e94bx1	Zufriedenheit mit sozialen Aktivitäten Wert 1 (mangelhaft) - 5 (sehr gut)
z4e3	formaler Familienstand
z4esex	Geschlecht Zeitpunkt 4
k4zeage	Alter Zeitpunkt 4
z4e8_rec	Wohnsituation 1 Privat 2 Institution
z7e6	leben sie alleine? Zeitpunkt 7
z7e95bxx1	Anzahl der Aktivitäten verändert
T4 Alter rec	Altersgruppen für T4 1 75-79 2 80-84 3 85+
q1gms142	Haben sie sich in letzter Zeit ohne besonderen Grund glücklich gefühlt? Wert 1 (trifft zu) - 5 (trifft nicht zu)

z1= Messpunkt 1
z4= Messpunkt 4
z7= Messpunkt 7

Die Daten sind für wissenschaftliche Zwecke beim Max Planck Institut in Berlin zu bestellen.

Fragebogen für die Dissertation

Variablenname Variablenlabel (mit Codierung)

1. a Im Großen und Ganzen, sind sie derzeit zufrieden oder unzufrieden mit ihrem Leben

Wert 1 (sehr zufrieden) – 10 (sehr unzufrieden)

1. b Warum fühlen sie sich zufrieden?

0 nein

1 gegenseitige Hilfe durch Partnerschaft

2 gute Gesundheit

3 religiöser Glaube

4 Hilfe im Pensionistenheim

5 Hilfe durch Sohn

6 Hilfe durch Tochter

7 Hilfe durch Freunde

8 Hilfe durch Nachbarn

9 zufrieden durch den Sozialstaat

10 Heimhilfe

11 Familienkontakte

12 Selbständigkeit im Alltag

99 weiß nicht

1. c Warum fühlen sie sich unzufrieden?

0 nein

1 schlechte Partnerschaft

2 Krankheit

3 überlastet durch Hausarbeit

4 wenig Hilfe durch Sozialstaat

5 schlechte Betreuung im Pensionistenwohnheim oder Pflegeheim

6 Tod des Partners

7 keine Hilfe durch Kinder

8 unselbständig

99 weiß nicht

2. a Wer geht einkaufen?

2. b Wer bereitet das Essen vor?

2. c Wer macht den Abwasch?

2. d Wer macht kleine Reparaturen?

2. e Wer räumt die Wohnung auf?

2. f Wer wäscht die Wäsche?

2. g Wer bügelt?

2. h Wer überzieht die Betten?

Variablenname Variablenlabel (mit Codierung)

2. i Wer wäscht die Vorhänge?

Für 2. a – 2. i gilt:

- 1 immer ich
- 2 zusammen mit der PartnerIn
- 3 immer meine PartnerIn alleine
- 4 zusammen mit einer anderen Person als der EhepartnerIn
- 5 wird immer von einer anderen Person als mir oder der EhepartnerIn gemacht

2. j Sind Sie zufrieden mit Ihrer Selbständigkeit bei der Hausarbeit?

- 1 sehr zufrieden
- 2 zufrieden
- 3 teilweise zufrieden
- 4 wenig zufrieden
- 5 überhaupt nicht zufrieden
- 6 ich bin nicht selbständig

3 Wie viele Stunden machen sie täglich Hausarbeiten?

- 0 keine Hausarbeit
- 1 Weniger als eine Stunde
- 2 zwischen 1 und 2 Stunden
- 3 mehr als 2 Stunden
- 4 mehr als 3 Stunden

4 Wie viele Stunden verbringt ihr Partner täglich mit Hausarbeiten?

- 0 keine Hausarbeit
- 1 Weniger als eine Stunde
- 2 Zwischen 1 und 2 Stunden
- 3 Mehr als 2 Stunden
- 4 Mehr als 3 Stunden
- 98 Kein Partner

5.a Brauchen Sie Hilfe beim Waschen und Duschen?

5.b Brauchen Sie Hilfe beim Anziehen?

5.c Brauchen Sie Hilfe beim Essen?

5.d Wird die Hauptmahlzeit nach Hause geliefert oder nicht selbst zubereitet?

5.e Brauchen Sie Hilfe beim Arztbesuch?

5.f Brauchen Sie Hilfe beim Spaziergang?

5.g Brauchen Sie Hilfe bei Behördenwegen?

5.h Brauchen Sie Hilfe bei Einkäufen?

5.i Kommt eine Hilfe ins Haus?

Für 5.a bis 5.i gilt:

- 0 nein
- 1 ja

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
5.j	Für welche Tätigkeit brauchen sie Hilfe? 0 keine Hilfe 1 aufräumen 2 pflegen 3 Heimhilfe 4 ich wohne im Alters- oder Pflegewohnheim
5.k	Gehen sie selbständig zur Kosmetik?
5.l	Gehen sie selbständig zum Friseur?
5.m	Gehen sie selbständig zur Fußpflege?
5.n	Fahren sie selbständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln?
5.o	Fahren sie selbständig mit dem eigenen Auto? Für 5.k bis 5.o gilt: 0 nein 1 ja 2 ich brauche es nicht
5.p	Sind sie zufrieden mit der Selbständigkeit in der Körperpflege? 1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 teilweise zufrieden 4 wenig zufrieden 5 überhaupt nicht zufrieden 6 ich bin nicht selbständig
5. q	Sind sie zufrieden mit der erhaltenen Pflege? 1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 teilweise zufrieden 4 wenig zufrieden 5 überhaupt nicht zufrieden 6 ich erhalte keine Pflege
6. a	Wie oft besuchen sie die Kirche oder einen anderen heiligen Ort? 1 täglich 2 wöchentlich 3 monatlich 4 1x im Jahr 0 nie
6. b	Wie oft beten oder meditieren sie? 1 täglich 2 wöchentlich 3 monatlich 4 1x im Jahr 0 nie

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
7. a	Verlassen sie das Haus täglich? 0 nein 1 weniger als 1 Stunde 2 1-2 Stunden 3 mehr als 2 Stunden
7. b	Wenn sie das Haus nicht täglich verlassen, wie oft kommt es dann vor, dass sie es verlassen? 0 täglich 1 jeden 2 Tag 2 jeden 3 Tag 3 wöchentlich 4 monatlich 5 Jährlich 6 nie
8.a	Fühlen sie sich derzeit einsam oder fühlen sie sich derzeit nicht einsam? Werte 1 (einsam) - 10 (nicht einsam)
8. b	Warum fühlen sie sich einsam? 1 kranker Partner 2 eigene Krankheit 3 kein Kontakt zur Familie 4 verstorbener Partner 5 keine Freunde 6 keine Nachbarn 7 ich habe keine Familie 8 fühle mich leer 9 Verwitwung
8. c	Warum fühlen sie sich nicht einsam? 1 Partner 2 viele Freunde 3 Religion 4 Tochter 5 Sohn 6 Heimbewohner 7 Pflegedienst 8 viele Hobbies 9 ehrenamtliche Tätigkeit (Verein) 10 Familie
9. a	Sind ihre Befunde ohne Diagnose?
9. b	Wurde von einem Arzt eine Herzerkrankung diagnostiziert?
9. c	Wurde von einem Arzt Bluthochdruck diagnostiziert?
9. d	Wurde von einem Arzt ein hoher Cholesterinspiegel diagnostiziert?

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
9. e	Wurde von einem Arzt ein Schlaganfall diagnostiziert?
9. f	Wurde von einem Arzt eine Lungenkrankheit diagnostiziert?
9. g	Wurde von einem Arzt Asthma diagnostiziert?
9. h	Wurde von einem Arzt Osteoporose diagnostiziert?
9. i	Wurde von einem Arzt eine Krebserkrankung diagnostiziert?
9. j	Wurden von einem Arzt Knochenbrüche diagnostiziert?
9. k	Wurde von einem Arzt eine Zuckerkrankheit diagnostiziert?
9. l	Wurde von einem Arzt eine Magenerkrankung diagnostiziert?
9. m	Wurde von einem Arzt eine Depression diagnostiziert?
9. n	Wurde von einem Arzt Vergesslichkeit (Demenzkrankheit) diagnostiziert?
9. o	Wurden von einem Arzt Schwindelanfälle diagnostiziert?
9. p	Wurde von einem Arzt eine Prostataerkrankung diagnostiziert?
9. q	Bekamen sie eine neue Hüfte oder ein neues Knie?
9. r	Wurde von einem Arzt eine Unterleibserkrankung diagnostiziert?
9. s	Wurden von einem Arzt Probleme beim Harnlassen diagnostiziert?
9. t	Wurden von einem Arzt Probleme beim Stuhlgang diagnostiziert?
	Für 9.a bis 9.t gilt:
	0 nein
	1 ja
9. u	Haben sie eine Krankheit die nicht erwähnt wurde:
	offene Frage
9.v	Wurden Angstzustände diagnostiziert?
	0 nein
	1 ja
10. a	Wie viele Medikamente nehmen sie am Tag?
	0 Keine Medikamente
	1 pro Pulver
10. b	Lassen sie irgendwelche Medikamente weg, die sie eigentlich vom Arzt aus nehmen müssten?
	0 nein
	1 ja
	2 ich kann die Medikamente nicht selbständig einnehmen
10.c	Waren sie im laufenden Quartal beim Facharzt?
	0 nein
	1 ja
10.d	Waren sie im letzten Halbjahr im Spital?
	0 nein
	1 ja

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
10. e	Wie empfinden sie subjektiv ihren Gesundheitszustand? 1 exzellent 2 sehr gut 3 gut 4 zufriedenstellend 5 schlecht 6 sehr schlecht
10. f	Haben sie sich mit ihren Krankheiten abgefunden? 1 vollständig abgefunden 2 abgefunden 3 teilweise abgefunden 4 nicht abgefunden 5 überhaupt nicht abgefunden 6 trifft nicht zu
10 g	Sind sie trotz ihrer Krankheiten mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden? 1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 teilweise zufrieden 4 wenig zufrieden 5 überhaupt nicht zufrieden 6 ich habe keine Krankheiten
11. a	Wie geht es mit dem Hören?
11. b	Wie geht es mit dem Sehen?
11. c	Wie geht es mit dem Riechen?
11. d	Wie geht es mit dem Schmecken?
	Für 11.a bis 11.d gilt: 1 sehr gut - 10 sehr schlecht
12. a	Brauchen sie Hilfe beim Aufstehen von einem Sessel durch eine zweite Person?
12. b	Brauchen sie Hilfe beim Stiegensteigen durch eine zweite Person?
12. c	Brauchen sie Hilfe beim Aufheben von Gegenständen vom Boden?
12. d	Brauchen sie Hilfe beim Greifen von Gegenständen?
12. e	Verwenden sie Hilfsmittel wie Gehhilfe, Krücke, Rollator oder Beinprothese?
12. f	Haben sie künstliche Gelenke?
12. g	Verwenden sie eine Sehhilfe (z.B.: Brille, Lupe etc.)?
12. h	Verwenden sie einen Hörapparat?
12. i	Verwenden sie eine Zahnprothese?
	Für 12.a bis 12.i gilt: 0 nein 1 ja

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
12. j	Verwenden sie andere nicht genannte Behelfe? offene Frage
12. k	Sind sie zufrieden mit ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit? 1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 teilweise zufrieden 4 wenig zufrieden 5 überhaupt nicht zufrieden
13. a	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrer Tochter?
13. b	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrem Sohn?
13. c	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrem Enkel?
13. d	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrer Enkelin?
13. e	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrem Cousin?
13. f	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrer Cousine?
13. g	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit einem Bekannten?
13. h	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit einer Bekannten?
13. i	Haben sie keine Treffen mit den genannten Personen?
13. j	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrem Bruder?
13. k	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrer Schwester?
13. l	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrem Nachbar?
13. m	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrer Nachbarin?
13. n	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrer Schwiegertochter?
13. o	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrem Schwiegersohn?
13. p	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrem Schwager?
13. q	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit ihrer Schwägerin?
13. r	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit einer entfernten Verwandten?
13. s	Treffen sie sich in ihrer Freizeit mit einem entfernten Verwandten?
	Für 13.a bis 13. s gilt: 0 nein 1 ja
13. t	Sind sie zufrieden mit ihren sozialen Kontakten? 0 ich habe keine Kontakte 1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 ziemlich zufrieden 4 wenig zufrieden 5 überhaupt nicht zufrieden

- | Variablenname | Variablenlabel (mit Codierung) |
|----------------------|--|
| 14. a | Wie oft treffen Sie sich mit Verwandten?
1 täglich
2 Mehr als 1 x in der Woche
3 Wöchentlich
4 Zwei wöchentlich
5 Drei wöchentlich
6 1x im Monat
7 Vierteljährlich
8 Halbjährlich
9 jährlich |
| 14. b | Wie oft treffen sie sich mit weiblichen oder männlichen Bekannten?
1 täglich
2 Mehr als 1 x in der Woche
3 Wöchentlich
4 Zwei mal wöchentlich
5 Drei mal wöchentlich
6 1x im Monat
7 Vierteljährlich
8 Halbjährlich
9 jährlich |
| 14.c | Treffen mit Nachbarn oder Nachbarinnen?
1 täglich
2 Mehr als 1 x in der Woche
3 Wöchentlich
4 Zwei wöchentlich
5 Drei wöchentlich
6 1x im Monat
7 Vierteljährlich
8 Halbjährlich
9 jährlich |
| 14. d | Nennen sie Namen ihrer Nachbarinnen und Nachbarn!
offene Frage |
| 15. a | Fühlen sie sich in der Rolle eines Mann oder einer Frau im täglichen Leben? |
| 15. b | Fühlen sie sich jünger als sie sind? |
| 15. c | Fühlen sie sich attraktiv? |
| 15. d | Tragen sie gerne neue Kleidungsstücke? |
| 15.e | Tragen sie gerne Schmuck? |
| 15.f | Bevorzugen sie eine Lieblingsfarbe bei Kleidungsstücken?
Für 15.a bis 15.f gilt:
0 nein
1 ja |

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
15. g	Spielt Sexualität in ihrem Leben eine Rolle? 0 nein 1 ja 2 ich würde mir mehr Sexualität in der Beziehung wünschen
15. h	Fühlen sie sich wohl in ihrer Partnerschaft? 0 nein 1 ja 98 habe keine Partnerschaft
15. i	Warum fühlen sie sich wohl in der Partnerschaft? 1 gegenseitige Hilfe 2 Verständnis 3 Sexualität 4 Liebe 5 Hilflosigkeit ohne Partner 98 habe keinen Partner
15. j	Warum fühlen sie sich nicht wohl in der Partnerschaft? 1 kranker Partner 2 Partnerschaftsprobleme 3 ständiger Streit 4 geizige PartnerIn 98 habe keinen Partner
15. k	Wie viele Jahre fühlen sie sich jünger als sie sind? 0 fühle mich nicht jünger Zahl pro Lebensjahr
15. l	Welche Lieblingsfarbe bevorzugen sie beim Kauf von neuen Kleidungsstücken? 0 keine Lieblingsfarbe 1 blau 2 lila 3 grün 4 braun 5 beige 6 schwarz 7 weiß 8 grau 9 rot 10 gelb
15. m	Welche Eigenschaft zeichnet sie in ihrer Rolle als Mann aus? offene Frage
15. n	Welche Eigenschaft zeichnet sie in ihrer Rolle als Frau aus? offene Frage

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
15.o	Sind sie zufrieden mit ihrem Wohnort (Privathaushalt, Altersheim, Pflegeheim)? 0 nein 1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 teilweise zufrieden 4 wenig zufrieden 5 überhaupt nicht zufrieden
15.p	Sind sie zufrieden mit ihrem Haushaltseinkommen? 0 kein Einkommen 1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 teilweise zufrieden 4 wenig zufrieden 5 überhaupt nicht zufrieden
15.q	Machen sie sich Sorgen um die Zukunft? 1 sehr große Sorge 2 große Sorge 3 teilweise Sorge 4 wenig Sorge 5 überhaupt keine Sorge. 6 ich denke nicht an die Zukunft
16. a	Wie viel Zeit verbringen sie mit Fernsehen?
16. b	Wie viel Zeit verbringen sie mit Radio hören?
16. c	Wie viel Zeit verbringen sie mit spazieren gehen?
16. d	Wie viel Zeit verbringen sie mit Karten spielen?
16. e	Wie viel Zeit verbringen sie mit Kreuzworträtsel auflösen?
16. f	Wie viel Zeit verbringen sie mit Gymnastik oder anderem Sport?
16. g	Wie viel Zeit verbringen sie mit arbeiten am Computer?
16. h	Wie viel Zeit verbringen sie mit Zeitung lesen?
16. i	Wie viel Zeit verbringen sie im Pensionistenclub?
16. j	Wie viel Zeit verbringen sie mit der Ausübung eines Hobbies?
16. k	Wie viel Zeit verbringen sie mit telefonieren?
16. l	Wie viel Zeit verbringen sie mit Buch lesen?
16. m	Wie viel Zeit verbringen sie mit reisen?

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
16. n	<p>Wie viel Zeit verbringen sie mit sonstigen Aktivitäten?</p> <p>Für 16.a bis 16.n gilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 täglich 1 Stunde und auch mehr 2 täglich weniger als 1 Stunde 3 jeden 2. Tag 4 mehrmals wöchentlich 5 mehrmals im Monat 6 mehrmals im Jahr 7 selten 8 nie
16. o	<p>Wenn sie mehr als 2 Stunden fernsehen, wie viele Stunden sind das dann?</p> <p>Anzahl der Stunden</p>
16. p	<p>Welches Lieblingshobby haben sie? (Nur eine Nennung möglich.)</p> <p>offene Frage</p>
16. q	<p>Welche sonstige Aktivitäten üben sie aus?</p> <p>offene Frage</p>
16. r	<p>Sind sie zufrieden mit ihren Freizeitaktivitäten?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 sehr zufrieden 2 zufrieden 3 teilweise zufrieden 4 wenig zufrieden 5 überhaupt nicht zufrieden 6 nein
17	<p>Wie viele Stunden am Tag ruhen sie sich durchschnittlich aus?</p> <ul style="list-style-type: none"> 0 ruhe mich nicht aus 1 weniger als 1 Stunde 2 1-2 Stunden 3 mehr als 2 Stunden 4 mehr als 3 Stunden
18.a	<p>Fühlen sie sich derzeit glücklich oder unglücklich?</p> <p>Wert 1 (unglücklich) – 10 (glücklich)</p>
18. b	<p>Warum fühlen sie sich glücklich?</p> <ul style="list-style-type: none"> 1 Lebensfreude 2 Liebe zu Partner oder Familie 3 erreichte Ziele 4 Aktivität 5 Kreativität 6 bin wieder gesund 7 entdecke Neues

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
18. c	Warum fühlen sie sich unglücklich? 1 wenig Lebensfreude 2 unerreichte Ziele 3 kranker Partner 4 plötzliche, schwere Krankheit (z.b. Krebs) 5 Verlusterfahrung 6 Depression 7 Hilflosigkeit 8 Traurigkeit 9 Konflikt Partner 10 Konflikt Familie
18. d	An wie vielen Tagen hatten sie Glücksgefühle im letzten Monat? 0 ich hatte keine Glücksgefühle 1 Anzahl pro Tage
19	Übt jemand Gewalt auf sie aus? 0 niemand 1 Ehepartner 2 Ehepartnerin 3 Sohn 4 Tochter 5 Enkel 6 Enkelin 7 Cousin 8 Cousine 9 betreuende weibliche Person im Privathaushalt 10 betreuende männliche Person im Privathaushalt 11 Bekannter 12 Bekannte 13 Bruder 14 Schwester 15 Nachbar 16 Nachbarin 17 Schwiegertochter 18 Schwiegersohn 19 Cousin 20 betreuende männliche Person im Altersheim (Pflegeinstitution) 21 betreuende weibliche Person im Altersheim 22 entfernte Verwandte 23 entfernter Verwandter
20. a	Übt niemand Gewalt auf sie aus?
20. b	Erfahren sie Gewalt durch Schreien?
20. c	Erfahren sie Gewalt durch Schlagen?
20. d	Erfahren sie Gewalt durch Erschrecken?

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
20. e	Erfahren sie Gewalt durch nicht sprechen?
20. f	Erfahren sie Gewalt durch beleidigen?
20. g	Erfahren sie Gewalt durch finanzielle Unterdrückung?
20. h	Erfahren sie Gewalt durch beherrschen?
20. i	Erfahren sie Gewalt, da der Partner oder die Partnerin immer im Recht sein will.
	Für 20.a bis 20.i gilt:
	0 nein
	1 ja
20. j	Andere nicht genannte Gewalt?
	offene Frage
20. k	Sind sie zufrieden mit ihrem Leben trotz häuslicher Gewalt?
	1 sehr zufrieden
	2 zufrieden
	3 teilweise zufrieden
	4 wenig zufrieden
	5 überhaupt nicht zufrieden
	6 ich erfahre keine Gewalt
21	Geschlecht
	1 männlich
	0 weiblich
22	ungefähre Körpergröße in cm
23	ungefähres Körpergewicht in Kilogramm
24	Familienstand
	1 verheiratet
	2 ledig
	3 geschieden
	4 verwitwet
	5 in Partnerschaft lebend
	6 verwitwet und allein lebend
	7 verwitwet und in Partnerschaft lebend
25.a	Höchst abgeschlossener Bildungsabschluss
	1 Pflichtschule
	2 Pflichtschule mit Lehre
	3 Berufsbildende Schule ohne Matura
	4 AHS/BHS
	5 Hochschulabschluss
	6 Kein Schulabschluss

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
25. b	Welchen Beruf übten sie zuletzt aktiv aus? 1 Angestellte 2 Arbeiter 3 Selbständig Tätige 4 Leitende Angestellte 5 im Haushalt tätig 6 Hilfsarbeiter 7 Lehrer 8 Gemeindebediensteter 9 ÖBB Bediensteter 10 Bundesheerbediensteter
26. a	Wie sind ihre Wohnverhältnisse? 1 Mietwohnung 2 Gemeindewohnung 3 Eigentumswohnung 4 Genossenschaftswohnung 5 Wohnhaus 6 Altersheim 7 Pflegeheim 8 andere Institution
26. b	Wie viele Personen leben im Haushalt? 1 pro Person
26. c	In welchem Bezirk leben sie?
26. d	Wie viele Quadratmeter beträgt ihre Wohnfläche?
27. a	Gesamtanzahl der Verwandten?
27. b	Wie viele Töchter haben sie?
27. c	Wie viele Söhne haben sie?
27. d	Wie viele Schwiegertöchter haben sie?
27. e	Wie viele Schwiegersöhne haben sie?
27. f	Wie viele Enkel haben sie?
27. g	Wie viele Enkelinnen haben sie?
27. h	Wie viele Cousins haben sie?
27. i	Wie viele Cousinen haben sie?
27. j	Wie viele Urenkel haben sie?
27. k	Wie viele Urenkelinnen haben sie?
27. l	Wie viele Schwestern haben sie?
27. m	Wie viele Brüder haben sie?
27. n	Wie viele Schwager haben sie?
27. o	Wie viele Schwägerinnen haben sie? Für 27.b bis 27.o gilt: 0 keine 1 pro Person
28.a	Haben sie ein Einkommen ?

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
28.b	Haben sie eine eigene Pension?
28.c	Beziehen sie ein Gehalt?
28.d	Beziehen sie ein Pflegegeld?
28.e	Beziehen sie sonstige Unterstützung?
28.f	Besitzen sie Sparbücher?
28.g	Besitzen sie Wertpapiere?
28.h	Haben sie Sonstiges Vermögen?
28.i	Erhalten sie Pension nach dem Ehepartner oder der Ehepartnerin?

Für 28.a bis 28. i gilt:

0 nein

1 ja

29 Wenn Sie ein Pflegegeld bekommen, welche Stufe?

0 kein Pflegegeld

1 Stufe 1 154,20€

2 Stufe 2 284,30€

3 Stufe 3 442,90€

4 Stufe 4 664,30€

5 mehr als Stufe 4

30 Die Höhe ihres persönlichen Einkommens

0 kein persönliches Einkommen

1 unter 250€

2 250€ bis unter 500€

3 500€ bis unter 750€

4 750€ bis unter 1000€

5 1000€ bis unter 1250€

6 1250€ bis unter 1500€

7 1500€ bis unter 1750€

8 1750€ bis unter 2000€

9 2000€ bis unter 2250€

10 2250€ bis unter 2500€

11 2500€ bis unter 2750€

12 2750€ bis unter 3000€

13 3000€ bis unter 3250€

14 3250€ bis unter 3500€

15 3500€ bis unter 3750€

16 3750€ bis unter 4000€

17 4000€ bis unter 4250€

18 4250€ bis unter 4500€

19 4500€ bis unter 4750€

20 4750€ bis unter 5000€

21 5000€ bis unter 5250€

22 5250€ bis unter 5500€

23 über 5500€

Variablenname	Variablenlabel (mit Codierung)
31	Die Höhe ihres Haushaltseinkommens? 0 kein persönliches Einkommen 1 unter 250€ 2 250€ bis unter 500€ 3 500€ bis unter 750€ 4 750€ bis unter 1000€ 5 1000€ bis unter 1250€ 6 1250€ bis unter 1500€ 7 1500€ bis unter 1750€ 8 1750€ bis unter 2000€ 9 2000€ bis unter 2250€ 10 2250€ bis unter 2500€ 11 2500€ bis unter 2750€ 12 2750€ bis unter 3000€ 13 3000€ bis unter 3250€ 14 3250€ bis unter 3500€ 15 3500€ bis unter 3750€ 16 3750€ bis unter 4000€ 17 4000€ bis unter 4250€ 18 4250€ bis unter 4500€ 19 4500€ bis unter 4750€ 20 4750€ bis unter 5000€ 21 5000€ bis unter 5250€ 22 5250€ bis unter 5500€ 23 über 5500€
32	Die Höhe ihrer Wertpapiere oder Sparbücher? 0 kein Vermögen 1 unter 10.000€ 2 von 10.000€ bis 20.000€ 3 20.001€ bis 30.000€ 4 30.001€ bis 40.000€ 5 40.001€ bis 50.000€ 6 mehr als 50.000€
33	Wie hoch ist ihr Lebensalter?

17. Variablenliste eigener Datensatz

(Vergleich mit Base- und Share Studie)

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
ID	Laufnummer		
1a	Sind sie derzeit zufrieden oder nicht zufrieden?	AC012	z1e12x1rT49
1b	Warum fühlen sie sich zufrieden?		
1c	Warum fühlen sie sich unzufrieden?		
2a	Wer geht einkaufen?	SP004	z4348x1r/2x
2b	Wer bereitet das Essen vor?	SP004	z4348x1r/2x
2c	Wer macht den Abwasch?	SP004	z4348x1r/2x
2d	Wer macht kleine Reparaturen?	SP004	z4348x1r/2x
2e	Wer räumt die Wohnung auf?	SP004	z4348x1r/2x
2f	Wer wäscht die Wäsche?	SP004	z4348x1r/2x
2g	Wer bügelt?	SP004	z4348x1r/2x
2h	Wer überzieht die Betten?	SP004	z4348x1r/2x
2i	Wer wäscht die Vorhänge?	SP004	z4348x1r/2x
2j	Sind sie zufrieden mit der Selbständigkeit bei der Hausarbeit?		z4e48x1r
3	Wie viele Stunden machen sie täglich Hausarbeit?		
4	Wie viele Stunden macht ihr Partner täglich Hausarbeiten?		
5a	Brauchen sie Hilfe beim Waschen und Duschen?	PH049	
5b	Brauchen sie Hilfe beim Anziehen?	PH049	
5c	Brauchen sie Hilfe beim Essen?	PH049	
5d	Wird die Hauptmahlzeit nach Hause geliefert oder nicht selbst zubereitet?	HC036	
5e	Brauchen sie Hilfe beim Arztbesuch?	HC036	
5f	Brauchen sie Hilfe beim Spaziergang?	HC036	
5g	Brauchen sie Hilfe bei Behördenwegen?	HC036	
5h	Brauchen sie Hilfe bei Einkäufen?	HC036	
5i	Kommt eine Hilfe ins Haus?	HC036	
5j	Für welche Tätigkeit brauchen sie Hilfe?	HC036	
5k	Gehen sie selbständig zur Kosmetik?		
5l	Gehen sie selbständig zum Friseur?		
5m	Gehen sie selbständig zur Fußpflege?		

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
5n	Fahren sie selbständig mit öffentlichen Verkehrsmitteln?		
5o	Fahren sie selbständig mit dem eigenen Auto?		
5p	Sind sie zufrieden mit der Selbständigkeit in der Körperpflege?		
5qu	Sind sie zufrieden mit der erhaltenen Pflege?		
6a	Wie oft besuchen sie die Kirche oder einen anderen heiligen Ort? (z.b.Friedhof?)		
6b	Wie oft beten oder meditieren sie?	EX029	
7a	Verlassen sie das Haus täglich?		
7b	Verlassen sie das Haus nicht täglich?		
8a	Fühlen sie sich derzeit einsam oder nicht einsam?	AC031	z1e54
8b	Warum fühlen sie sich einsam?		
8c	Warum fühlen sie sich nicht einsam?		
9a	Haben sie keine Krankheit?	PH006	
9b	Ein Arzt diagnostizierte eine Herzerkrankung?	PH006	
9c	Ein Arzt diagnostizierte Bluthochdruck?	PH006	
9d	Ein Arzt diagnostizierte hohen Cholesterinspiegel?	PH006	
9e	Ein Arzt diagnostizierte einen Schlaganfall?	PH006	
9f	Ein Arzt diagnostizierte eine Lungenkrankheit?	PH006	
9g	Ein Arzt diagnostizierte eine Asthmaerkrankung?	PH006	
9h	Ein Arzt diagnostizierte Osteoporose?	PH006	
9i	Ein Arzt diagnostizierte eine Krebserkrankung?	PH008	
9j	Ein Arzt diagnostizierte Knochenbrüche?	PH006	
9k	Ein Arzt diagnostizierte eine Zuckerkrankheit?	PH006	
9l	Ein Arzt diagnostizierte eine Magenerkrankung?	PH006	
9m	Ein Arzt diagnostizierte Traurigkeit (Depressionen)?	MH001	
9n	Ein Arzt diagnostizierte Vergesslichkeit (Demenzerkrankung)?	PH055	
9o	Ein Arzt diagnostizierte Schwindelanfälle?		
9p	Ein Arzt diagnostizierte eine Prostataerkrankung?	PH006	

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
9qu	Bekamen sie eine neue Hüfte, ein neues Knie oder andere künstliche Gelenke?		
9r	Ein Arzt diagnostizierte eine Unterleibserkrankung?	PH006	
9s	Ein Arzt diagnostizierte Probleme beim Harnlassen?	PH006	
9t	Ein Arzt diagnostizierte Probleme beim Stuhlgang?	PH006	
9u	Haben sie eine Krankheit, die nicht erwähnt wurde?	PH006	
9v	Ein Arzt diagnostizierte Angstzustände?		
10a	Wie viele Medikamente nehmen sie täglich?	PH011	
10b	Lassen sie Medikamente selbständig weg, die sie nehmen müssten?		
10c	Waren sie im letzten Quartal beim Facharzt?	HC004	
10d	Waren sie im letzten Halbjahr länger als 3 Tage im Spital?	HC014	
10e	Wie empfinden sie subjektiv ihren Gesundheitszustand?	P	
10f	Haben sie sich mit ihren Krankheiten abgefunden?		
10g	Sind sie zufrieden trotz ihrer Krankheiten?		
11a	Wie geht es mit dem Hören?		
11b	Wie geht es mit dem Sehen?		
11c	Wie geht es mit dem Riechen?		
11d	Wie geht es mit dem Schmecken?		
12a	Brauchen sie Hilfe durch eine 2.Person beim Aufstehen von einem Sessel?	PH048	
12b	Brauchen sie Hilfe durch eine 2.Person beim Stiegen steigen?	PH048	
12c	Brauchen sie Hilfsmittel beim Gegenstände vom Boden aufheben?	PH059	
12d	Brauchen sie Hilfsmittel beim Greifen von Gegenständen?	PH059	
12e	Verwenden sie Hilfsmittel wie Gehhilfe, Krücken, Rollator oder Beinprothese?	PH059	
12f	Haben sie künstliche Gelenke?	PH059	
12g	Verwenden sie eine Sehhilfe (Brille, Lupe, etc.)?	PH041	
12h	Verwenden sie einen Hörapparat?	PH046	

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
12i	Verwenden sie eine Zahnprothese (3. Zähne)?	PH024	
12j	Verwenden sie andere nicht genannte Behelfe?		
12k	Sind sie zufrieden mit ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit?		
13a	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrer Tochter?		
13b	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrem Sohn?		
13c	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrem Enkel?		
13d	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrer Enkelin?		
13e	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrem Cousin?		
13f	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrer Cousine?		
13g	Treffen sie sich in der Freizeit mit einem Bekannten?		
13h	Treffen sie sich in der Freizeit mit einer Bekannten?		
13i	Haben sie keine Treffen mit den vorgenannten Personen?		
13j	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrem Bruder?		
13k	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrer Schwester?		
13l	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrem Nachbar?		
13m	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrer Nachbarin?		
13n	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrer Schwiegertochter?		
13o	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrem Schwiegersohn?		
13p	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrem Schwager?		
13q	Treffen sie sich in der Freizeit mit ihrer Schwägerin?		
13r	Treffen sie sich in der Freizeit mit einer entfernten Verwandten?		

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
13s	Treffen sie sich in der Freizeit mit einem entfernten Verwandten?		
13t	Sind sie zufrieden mit sozialen Kontakten?		z4e94bx1
14a	Wie oft treffen sie sich mit Verwandten?		
14b	Wie oft treffen sie sich mit weiblichen oder männlichen Bekannten?		
14c	Wie oft treffen sie sich mit Nachbarn oder Nachbarinnen?		
14d	Wie viele Namen ihrer Nachbarn oder Nachbarinnen können sie nennen?		
15a	Fühlen sie sich (in der Rolle) als Mann oder Frau im täglichen Leben?		
15b	Fühlen sie sich jünger als sie sind?		
15c	Fühlen sie sich attraktiv?		
15d	Tragen sie gerne neue Kleidungsstücke?		
15e	Tragen sie gerne Schmuck?		
15f	Bevorzugen sie eine Lieblingsfarbe bei Kleidungsstücken?		
15g	Spielt Sexualität in ihrem Leben eine Rolle?		
15h	Fühlen sie sich wohl in ihrer Partnerschaft?		
15i	Warum fühlen sie sich wohl in ihrer Partnerschaft?		
15j	Warum fühlen sie sich nicht wohl in ihrer Partnerschaft?		
15k	Wie viele Jahre fühlen sie sich jünger als sie sind?		
15l	Welche Lieblingsfarbe beim Kauf von neuen Kleidungsstücken?		
15m	Welche Eigenschaft zeichnet sie in ihrer Rolle als Mann aus?		
15n	Welche Eigenschaft zeichnet sie in ihrer Rolle als Frau aus?		
15o	Sind sie zufrieden mit ihrem Wohnort?		
15p	Sind sie zufrieden mit ihrem Haushaltseinkommen?		
15qu	Machen sie sich Sorgen um die Zukunft?	MH003	
16a	Wie viel Zeit verbringen sie mit fernsehen?	AC003	
16b	Wie viel Zeit verbringen sie mit Radio hören?	BR016	
16c	Wie viel Zeit verbringen sie mit dem Spazieren gehen?	BR016	

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
16d	Wie viel Zeit verbringen sie mit Karten spielen?		
16e	Wie viel Zeit verbringen sie mit Kreuzworträtsel auflösen?		
16f	Wie viel Zeit verbringen sie mit Gymnastik oder anderen Sport?		
16g	Wie viel Zeit verbringen sie mit arbeiten am Computer?		
16h	Wie viel Zeit verbringen sie mit Zeitung lesen?		
16i	Wie viel Zeit verbringen sie im Pensionistenclub?		
16j	Wie viel Zeit verbringen sie mit der Ausübung eines Hobbys?		
16k	Wie viel Zeit verbringen sie mit dem Telefonieren?		
16l	Wie viel Zeit verbringen sie mit Buch lesen?		
16m	Wie viel Zeit verbringen sie mit dem Reisen?		
16n	Wie viel Zeit verbringen sie mit sonstigen Aktivitäten?	AC003	
16o	Wenn sie mehr als 2 Stunden fernsehen, wie viele Stunden ?		
16p	Welche Hobbys haben sie?		
16qu	Welche sonstigen Aktivitäten üben sie aus?		
16r	Sind sie zufrieden mit ihren Freizeitaktivitäten?	AC002	
17	Wie viele Stunden am Tag ruhen sie sich aus?		
18a	Fühlen sie sich derzeit unglücklich oder glücklich?	AC030	z1e41
18b	Warum fühlen sie sich glücklich?		
18c	Warum fühlen sie sich unglücklich?		
18d	An wie vielen Tagen hatten sie Glücksgefühle im letzten Monat?		
19	Übt jemand Gewalt aus? Wer?		
20	Welche Form der Gewalt wird gegen sie ausgeübt?		
20a	Niemand übt Gewalt aus?		
20b	Gewalt durch Schreien?		
20c	Gewalt durch Schlagen?		
20d	Gewalt durch Erschrecken?		
20e	Gewalt durch nicht sprechen?		

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
20f	Gewalt durch Beleidigen?		
20g	Gewalt durch finanzielle Unterdrückung?		
20h	Gewalt durch Beherrschen?		
20i	Gewalt durch Rechthaben wollen des Partners?		
20j	Andere nicht genannte Gewalt?		
21	Welches Geschlecht sind sie?	DN042	z1esex
22	Welche Körpergröße haben sie in cm?	PH013	
23	Welches Körpergewicht haben sie in Kilogramm?	PH012	
24	Welchen Familienstand haben sie?	DN014	z1e3
25a	Nennen sie ihren höchst abgeschlossenen Bildungsabschluss?	DN010	z1010
25b	Welchen Beruf übten sie zuletzt aktiv aus?		
26a	Wie sind ihre Wohnverhältnisse?		z1e8
26b	Wie viele Personen leben im Haushalt?		z1e6
26c	In welchem Bezirk leben sie?		
26d	Wie viele m² beträgt ihre Wohnfläche?		z1e74
27a	Die Gesamtanzahl ihrer Verwandten?		
27b	Wie viele Töchter?		z1e5
27c	Wie viele Söhne?		z1e5
27d	Wie viele Schwiegertöchter?		
27e	Wie viele Schwiegersöhne?		
27f	Wie viele Enkel?		
27g	Wie viele Enkelinnen?		
27h	Wie viele Cousins?		
27i	Wie viele Cousinen?		
27j	Wie viele Urenkel?		
27k	Wie viele Urenkelinnen?		
27l	Wie viele Schwestern?	DN037	
27m	Wie viele Brüder?	DN036	
27n	Wie viele Schwäger?		
27o	Wie viele Schwägerinnen?		
28a	Haben sie ein Einkommen?		
28b	Haben sie eine eigene Pension?		
28c	Beziehen sie ein Gehalt?		
28d	Beziehen sie Pflegegeld?		
28e	Haben sie eine sonstige Unterstützung?		
28f	Besitzen sie Sparbücher?		
28g	Besitzen sie Wertpapiere?		

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
28h	Haben sie ein sonstiges Vermögen?		
28i	Beziehen sie eine Pension nach dem Ehepartner oder Ehepartnerin?		
29	Welche Pflegegeldstufe beziehen sie?		
30	Welches persönliche Einkommen beziehen sie?		z1e81x1
31	Welches Haushaltseinkommen beziehen sie?	HH017E	z1e81x2
32	Wie hoch ist ihr Vermögen in Vermögen und Sparbüchern?		
33	Wie alt sind sie?	DN003	K1zage
	Bodymaßindex		
	Pflegeinstitution 0 = zu Hause 1 = Altersheim 2 = keine Pflegehilfe 3 = Pflegeheim	CV178	
Dummy	allein lebend	AC031	
	Einsam 0 = einsam 1 = nicht einsam		
	Glücklich 0 = glücklich 1 = nicht glücklich	AC030	
	Altersheim		
	Auto_dicho 0 = nein 1 = ja		
	aktiv_dicho 0 = bis 6 Aktivitäten, 1 = 7 oder mehr Aktivitäten		
	Behelfe_dicho 0 = unter 4 Behelfe 1 = 4 oder mehr Behelfe		
	Bekannte_dicho 0 = Treffen mindestens wöchentlich 1 = Treffen seltener als wöchentlich		
	Gebrechen 0 = unter 5 Gebrechen 1 = 5 oder mehr Gebrechen		
	Gewalt_dicho 0 = keine Gewalttätigkeiten 1 = Gewalttätigkeiten		
	Familienstand_dicho		
	Hilfe_dicho		

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
	Krankheiten dich 0 = unter 5 Krankheiten 1 = 5 oder mehr Krankheiten		
	Nachbarn_dicho 0 = Treffen mindestens wöchentlich 1 = Treffen seltener als wöchentlich		
	Partner_dicho		
	privat_dicho		
	Pflegegeld_dicho 0 = kein Pflegegeld 1 = Pflegegeld		
	Pflege zH_dicho		
	zu Hause_dicho		
	Pflegeheim_dicho		
	Pfngeld_dicho		
	PflInst2		
	Tochter_dicho		
	Sohn_dicho		
	Verwitwet 0 = nicht verwitwet 1 = verwitwet		
	Pflege_dicho		
	Wohnen 0 = privat 1 = Heim		
	zufrieden 0 = zufrieden 1 = nicht zufrieden		
Tricho	Altersgruppen tricho 0 = 75-79 Jahre 1 = 80-84 Jahre 2 = 85 Jahre und älter		
	Bildung tricho		
	HausEink_tricho		
	Subges_tricho 1 = guter Gesundheitszustand 2 = zufriedenstellender Gesundheitszustand 3 = schlechter Gesundheitszustand		
	Verw_dicho 0 Treffen mindestens wöchentlich 1 Treffen seltener als wöchentlich		
	Wohnen		

	Variablenliste eigener Datensatz:	Share	Base
Var-name	Variablenlabel		
Index	Behelfe - Anzahl der Behelfe (12e bis 12j)		
	Gebrechen - Anzahl der Gebrechen (12a bis 12d)		
	Gewalt - Anzahl der Gewalttätigkeiten (20b bis 20i)		
	Hilfeleistung - Anzahl der Hilfeleistungen (5a bis 5h)		
	Krankheiten - Anzahl der Krankheiten (9b bis 9v)		
	Aktivitäten - Anzahl der Aktivitäten (16a bis 16qu)		

18. Sozialstruktur der Hochbetagten im eigenen Datensatz

Lfd.	Name	Alter	Einkommen	Familienst.	Ehem.Beruf	Gesch.	wohnen	Bzk.
1	Gisela	85	2540	Partner/2P.	Arbeiterin	W	Privat	2
2	Rupert	77	2540	Partner/2P.	Angestellter	M.	Privat	2
3	Erna	83	2307	verh/2P.	Arbeiterin	W	Privat	20
4	Hans	87	2307	verh/2P.	Arbeiter	M	Privat	20
5	Aloisia	85	5084	verh/2P.	Gemeindebed.	M	Privat	18
6	Franz	82	5084	verh/2P.	Leit. Ang.	M	Privat	18
7	Uschi	91	3280	verw/1P.	Angestellte	W	Heim	19
8	Helli	79	1170	gesch/1P.	Angestellte	W	Privat	19
9	Vani	89	2800	verh/2P.	Angestellte	W	Privat	7
10	Erich 1	92	2800	verh/2P.	Selbständig	M	Privat	7
11	Jan	80	2740	Partner/2P.	Selbständig	M	Privat	1
12	Erich 2	78	1780	verw/1P.	Bundesheer	M	Privat	20
13	Resi	88	1460	verw/1P.	Angestellte	W	Heim	11
14	Rudi	90	2370	verh/2P.	Selbständig	M	Privat	14
15	Rudolfine	91	2370	verh/2P.	Haushalt	W	Privat	14
16	Brigitta	90	2070	verw./1P.	Angestellte	W	Heim	2
17	Silvia	87	1200	verw/1P.	Haushalt	W	Heim	22
18	Elfriede 1	87	970	gesch/1P.	Angestellte	W	Privat	20
19	Margit	92	1600	gesch/1P.	Angestellte	W	Privat	16
20	Justine	89	1490	verw/1P.	Arbeiterin	W	Privat	20
21	Maria	86	1700	verw/1P.	Haushalt	W	Privat	3
22	Henny	88	1393	verw/1P.	Arbeiterin	W	Heim	20
23	Thea	86	2850	verw/1P.	Angestellte	W	Privat	18
24	Ilse	76	1470	ledig/1P.	Leit. Ang.	W	Privat	19
25	Jenny	80	1120	verw/1P.	Haushalt	W	Privat	5
26	Franz	83	2300	verw/1P.	Angestellter	M	Privat	23
27	Max	85	4200	verw/1P.	Leit. Ang.	M	Privat	15
28	Wilhelmine	89	1490	verw/1P.	Arbeiterin	W	Heim	20
29	Otto	78	1680	verh/2P.	Selbständig	M	Privat	11
30	Peci	84	2550	verh/2P.	Selbständig	M	Privat	9
31	Anni	85	1280	Gesch/1P..	Angestellte	W	Privat	21
32	Elfriede 2	81	1900	Ledig /1.P.	Angestellte	W	Privat	19.
33	Mathilde	79	900	Gesch/1.P.	Haushalt	W.	Privat	17.
34	Felix	84	2600	verh/2P.	Gemeindebed.	W	Privat	20.
35	Anna	85	1540	verw/1P.	Arbeiter	W	Privat	19.
36	Leopoldine	86	1730	Verw./1P.	Gemeindebed.	W	Heim	2.
37	Edi	87	2400	Verw./1P..	ÖBB- Bed.	M	Privat	3.
38	Luise	85	4100	Verh./2P.	Gemeindebed.	W	Privat	20.
39	Margarete	89	1240	Verw./1P.	Angestellte	W	Privat	20.
40	Karoline	78	1410	Verw./1P.	Hilfsarbeiterin	W	Privat	16.
41	Antonia	75	780	gesch/1P.	Selbständig	W	Privat	7.

Lfd.	Name	Alter	Einkommen	Familienst.	Ehem.Beruf	Gesch.	wohnen	Bzk.
42	Bianca	77	1300	Verw./1P.	Arbeiterin	W	Privat	21.
43	Sonja	82	2500	Verw/1P.	Haushalt	W	Privat	18.
44	Ludmilla	83	1170	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	17.
45	Franzerl	84	1500	Verw./1P.	Angestellter	M	Privat	13.
46	Wanda	82	1400	Verw./1P.	Haushalt	W	Privat	22.
47	Bertl	77	1850	Verh./2P.	Arbeiter	M	Privat	9.
48	Ulli	78	1940	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	20
49	Phillip	83	3610	Verh./2P.	Selbständig	M	Privat	20
50	Elisabeth	78	3610	Verh./2P.	Selbständig	W	Privat	20.
51	Herbert1	76	2450	Verh./2P.	Angestellter	M	Privat	22.
52	Martha	89	2260	ledig/1P.	Lehrerin	W	Privat	3.
53	Helene1	87	2860	ledi/g1P.	Lehrerin	W	Privat	18.
54	Gitta	76	1600	verh/2P.	Arbeiterin	W	Privat	3.
55	Sepp	83	2430	Verh./2P.	Arbeiter	M	Privat	4.
56	Rosa	80	1680	verw/1P.	Gemeindbed.	W	Privat	2.
57	Wilhelm1	77	1720	verw/1P.	Angestellter	M	Privat	10.
58	Berta	84	1360	verw/1P.	Angestellte	W	Heim	2.
59	Hans	89	2100	verh/2P.	Selbständig	M	Privat	6.
60	Emma	82	1200	verw/1P.	Haushalt	W	Privat	3.
61	Leopold	80	3500	verh/2P.	ÖBB- Bed.	M	Privat	10.
62	Johannes	83	4800	Verw./2P.	ÖBB- Bed.	M	Privat	13.
63	Alfred	89	3470	Verh/2P.	Arbeiter	M	Privat	19.
64	K. Wolfgang	92	2285	Verw/1P.	Leit. Ang.	M	Privat	13.
65	Edda	84	5070	Verh/2P.	Leit. Ang.	W	Privat	23.
66	Gerhard	75	2970	Verw/2P.	Leit. Ang.	M	Privat	20.
67	Günter	79	5070	Verh/2P.	Leit. Ang.	M	Privat	23.
68	Purzl	82	3600	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	21.
69	Herta	85	1600	Verw/1P.	Angestellte	W	Heim	2.
70	Michael	75	2800	Verh/2P.	Gemeindebed.	M	Privat	17.
71	Ewald	76	2320	Verh/2P.	ÖBB-Bed.	M	Privat	5.
72	Hugo	84	2120	Verw/1P.	Leit. Ang.	M	Privat	19.
73	Eva	85	950	Verw/1P.	Angestellte	W	Heim	2.
74	Brigitte	83	2100	Verw/1P.	Angestellte	W	Heim	2.
75	Gerlinde	77	1420	Gesch/1P.	Gemeindebed.	W	Privat	20.
76	Ulli	82	2500	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	22.
77	Suse	78	1120	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	12.
78	Kurti	76	1250	Verh/2P.	Arbeiter	M	Privat	4.
79	Ilse	75	1560	Verw/1P.	Hilfsarbeiterin	W	Privat	11.
80	Wolfi	95	3200	Verw/2P.	Lehrer	M	Privat	18.
81	Annika	78	2100	Verh/2P.	Leit. Ang.	W	Privat	18.
82	Eva 2	79	1980	Verh/2P.	Arbeiterin	W	Privat	22.
83	Harold	81	1650	Verh/2P.	Arbeiter	M	Privat	17.
84	Emma 2	86	1900	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	2.
85	Herbert2	83	980	Verw/1P.	Arbeiter	M	Privat	13.
86	Robert	79	1202	Verw/1P.	Angestellter	M	Privat	22.

Lfd.	Name	Alter	Einkommen	Familienst.	Ehem.Beruf	Gesch.	wohnen	Bzk.
87	Vroni	78	1297	Verw/1P.	Angestellte	W	Heim	22.
88	Hubert	76	2370	Gesch/1P.	Lehrer	M	Privat	16.
89	Hermine1	81	2200	Verw/1P.	Leit. Ang.	W	Privat	19.
90	Mizzi	79	1080	Verw/1P.	Arbeiterin	W	Privat	14.
91	Klara	79	825	Verw/1P.	Arbeiterin	W	Privat	22.
92	Milla	82	1608	Verh/2P.	Hilfsarbeiterin	W	Privat	19.
93	Josefine	76	3100	Verh/2P.	Leit. Ang.	W	Privat	15.
94	Christine	80	870	Ledig/1P.	Arbeiterin	W	Privat	22.
95	Alois	85	2400	Verh/2P.	Beamter	M	Privat	21.
96	Herbert3	75	1530	Verh/2P.	Arbeiter	M	Privat	21.
97	Paul1	76	2017	Verh/2P.	Leit. Ang.	M	Privat	8.
98	Hermine2	79	1230	Verh/2P.	Angestellte	W	Privat	5.
99	Helga1	77	1197	Gesch/1P.	Angestellte	W	Privat	16.
100	Rosa	83	1480	Verw/1P.	Arbeiterin	W	Heim	20.
101	Ernestine1	89	2150	Verw/1P.	Arbeiterin	W	Heim	22.
102	Ernst	81	1760	Verw/2P.	Arbeiter	M	Privat	6.
103	Harry	81	2200	Verh/2P.	Leit. Ang.	M	Privat	18.
104	Elisabeth	86	700	Verw/1P.	Selbständig	W	Privat	5.
105	Alisa	83	920	Verw/1P.	Haushalt	W	Privat	22.
106	Jennifer	86	1650	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	17.
107	Harald	76	2257	Verh/2P.	Angestellter	M	Privat	15.
108	Martha	83	1303	Verw/1P.	Leit. Ang.	W	Heim	2.
109	Poldi	76	1600	Verh/2P.	Angestellter	M	Privat	11.
110	Nanny	91	1720	Verw/1P.	Angestellte	W	Heim	2.
111	Helene2	83	2990	Verh/2P.	Angestellte	W	Privat	4.
112	Julius	80	2990	Verh/2P.	ÖBB-Bed.	M	Privat	4.
113	Otto	75	3586	Verh/2P.	Angestellter	M	Privat	13.
114	Hopsi	77	1780	Verh/2P.	Gemeindebed.	M	Privat	7.
115	Ernestine2	89	1604	Verw/1P.	Leit. Ang.	W	Heim	2.
116	Lisi	83	2358	Verh/2P.	Leit. Ang.	W	Privat	15.
117	Fini	87	1420	Verw/1P.	Haushalt	W	Privat	10.
118	Christine2	89	2088	Verw/1P.	Angestellte	W	Heim	19.
119	Paul2	87	3003	Verh/2P.	Leit. Ang.	M	Privat	23.
120	Monika	75	1600	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	10.
121	Irene	76	1600	Verw/1P.	Angestellte	W	Privat	19.
122	Manfred	76	1580	Verh/2P.	Selbständig	M	Privat	7.
123	Hubert2	76	1508	Verh/2P.	Angestellter	M	Privat	12.
124	Konrad	78	3250	Verh/2P.	Beamter	M	Privat	10.
125	Gerd	79	2080	Verh/2P.	ÖBB-Bed.	M	Privat	4.
126	Wilhelm2	77	4000	Verh/2P.	Leit. Ang.	M	Privat	17.
127	Adolf	80	2250	Verh/2P.	Arbeiter	M	Privat	17.
128	Margareta	75	2020	Verw./1P.	Angestellte	W	Privat	2.
129	Axel	82	1120	Verw/1P.	Arbeiter	M	Privat	17.
130	Helga2	87	1800	Verw/1P.	Angestellte	W	Heim	19.

19. Sozialstruktur der Base Studie-Zeitpunkt 4

	gegenwärtige Lebenszufriedenheit		nicht emotional einsam		nicht sozial einsam		gesamt	
	n	in %	n	in %	n	in %	n	in %
Altersgruppe								
75 - 79	44	86	43	84	40	78	51	31
80 - 84	43	83	42	81	40	77	52	32
85+	48	79	42	69	44	72	61	37
	135	82	127	78	124	75	164	100
Geschlecht								
männlich	63	85	68	92	59	80	74	45
weiblich	76	84	63	70	68	76	90	55
	139	84	131	81	127	78	164	100
Familienstand								
alleinstehend	22	79	19	68	20	71	28	17
verheiratet	41	85	48	100	41	85	48	29
verwitwet	76	86	64	73	66	75	88	54
	139	85	131	80	127	77	164	100
Bildung								
Volksschule	76	86	66	75	64	73	88	56
Realschule	42	79	42	79	44	83	53	34
Abitur	14	93	15	100	12	80	15	10
	132	85	123	79	120	77	156	100
Wohnort								
Privatwohnung	117	84	111	79	105	75	140	85
Seniorenheim	13	72	13	72	13	72	18	12
Pflegewohnheim	5	83	2	33	5	83	6	3
	135	82	126	77	123	75	164	100
Haushaltseinkommen								
bis unter 1000€	28	85	22	67	24	73	33	24
1000€ bis unter 3000€	83	81	84	82	78	76	102	73
3000€ und mehr	3	75	4	100	4	100	4	3
	114	82	110	79	106	76	139	100

n=164 Es gibt fehlende Antworten bei Bildung und Haushaltseinkommen

Von 51 Personen im Alter von 75 – 79 Jahren sind 44 zufrieden (1. Zeile, 1. Spalte). Das sind 86% der Befragten (1. Zeile, 2. Spalte).

20. Sozialstruktur Share Studie: Welle 2

Eine Tabellenübersicht der Sozialstruktur wie bei Punkt 19 ist nicht möglich, da es bei Zufriedenheit, nicht einsam und Glück je eine unterschiedliche Anzahl von Befragten bzw. Antworten gibt, zusätzlich sind viele fehlende Werte vorhanden.

Nach Altersklassen ergibt sich folgende Analyse:

Von 145 Personen im Alter von 75 – 79 Jahren sind 125 Personen zufrieden. Das sind 86% der Befragten.

Von 75 Personen im Alter von 75 – 79 Jahren sind 61 Personen nicht einsam, das sind 81%.

Von 75 Personen im Alter von 75 – 79 Jahren sind 63 Personen glücklich, das sind 84%.

Von 99 Personen im Alter von 80 – 84 Jahren sind 75 Personen zufrieden, das sind 76%.

Von 47 Personen im Alter von 80 – 84 Jahren sind 40 Personen nicht einsam, das sind 85%.

Von 48 Personen im Alter von 80 – 84 Jahren sind 39 Personen glücklich, das sind 82%.

Von 60 Personen in der Altersgruppe 85+ sind 38 Personen zufrieden, das sind 63%.

Von 29 Personen in der Altersgruppe 85+ sind 23 Personen nicht einsam, das sind 79%.

Von 37 Personen in der Altersgruppe 85+ sind 29 Personen glücklich, das sind 79%.

21. Lebenslauf

Persönliches:

Name: Monika Kratzer

Adresse: 1190 Wien, Heiligenstädterstrasse 81-87/3/67

Geboren: 30.05.1951

Geburtsort: Wien

Mail: monikakratzer@hotmail.com

Ausbildung:

1969 Matura (Frauenoberschule)

Anschließend Ausbildung zum Bankkundenberater

seit 2004: Studium der Soziologie an der Universität Wien

Seit 2005: Studium der Politikwissenschaften

Oktober 2008: Abschluss des Magisterstudiums

Ab März 2009: Doktoratsstudium an der Universität Wien

Mai 2009: EAP Konferenz in London

Oktober 2010 : Share User Konferenz in Mainz

Mai 2011: Share Österreich- Konferenz in Wien

Beruflicher Werdegang:

Vom Juli 1969 bis November 2007 : Kundenbetreuerin der Bank Austria

Seit Dezember 2007: in Pension

Ab Jänner 2009: Mitarbeit im Team der Share User Österreichs

Ab Juli 2010: Mitglied der Interessengemeinschaft pflegender Angehöriger

Ab September 2011: Lesepatin in einer Wiener Volksschule