universität wien

D I P L O M A R B E I T

Titel der Diplomarbeit

Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit

Pflegerelevante Leistungsindikatoren zur Förderung und Erhaltung von positiver Lebensqualität im Alter

verfasst von

Renate Klimes

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag.[a] phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreut von: Mag.[a] Dr.[in] Berta Schrems

Danksagung

Das Studium war eine sehr interessante und bereichernde Zeit, das Verfassen der Diplomarbeit die herausforderndste.

Es ist mir ein besonderes Anliegen meinem Mann Franz für die Geduld und Unterstützung während der gesamten Zeit zu danken, sowie meinem Sohn Thomas, der mir vor allem in technischen Fragen immer zur Seite stand.

Besonderer Dank gilt meiner Freundin Lydia Gromer und weiteren Weggefährtinnen, die diese Zeit für mich, durch ihre Denkanstöße und interessanten Diskussionen so bereichert haben.

Nicht zuletzt möchte ich mich bei Frau Mag.a Dr.in Berta Schrems bedanken. Ich habe Dank ihr sehr viel gelernt. Ihre Geduld hat diese Arbeit erst ermöglicht,

Ich widme diese Diplomarbeit meiner Mutter, Elfriede Vana. Durch sie wird mir die Wichtigkeit dieser Arbeit täglich bewusst.

Renate Klimes

Zusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit stellt die Frage, ob die Lebensqualität alter Menschen durch pflegerische Interventionen gefördert werden kann. Die Zielgruppe der Untersuchung sind in Wien lebende alte, pflegebedürftige Menschen, die mit unterschiedlich hohem Betreuungsbedarf zu Hause wohnen und von professionellen Pflege- und Betreuungspersonen unterstützt werden. Ziel dieser Untersuchung ist es wissenschaftliche Grundlagen für eine lebensqualitätssteigernde ambulante Betreuung zu schaffen, um die Qualität der Betreuung mittels Leistungsindikatoren messbar zu machen. Um Erkenntnisse darüber zu gewinnen, was als positive Lebensqualität bewertet wird, wurden narrative Interviews mit Betroffenen geführt. Des Weiteren wird mittels Dokumentenanalyse der aktuell gültigen Qualitätskriterien des Dachverbands der Wiener Sozialeinrichtungen erhoben wie stark das Thema Lebensqualität zurzeit in die ambulante Pflege und Betreuung einfließt. Diese Qualitätsvorgaben werden mit den theoretischen und empirischen Erkenntnissen dieser Untersuchung verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass eine Lebensqualitätsförderung von pflegebedürftigen alten Menschen mit Einschränkungen möglich ist und mittels Leistungsindikatoren erfasst werden kann.

Abstract

The present diploma thesis aims to show that the quality of life of old people can be facilitated by nursing interventions. The target group are old people in need of care living in their own homes in Vienna with various levels of home care necessity who are supported by professional nursing staff. The purpose of this study is to provide the scientific basis for an improvement of home care with focus on a better quality of life in order to measure the quality of home care by the use of performance indicators. To provide evidence of what is judged as a positive quality of life narrative interviews werde conducted with people oft he target group .Furthermore this study assesses by means of a document analysis of the relevant quality criteria of the Association of Viennese social services to what extent the question of quality of life is currently incorporated in the ambulatory care. These quality specifications are compared to the theoretical and empirical findings of this study. The results shall demonstrate whether the quality of life of dependent old people with disabilities can be promoted and enhanced to a certain extent and can be determined by means of performance indicators.

Inhaltsverzeichnis

I) Einleitung ... 6

II) Theorie Teil ... 10

1. Lebensqualität ... 10

1.1. Begriffsdefinitionen ... 11

1.2. Konzepte zum Thema Lebensqualität ... 11

1.2.1. Psychologische Ansätze ... 15
1.2.2. Soziale und sozial-psychologische Ansätze ... 19
1.2.3. Gesundheitsbezogene Ansätze ... 22
1.2.4. Mehrdimensionale Ansätze ... 25
1.2.5. Altersbezogene Ansätze ... 25
1.2.6. Zusammenfassung ... 29

1.3. Möglichkeiten zur Messung von Lebensqualität ... 30

1.4. Instrumente zur Messung von Lebensqualität im Alter ... 35

1.4.1. Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale (PGCMS) ... 37
1.4.2. Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) ... 38
1.4.3. WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität (WHOQOL-100/-BREF) ... 38
1.4.4. Affect Balance Scale (ABS) ... 39
1.4.5. Fragebogen zur Lebensorientierung (Orientation to life questionaire) oder Sense of Coherence Scale ... 39
1.4.6. Short Form 36 Health Survey (SF-36) ... 40
1.4.7. Geriatric Depression Scale ... 41
1.4.8. European Quality of Life Questionaire (EuroQOL EQ-5D) ... 41
1.4.9. Das Geriatrische Assessment ... 42

1.5. Zusammenfassung ... 44

2. Aktueller Forschungsstand zum Thema ... 44

2.1. Überlegungen zu Alter, Krankheit und Lebensqualität ... 45

2.2. Erkenntnisse zur Lebensqualität im Alter ... 47

2.2.1. Psychologische Einflussfaktoren ... 47
2.2.2. Soziale Einflussfaktoren ... 49
2.2.3. Finanzielle Einflussfaktoren ... 50
2.2.4. Zusammenfassung ... 51

2.3. Erkenntnisse zur Lebensqualität im Alter bei Pflegebedürftigkeit ... 51

2.3.1. Der Stellenwert von Krankheit und Auswirkungen auf die Lebensqualität ... 53
2.3.2. Die Abhängigkeit und Lebensqualität ... 55
2.3.3. Mögliche Ressourcen für eine positive Lebensqualität im Alter ... 56
2.3.4. Individualisierte Komponenten der Lebensqualität im Alter ... 58
2.3.5. Zusammenfassung ... 59

III) Empirischer Teil ... 60

3. Erfassung der subjektiven Wahrnehmung von Lebensqualität im Alter ... 60

3.1. Der qualitative Forschungsansatz ... 61

3.1.1. Methode ... 61
3.1.2. Das narrative Interview ... 61
3.1.3. Die spezielle Interviewsituation mit alten Menschen ... 62

3.2. Die Interviews ... 63

3.2.1. Ethische Aspekte ... 63
3.2.2. Durchführung der Interviews ... 64
3.2.3. Beschreibungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner ... 65

3.3. Auswertung der Interviews ... 71
3.3.1. Auswertungsmethode ... 71
3.3.2. Gütekriterien ... 72
3.3.3. Textanalyse ... 72
3.4. Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse ... 74
3.5. Inhaltliche Darstellung ... 74
3.5.1. Persönliche Lebenseinstellungen ... 75
3.5.2. Emotionale und soziale Bezugspunkte ... 76
3.5.3. Hoffnungen und Ziele ... 79
3.5.4. Ein bewusstes Leben führen (können) ... 81
3.5.5. Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten ... 82
3.5.6. Spiritualität und Glaube ... 83
3.5.7. Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard ... 85
3.5.8. Eigene Gesundheit; pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuungssituation ... 86
3.6. Zusammenfassende Darstellung der Faktoren, die eine positive Lebensqualität ermöglichen können ... 88
3.7. Aspekte die die Lebensqualität negativ beeinflussen können ... 94
3.7.1. Persönliche Lebenseinstellung ... 95
3.7.2. Emotionale und soziale Bezugspunkte ... 97
3.7.3. Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten ... 97
3.7.4. Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard ... 98
3.7.5. Eigene Gesundheit; pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuungssituation ... 99
3.8. Diskussion ... 100
3.9. Grenzen der Arbeit ... 102
4. Pflegerische Förderung und Erhaltung einer positiven Lebensqualität ... 104
4.1. Erkenntnisse zur momentanen Lebensqualitätsförderung der ambulanten Betreuung ... 104
4.2. Inhaltsanalyse eines schriftlichen Dokuments ... 105
4.2.1. Das Qualitätshandbuch des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen ... 105
4.2.2. Quantitative und qualitative Dokumentenanalyse ... 106
4.2.3. Durchführung der Dokumentenanalyse ... 107
4.3. Ergebnisse der Dokumentenanalyse ... 108
4.4. Zusammenfassung ... 110
4.5. Pflegequalität und Instrumente zur Messung der Pflegequalität ... 111
4.5.1. Anwendungen des Qualitätsmanagementzyklus ... 113
4.5.2. Instrumente die die Lebensqualität an Hand der lebensqualitätsfördernden Kategorien abbilden ... 115
5. Pflegerelevante Leistungsindikatoren zur Förderung der Lebensqualität ... 119
5.1. Operationalisierung der möglichen Interventionen ... 120
6. Ausblick ... 121
IV) Literaturliste ... 123
V) Anhang: Information ... 131
VI) Anhang: Einverständniserklärung ... 132
VII) Anhang: Lebenslauf ... 133
VIII) Anhang: Eidesstattliche Erklärung ... 136

I) Einleitung

Die Vernetzung von Theorie und Praxis ist ein sehr allgemein formuliertes, viel zitiertes Anliegen der Pflege. Diese Arbeit ist ein Versuch, dem Vorsatz an Hand des komplexen Themas Lebensqualität ein Stück näher zu kommen. Ziel ist es, wissenschaftliche Grundlagen für eine lebensqualitätssteigernde ambulante Betreuung alter Menschen zu schaffen, um das pflegerische Handeln darauf abstimmen und daraus messbare Leistungsindikatoren ableiten zu können. Auf Grund der demographischen Veränderungen und der damit verbundenen immer höher werdenden Zahl an betagten und hochbetagten betreuungsbedürftigen Menschen, wird der Schwerpunkt der Arbeit auf diese Gruppe gelegt. Laut Statistik Austria lag der Anteil der Menschen mit 65 Jahren und mehr 1990 bei 14,9%, im Jahr 2011 bei 17,7% und im Jahr 2030 werden es 24% sein (Statistik Austria, 2012). Da das gesundheitspolitisch Postulat: „ambulant vor stationär“ besteht (Wiener Stadtverwaltung, 2012) sind ambulante Pflege- und Betreuungsleistungen zu einem immer wichtigeren Aspekt der Langzeitbetreuung alter Menschen geworden. Im Geschäftsbericht des Fonds Soziales Wien für das Jahr 2010 ist nach zu lesen, dass 41.700 Personen ambulante soziale Dienstleistungen in Anspruch genommen haben (Fond Soziales Wien, 2010). Dem gegenüber standen 22.850 Personen die stationäre Pflege- und Betreuung benötigten.

Das Thema „Lebensqualität“ ist ein vielfach beforschter Begriff, es gibt dazu jedoch keine allgemein anerkannte wissenschaftliche Konzeption. Vor allem die individuelle Sichtweise alter, pflegebedürftiger Menschen zu dem Thema ist wenig untersucht (Brown, Bowling und Flynn, 2004). Die Möglichkeit, bei Pflegebedarf in der eigenen Wohnung verbleiben zu können, wird von einer Mehrheit älterer Menschen präferiert (Palme & Völkl, 2010). Wie weit das mit einer aufrecht erhaltenen Lebensqualität gleich zu setzen ist, soll in dieser Arbeit kritisch reflektiert werden. Auch die Qualität der Pflege und Betreuung wurde in den letzten Jahrzehnten ein immer bedeutsameres Thema innerhalb der Profession. Die individuellen Bedürfnisse der Patienten/Bewohner/Klienten (Bei personenbezogenen Bezeichnungen wurde darauf geachtet sowohl die weibliche als auch die männliche Form zu wählen. Zu Gunsten der einfacheren Lesbarkeit wurde in manchen Fällen nur die männliche Form verwendet. Es gelten aber in jedem Fall beide Geschlechter), sowie ein

ganzheitliches Pflegeverständnis sind dabei häufig genannte Schlagwörter. Sie sollen dazu beitragen die Zufriedenheit und Lebensqualität der zu pflegenden Menschen aufrecht zu erhalten. Die Individualität, sowohl der Betreuungsbedürftigen als auch der Pflege- und Betreuungspersonen macht es schwierig Standards zu entwerfen. Dennoch sollte, um eine kontinuierliche Pflege- und Betreuungsqualität zu gewährleisten, mit Hilfe von Leistungsindikatoren gesichert werden, dass die von den Klientinnen und Klienten wahrgenommene Lebensqualität als ebenso relevant bewertet wird, wie bereits gültige evidenz- basierte Handlungsanleitungen (z.B. Sturzprophylaxe, Körperhygiene, usw.). Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich somit zwei Mal mit dem Thema Qualität. Zunächst mit der „Qualität des Lebens“ betreuungsbedürftiger Klientinnen und Klienten und darauf aufbauend, mit der dafür (mit)verantwortliche Qualität der pflegerischen Betreuung.

Zielsetzung

Ziel der Arbeit ist die Schaffung von wissenschaftlichen Grundlagen für eine lebensqualitätssteigernde ambulante Betreuung alter Menschen, um das pflegerische Handeln darauf abstimmen, und mit daraus ableitbaren Leistungsindikatoren messen zu können. Ein ressourcenorientierter Denkansatz ist dabei Grundlage der Arbeit.

Es ergibt sich folgende Forschgungsfrage:

Was bedeutet Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit im Alter und welche Leistungsindikatoren für die Pflege lassen sich daraus ableiten? Um die Forschungsfrage beantworten zu können wird versucht nachstehende Details zu klären

- Wie nehmen alte Menschen mit unterschiedlichem Pflege- und Betreuungsbedarf ihre Lebensqualität wahr?
- Welche Bedeutung hat Pflegebedürftigkeit für die Wahrnehmung der Lebensqualität?
- Können Faktoren identifiziert werden, die für eine positive Lebensqualitätsempfindung trotz Pflegebedürftigkeit wichtig sind?
- Ist es möglich, diese Faktoren durch pflegerisches Handeln zu unterstützen und das mittels pflegerelevanter Leistungsindikatoren messbar zu machen?

- Inwieweit kommen ambulante Betreuungseinrichtungen den erfassten Aspekten nach?

Um dem komplexen Thema Lebensqualität näher zu kommen, soll es von verschiedenen Seiten beleuchtet werden. Zunächst werden unterschiedliche Definitionen von Lebensqualität aufgezeigt, sowie eine allgemeine Übersicht über Modelle und Konzepte gegeben. Dem Thema der Arbeit entsprechend, beschäftigt sich dabei ein Kapitel mit der Lebensqualität alter Menschen. Eine Auswahl an wissenschaftlich anerkannten, international gebräuchlichen Instrumenten zur Messung von Lebensqualität soll zeigen, welche Möglichkeiten die Forschung hat, die unterschiedlichen Ideen von Lebensqualität zu objektivieren. Im Weiteren werden Studien zur Lebensqualität alter, pflegebedürftiger Menschen vorgestellt. In einem empirischen Teil der Arbeit wird die individuelle Sichtweise betreuungsbedürftiger alter Menschen zum Thema Lebensqualität aufgezeigt. Dazu wurden offene Interviews geführt und diese anschließend inhaltlich analysiert. Bei der anschließenden Darstellung der aktuellen Betreuunssituation im ambulanten Pflegebereich in Wien werden ausschließlich Organisationen des Dachverbands Wiener Sozialeinrichtungen berücksichtigt. Mittels Dokumentenanalyse soll herausgefunden werde, in wie weit das Thema Lebensqualität in das Wiener Pflege- und Betreuungskonzept, mit seinen definierten Qualitätskriterien einfliesst. Die Werthaltung, das dahinterliegende Pflegeverständnis, sowie die potentielle Möglichkeit, auf Grund schriftlicher Vorgaben der Betreuungseinrichtung, lebensqualitätsfördernd zu betreuen, soll herausgefiltert werden.

Zum Abschluss werden die Erkenntnisse der Theorie und der Empirie zusammengeführt. Es wird die Analyse der Klientinnen und - Klienteninterviews der Inhaltsanalyse der Dokumente. gegenübergestellt um zu zeigen, in wie weit die derzeitigen Vorgaben geeignet sind, die Lebensqualität, wie sie von den Klientinnen und Klienten beschrieben wurde zu unterstützen. Mögliche Differenzen sowie notwendige Veränderungen, werden in einem abschließenden Ausblick erörtert.

Methodik

Für den Theorieteil wurde zur Erarbeitung der Thematik eine Literaturrecherche im Internet durchgeführt. Gesucht wurde in folgenden Literaturdatenbanken sowie Bibliothekskatalogen: PubMed, WISE, CINHAL, DIMDI, ADOLEC, Bibliothekskatalog des Rudolfinerhaus, Bibliothekskatalog der Universität Wien, GOOGLE Scholar

Suchbegriffe waren Lebensqualität, Pflegebedarf, alter Mensch, Lebensqualität im Alter, quality of life, quality of life + elderly people, need of care. Für relevant wurden Artikeln erachtet, die folgenden Kriterien entsprachen: Die Themen Lebensqualität, Stimmung oder Lebenszufriedenheit (da es keine allgemein gültige Definition bzw. Abgrenzung zwischen den einzelnen Bezeichnungen gibt, fand hier keine Trennung statt), höheres Alter, Betreuungs-bzw. Pflegebedürftigkeit, musste enthalten sein, die Probanden sollten nicht in einer Institution gelebt haben. Einschränkend ist fest zu stellen, dass nicht in allen Arbeiten das konkrete Alter der Probanden angegeben war. Da es nur wenig Grundlagenliteratur zum Thema Lebensqualität im Alter gibt wurden zur theoretischen Einführung auch Aussagen dazu aus Übersichtsartikeln und Forschungsarbeiten herangezogen. Auffallend bei der Literatursuche war, dass in den letzten Jahren hauptsächlich Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu finden sind, bzw. Arbeiten die sich mit Lebensqualität bei speziellen Krankheitsbildern beschäftigen. Es wurde daher auch auf ältere Studienergebnisse ab dem Jahr 2000 zurückgegriffen. Diese Vorgehensweise wird auch bei aktuellen Arbeiten (z. B. Dissertation, Studien) zum Thema Lebensqualität sichtbar. Die in einem Reviewartikel von Brown, Bowling und Flynn (2004) angeführten Arbeiten, die hier Erwähnung finden, sind teilweise älter.

Eine weitere Literaturrecherche in Bezug auf Messinstrumente zur Lebensqualität fand zeitversetzt, gesondert statt. Auf Grund der Vielzahl an Instrumenten und Methoden zur Messung von allgemeiner und gesundheitsbezogener Lebensqualität und dem spezifischen Thema der vorliegenden Arbeit werden Instrumente vorgestellt, die speziell für die Gruppe alter, pflegebedürftiger Menschen konzipiert wurden beziehungsweise häufig bei Menschen die dieser Gruppe zu zuordnen sind, zur Anwendung kommen. Suchbegriffe dieser Internet-Literaturrecherche waren Lebensqualität im Alter; Instrumente zur Messung von Lebensqualität; Messinstrumente + Lebensqualität im Alter; measuring instruments AND quality of life AND elderly people; gesundheitsbezogene Lebensqualität. Gesucht wurde in den Datenbanken: Pubmed, DIMDI und in GOOGL scholar. Berücksichtigung fanden auch die Messinstrumente, die immer wiederkehrend, im Rahmen der nachfolgend beschriebenen Forschungsarbeiten angeführt sind. Da Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden oder Glück oft synonym verwendet werden und

eine eindeutige Abgrenzung nicht möglich zu sein scheint, werden auch Verfahren angeführt, die nur indirekt die Lebensqualität messen.

Für den empirischen Teil der Arbeit wurden sechs qualitative, narrative Interviews (Lamnek, 2005) mit alten Menschen geführt, die von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Einrichtungen in Wien betreut werden. Ausgenommen waren Klientinnen und Klienten mit Demenz. Eine anschließend durchgeführte qualitative Inhaltsanalyse der Interviews soll die individuellen Empfindungen, Einschätzungen und Wahrnehmungen zur Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit sowie mögliche Bedürfnisse und Erwartungen an die Betreuung sichtbar machen. In einem weiteren Schritt wurden Faktoren identifiziert, die für eine positive Lebensqualitätswahrnehmung bei Pflegebedürftigkeit verantwortlich sind.

Der letzte Baustein dieser Arbeit ist die deskriptive Darstellung der momentanen ambulanten Betreuungssituation in Wien in Bezug auf die Lebensqualität von Klientinnen und Klienten, an Hand des Wiener Pflege- und Betreuungskonzepts. Dieses vom Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen herausgegebene Betreuungskonzept enthält in der Letztversion aus dem Jahr 2008 Qualitätskriterien, die für die betreuenden Organisationen, die sich im Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen zusammengeschlossen haben, als Richtlinien gelten. Da die überwiegende Zahl an Organisationen, die Pflege und Betreuung in Wien anbieten dem Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen zu zuordnen sind, wurde dieses Konzept als adäquates Dokument zur Darstellung der aktuellen Betreuungssituation, in Bezug auf Lebensqualität gewertet.

II) Theorie Teil

Im ersten Teil der Arbeit werden zentrale Begriffe und Konzepte geklärt sowie die Themen Lebensqualität von pflegebedürftigen alten Menschen und deren Messbarkeit behandelt. Ziel ist zunächst eine allgemeine Annäherung an das Thema.

1. Lebensqualität

Lebensqualität ist seit den 1960er/70er Jahren ein immer gebräuchlicherer Begriff, sowohl alltagssprachlich als auch in wissenschaftlichen Untersuchungen. Unterschiedliche Lebensbedingungen werden nach dem Kriterium der Lebensqualität bewertet. Es gibt jedoch keine Einigkeit darin, was unter dem Begriff der Lebensqualität alles zu verstehen, und wie sie zu messen ist (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2000; Walker, 2005). Radoschewski schreibt sehr allgemein gefasst: „Lebensqualität meint … nicht mehr und nicht weniger als das sehr komplexe, vielschichtige und multidimensionale Gebilde der Spezifitäten und Eigenschaften menschlicher Existenz.“ (2000, S. 165)

1.1. Begriffsdefinitionen

Zur Klärung des Begriffs Lebensqualität wird zuerst der Qualitätsbegriff allgemein definiert und anschließend dargestellt, wie Lebensqualität von der World Health Organisation (WHO) beschrieben wird.

Der Qualitätsbegriff allgemein:
„(positiv bewertete) Beschaffenheit; Synonym: Güte, Niveau“ (Duden Das Bedeutungswörterbuch, 2002)
„Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Tätigkeit, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung gegebener Erfordernisse beziehen“ (DIN EN ISO 55350 – 11, 1995, S. 3, zit. nach Uhl, 2008, S.8)

Nach der World Health Organisation (WHO) wird Lebensqualität wie folgt definiert: „Quality of life is defined as an individual`s perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expections, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person`s physical health, psychological state, level of independence, social relationships and their relationship to salient features of their environment.“ (WHOQOL Group, 1993, S.1)

1.2. Konzepte zum Thema Lebensqualität

Im Folgenden werden verschiedenste Konzepte behandelt. In der Literatur finden sich dazu unterschiedliche Termini. Ausgangspunkt ist daher eine allgemeine

Definition der Begrifflichkeiten. Im weiteren Verlauf werden die Begriffe Konzept oder konzeptionelles Modell synonym verwendet werden. Die konzeptionellen Modelle die zunächst angeführt werden, beschäftigen sich in Hauptsache mit den Komponenten von Lebensqualität. Danach werden detaillierte Konzepte vorgestellt, die ihren Ausgangspunkt in einer der davor genannten Dimensionen der Lebensqualität (physische, psychische oder soziale Dimension) haben.
„Konzept, das: Idee, Ideal; aus der Wahrnehmung abstrahierte Vorstellung“ (Duden Online, 2013)

„Konzeptionelles Modell: eine schematische und vereinfachte grafische Darstellung oder verbale Beschreibung der strukturellen und inhaltlichen Zusammenhänge einer Theorie, um so die Gesamtheit der Theorie leichter versteh- und erfassbar zu machen.“ (Bartholomeyczik, Linhart, Mayer, & Mayer, 2008, S. 58)

Die Relativität des Begriffes Lebensqualität kommt in der wissenschaftlichen Literatur mittels verschiedenster Konzepte innerhalb der Lebensqualitätsforschung zum Ausdruck. Es findet sich jedoch keine allgemein anerkannten Theorien um das Phänomen zu erklären. Vor allem in den Sozial- und Gesundheitswissenschaften werden unterschiedliche Konzepte zu Lebensqualität diskutiert. In der Regel wird Lebensqualität als multidimensionales Phänomen beschrieben, das sowohl materielle als auch immaterielle sowie objektive und subjektive Komponenten umfasst (Küchler, Berend, Beulertz, & Baumann, 2012, S. 112; Janig, Penz, Pipam & Likar, 2005, S.47; Walker, 2005, S. 3; Bowling 2004, S.6; Kruse, 2003, S. 419). Um den unterschiedlichen Komponenten gerecht zu werden, sollten, gemäß Arnold (1991), Lebensqualitätsbewertungen zahlreiche unterschiedliche Faktoren beinhalten: körperliche Funktion, körperliche Symptome, emotionale,- verhaltensbezogene,- kognitive- und intellektuelle Funktion, gesellschaftliche Funktion und gesellschaftliche/soziale Unterstützung, Lebenszufriedenheit, gesundheitliches Empfinden, Fähigkeit die eigenen Interessen zu verfolgen, sexuelle Funktion, Energie,- Vitalitäts- und ökonomischen Status (zit. in Bowling, 2004, S. 8). Janig et al (2005, S. 47f) beschreiben die Differenz zwischen dem „skandinavischen Ansatz“ („Level of living approach“), der sich auf die Messung objektiver Kriterien bzw. Indikatoren (Lebensbedingungen) konzentriert, und dem „amerikanischen Ansatz“ („quality of life - Ansatz“), der die subjektive Wahrnehmung und Bewertung

von Lebensumständen in den Vordergrund stellt. Nach einer Einteilung der Modelle zur Lebensqualität von Bullinger und Brütt (2009, S. 18f) gibt es drei Typen

- Individualzentriert: Lebensqualität ist nicht über verschiedene Personen hinweg erfassbar
- Lebensqualität ist in Bezug auf bestimmte Dimensionen (körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden) für verschiedene Personen beschreibbar
- Ansatz der gesundheitsökonomischen bzw. cost-utility-Ansätze zur Erfassung der Lebensqualität: Lebensqualität ist eine implizite Größe. Sie erschließt sich durch Patientenpräferenzen wie z.B. Fallgeschichten in Gesundheitsszenarien

Sarvimäki und Stenbock-Hult (2000) beschreiben Lebensqualität ebenfalls mittels drei Hauptaspekte: Wohlbefinden, Bedeutung und Werte. Sie differenzieren zwischen intraindividuellen Faktoren (Gesundheit, funktionelle Fähigkeiten, Coping – Mechanismen) und externen Faktoren (biophysikalische und soziokulturelle Umwelt). Lehr betont in einem Aufsatz über „Erfolgreiches Altern“ in dem Zusammenhang, dass neben interindividuellen Unterschieden auch situations- und entwicklungsbedingte intraindividuelle Differenzen zu finden sind. Am Beispiel von Sozialkontakten schreibt sie dazu: „…ob und wann welche Sozialkontakte zur Zufriedenheit, zur Lebensqualität, zu einem ‚erfolgreichen Altern‘ beitragen, ist persönlichkeitsspezifisch, rollenspezifisch, situationsspezifisch und entwicklungsspezifisch.“ (Lehr, 2005, S.196). Cappell (2005) unterscheidet zwischen Lebenslage und Lebensqualität. Die Lebenslage soll die zunehmende Differenzierung der Gesellschaft sowie die unterschiedlichen Lebenssituationen von Menschen widerspiegeln. Es werden laut Backes und Clemens (2000) sieben Dimensionen von Lebenslagen unterschieden: Vermögens- und Einkommensspielraum; materieller Versorgungsspielraum einschließlich Bildungs- und Gesundheitswesen inklusive Art und Ausmaß infrastruktureller Einrichtungen, Dienste und Angebote des übrigen Sozial- und Gesundheitswesens; Kontakt-, Kooperations- und Aktivitätsspielraum; Lern- und Erfahrungsspielraum; Dispositions- und Partizipationsspielraum; Muße- und Regenerationsspielraum und der Spielraum, der durch alternstypische psycho-physische Veränderungen – vor allem Gesundheitszustand - und in der körperlichen Konstitution bestimmt wird; der Spielraum, der durch die Existenz von Unterstützungsressourcen bei alterstypischer Hilfe- und Pflegeabhängigkeit aus dem familialen und/oder nachbarschaftlichen

Umfeld bestimmt ist (zit. nach Cappell 2005, S.194). Der Zusammenhang zwischen Lebenslage und Lebensqualität bestehe darin, dass die Lebenslage/Lebenssituation um die subjektive Bewertung der Lebensqualität ergänzt wird, d.h. „...dass Personen ihre Lebenslage wahrnehmen und bewerten und sich daraus ein Urteil über die Qualität ihres Lebens in verschiedenen Lebensbereichen bilden." (ebd., S.196). Bei Eintritt in die Pflegebedürftigkeit komme es zu Einschränkungen der individuellen Handlungsspielräume und somit zu teils gravierenden Veränderungen der verschiedenen Dimensionen der Lebenslage. Cappell (2005) zieht daraus den Schluss, dass insgesamt eine Verschlechterung der Lebensqualität wahrscheinlich ist. Er zitiert Angermeyer, Kilian und Matschinger, die festgestellt haben, dass „...die Selbständigkeit bei den Alltagsaktivitäten die kulturübergreifend wichtigste Fassette der Lebensqualität ist." (Cappell, 2005, S. 198). Lawton, ein häufig zitierter Wissenschaftler zum Thema Lebensqualität, spricht von vier Hauptfaktoren bei der Beurteilung von Lebensqualität: objektive Umwelt, Verhaltenskompetenz inklusive Gesundheit, wahrgenommene Lebensqualität und psychisches Wohlbefinden inklusive Lebenszufriedenheit (Lawton, 1991, zit. nach Hellström, Persson und Hallberg 2004, S. 585). Baartmans wiederum beschreibt drei Hauptbereiche von Lebensqualität: „Es scheint, als ob Lebensqualität für alle Personen dieselben Basiskomponenten umfasst. Gruppiert man diese, kommen drei Dimensionen heraus: „eine soziale, psychische und physische Dimension." (Baartmans 2002, S.49). Er betont dass die Bedeutsamkeit der Bereiche individuell variieren würde und die Bereiche sich gegenseitig beeinflussen. Sie seien abhängig von Alter, Geschlecht, Kultur, Umfeld, Herkunft oder Erkrankung. Auch würden sich diese Faktoren gegenseitig beeinflussen (Baartmans, 2002).
Auf Grund ihrer individuellen Besonderheit sollten laut Bowling (2004, S. 42) Theorien zur Lebensqualität das Wissen anderer kognitiver Theorien integrieren, zum Beispiel Gedächtnis- und Informationsprozesse. Bowling bezieht sich dabei auf Joyce, O`Boyle und McGee (1999) die bei der Bewertung der Lebensqualität zwischen „Merkmalen" und „Zuständen" unterscheiden. Zum Beispiel sei der Gesundheitszustand ein „Merkmal", Messungen der allgemeinen Lebensqualität könnten als „Zustand" bewertet werden.

Eine ausführliche, gut strukturierte Gesamtschau über die bestehenden konzeptionellen Modelle der Lebensqualitätsforschung haben Brown, Bowling und

Flynn (2004) zusammengestellt. Es wurden von ihnen sowohl theoretische Konzepte zur Lebensqualität analysiert (Teil1: Bowling 2004, S. 6-77), als auch Forschungsarbeiten, die sich überwiegend mit der individuellen Sichtweise alter Menschen zum Thema Lebensqualität beschäftigen (Teil 2: Brown & Flynn 2004, S. 78-94). Eine zusammenfassende Übersetzung dieser Arbeit aus dem Englischen bildet die Grundlage des folgenden Kapitels. Die dargestellten Konzepte werden wie folgt gegliedert: Psychologische Ansätze, Soziale und sozial-psychologische Ansätze, Gesundheitsbezogene Ansätze, Mehrdimensionale Ansätze, Altersbezogene Ansätze.

1.2.1. Psychologische Ansätze

Im Mittelpunkt dieser Ansätze steht der Mensch mit seiner individuellen Persönlichkeitsstruktur, seinen Erfahrungen und Erwartungen. Lebensqualität soll auf Grund von unterschiedlichen psychologischen Faktoren erklärt werden, wie persönliche Entwicklung, kognitive Kompetenz, Leistungs- und Anpassungsfähigkeit, Ausmaß an Würde und wahrgenommener Unabhängigkeit, soziale Kompetenz, Selbstwirksamkeit, Optimismus und Pessimismus. Persönlichkeitsmerkmale und Empfindungen sind z.B. das Selbstkonzept, das Selbstvertrauen, der Selbstwert oder die Stimmungslage. Sie werden durch kognitive Mechanismen wie Erwartungen im Leben, soziale Werte, Überzeugungen, Bestrebungen oder dem sozialen Vergleich beeinflusst (Bowling, 2004, S. 32). Walker (2005) zitiert Freund und Baltes die sich mit den psychischen Ressourcen einschließlich Persönlichkeit und emotionale Stabilität beschäftigten. Diese würden einen Menschen befähigen, Strategien zu entwickeln um trotz Krankheit oder Behinderung Zufriedenheit und Lebensqualität zu erlangen. Forscher die die subjektive Wahrnehmung der Lebensqualität in den Vordergrund stellen, gehen unter anderem vom sogenannten „Thomas-Axiom“ aus. Demnach muss eine Situation von den beteiligten Personen erst als real definiert werden. Es geht somit nicht so sehr darum, wie sich die Lebenssituation eines Menschen verändert, sondern wie sie von diesem Menschen wahrgenommen wird (Janig, Penz, Pipam und Likar, 2005). Frühere, aktuelle und zukünftig angestrebte Lebensumstände werden als relevant in Überlegungen zur Lebenszufriedenheit mit einbezogen. Als wichtig wird der individuelle Erfolg gewertet, der auf Grund von Erwartungen, Hoffnungen und Bestrebungen, auch im Vergleich mit anderen, bemessen wird. (Bowling, 2004). Bowling (2004) schreibt, die Richtung des

Vergleichs mit anderen sei abhängig von der sozialen Identität eines Menschen. Bei positiver Bewertung der eigenen Identität würde „nach unten“ verglichen werden, bei negativer Bewertung, umgekehrt. Diese Bewertung geht mit psychologischen Merkmalen wie Selbstwert, Depression und Angst einher. Je geringer der Wert auf einer Skala ist (meistens im Vergleich mit dem Einkommen oder der Gesundheit), desto geringer werden die Möglichkeiten, positive Gefühle wahrzunehmen. Die negativen Gefühle nehmen zu. Nach der Theorie der kognitiven Dissonanz (Festinger) geht man davon aus, dass „bevorzugte Meinungen und Fakten ausgewählt werden, die zu der eigenen Auffassung harmonieren, entgegenstehende werden abgewehrt.“ (Benesch, Saalfeld, & Saalfeld, 2003, S.265). Laut Bowling (2004, S. 23) wird Lebenszufriedenheit von verschiedenen Wissenschaftlern als ein kognitiver Beurteilungsprozess gewertet. Dieser sei abhängig vom Vergleich zwischen den persönlichen Lebensumständen und dem was als angemessener Standard empfunden wird. Dem zu Folge sei die Lebenszufriedenheit umso größer, je kleiner die Differenz zwischen den wahrgenommenen Lebensumständen und Erreichtem und dem selbst definierten Standard ist. Es handle sich um eine langfristige Bewertung des gesamten Lebens und diese sei ab dem mittleren Alter relativ stabil. (ebd.).

Einen anderen Zugang haben Konzepte die auf der Maslow`schen Bedürfnispyramide basieren. Es wird argumentiert, dass die Erfüllung der menschlichen Grundbedürfnisse notwendig für positive Lebensqualität sei. Lebensqualität könne über die Befriedigung der Grundbedürfnisse definiert werden, da sie deren Fundament darstellen. Nach Maslow strebt der Mensch erst wenn seine physischen Grundbedürfnisse befriedigt sind nach höheren Zielen wie Selbstverwirklichung, Glück und Achtung. Eine grundsätzliche Annahme der psychologischen Konzepte besteht nun darin, dass die Grundbedürfnisse, wie von Maslow beschrieben, in den reichen Industriestaaten erfüllt seien. Somit würde Lebensqualität hier vielmehr dem wahrgenommenen Wohlbefinden entsprechen. Diese Wahrnehmung sei abhängig vom Ausmaß an Freude und Glück im Leben und führe letztendlich zu Lebenszufriedenheit. Laut Bowling (2004) ist hier der Einfluss der frühen Griechen und der utilitaristischen Philosophie des 19. Jahrhunderts sichtbar, mit ihrem Fokus auf hedonistische Aspekte im Leben – der Maximierung von Wohlbefinden, Freude, Glück und Zufriedenheit. Bowling beschreibt ein Bedürfnis-Befriedigungsmodell von Hyde, Wiggins, Higgs und Blane (2003), das den

Fokus auf „höhere“ Bedürfnisse wie Kontrolle, Autonomie, Freude oder Selbstverwirklichung legt. Sie konnten eine hohe Korrelation mit Lebenszufriedenheit nachweisen (Bowling, 2004, S. 20f). Neben den Gefühlen von Glück und Freude gibt es laut Bowling (2004) konzeptionelle Modelle, die die Bedeutung von „Sinn im Leben“ und „Ziele haben“ hervorheben. Andere inkludieren Elemente wie Liebe, gemeinsame Zeit, verfügbarer Raum und Status, das heißt Grad an Prestige, Respekt oder Achtung. Folgt man der Annahme, dass die von Maslow beschriebenen Grundbedürfnisse in den Industriestaaten befriedigt sind und Lebensqualität viel mehr von subjektien, psychischen Empfindungen wie Wohlbefinden, Stimmung, Glück oder Selbstbewusstsein abhängig ist, so sollten diese Komponenten näher beleuchtet werden.

Wohlbefinden

Der Begriff Wohlbefinden ist laut Bowling schwer zu konzeptualisieren. Üblicherweise würde Wohlbefinden mit Begriffen wie Glück und Zufriedenheit, bezogen auf die momentane und auf die allgemeine Lebenssituation definiert werden. Untersuchungen zum Thema Wohlbefinden fanden vier kennzeichnende Faktoren: Lebensumstände, Sehnsüchte, der Vergleich mit anderen und eine bestimmte Disposition (Bowling, 2004, S. 21). Bucher beschreibt, dass mehrere Glücksforscher in der angelsächsischen Psychologie das Konstrukt „subjektives Wohlbefinden“ definiert haben und das sich demnach in drei Komponenten gliedert

- mindestens länger andauernde Lebenszufriedenheit
- häufig positive Affekte wie Freude, Begeisterung
- seltene negative Affekte wie Ärger, Stress, depressive Verstimmung

(Bucher, 2009, S. 10).

Antonowsky (1997) schreibt, dass ein indirekter Zusammenhang zwischen dem Kohärenzgefühl und dem Wohlbefinden eines Menschen möglich ist. Er hat zum Thema „Bewältigung von Veränderungen und/oder Krisen im Leben“ das sogenannte Kohärenzgefühl (sense of coherence = SOC) definiert, das sich aus „Bedeutsamkeit“, „Verstehbarkeit“ und „Handhabbarkeit“ von Situationen ergibt. Laut Antonowsky ist es wesentlich für die Gesundheit eines Menschen. Das Kohärenzgefühl wird im Sinne einer „allgemeinen Orientierung“ definiert und drückt aus wie tiefgreifend, dauerhaft und intensiv das Gefühl des Vertrauens ist. Das bedeutet, dass

- die Impulse (Auslöser) der eigenen internen und externen Lebenswelt im Verlauf des Lebens, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind („Verstehbarkeit“),
- die Ressourcen vorhanden sind, um mit den Anforderungen die auf Grund dieser Impulse entstehen fertig zu werden („Handhabbarkeit“),
- diese Herausforderungen es wert sind, sich zu engagieren („Bedeutsamkeit“).

(Antonowsky, 1997, S. 34f).

Stimmung

Die Lebensqualitätsbeurteiliung ist abhängig von der Stimmung einer Person. Zur Definition von Stimmung werden häufig Begriffe wie Lebenszufriedenheit, Lebensbejahung oder Wohlbefinden verwendet Auch präzisere Begriffe wie Zuversicht oder Begeisterungsfähigkeit werden dafür herangezogen Kutner, Fansel und Togo (1956) beschreiben Stimmung als Befindlichkeit oder als ein Set von Dispositionen, die den Umgang mit Problemen im täglichen Leben beeinflussen. Kommt es im eigenen Leben zu Veränderungen, und zwar in höherem Maße als das im Durchschnitt bei anderen wahrgenommen wird, so wird das von Schmitz-Scherzer und Thomae (1983) in ihrer Bonner Altersstudie mit einer Verschlechterung der Stimmungslage in Verbindung gebracht. (Bowling, 2004, S. 24f).

Selbstbewusstsein

Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Beurteilung von Lebensqualität ist das Selbstbewusstsein. Es wird mit dem Ausdruck des Selbstwerts definiert. Selbstwert bedeutet: die Vorstellung oder Beurteilung der eigenen Wertigkeit sowie die Annahme der eigenen Stärken und Schwächen (Bowling, 2004, S. 24). Das Selbstbewusstsein wird nicht nur als eine Komponente der psychischen Verfassung eines Menschen gesehen, sondern auch als Faktor einer generellen Bewertung des Lebens und der allgemeinen Einstellung zum Leben (ebd.).

Glück

Bucher konkludiert auf Grund zahlreicher Quellen, dass Zufriedenheit das Ergebnis eines kognitiven Bewertungsprozesses des Lebens ist. Glück sei dagegen eine intensive Emotion (Bucher, 2009, S. 10). Bowling (2004) zitiert Autorinnen und Autoren zum Thema Glück. Relevanz für die Lebensqualität haben laut Sirgy (2002)

zwei Arten von Glück: das „überlegte“ Glück (Zustand des Wohlbefindens) und das „psychologische Glück“ (Gefühl der Freude). In der Psychologie wird Glück, im Gegensatz zu Stimmung oder Zufriedenheit, als eine kurzfristige Emotion bewertet. Das „überlegte“ Glück bedeute, ein „gutes Leben“ zu führen. Es inkludiere sowohl das Gefühl von Glück als auch die Handlung, die zu einer persönlichen Weiterentwicklung führe. Blanchflower und Oswald (2001) folgen der Glückstheorie von Veenhoven (1991, 1993) und definieren Glück als das Maß, mit dem jeder Einzelne sein Leben nach Erfolg oder Misserfolg beurteilt. Andere Forscher haben Glück mit dem Begriff der Lebenszufriedenheit definiert und beide Konzepte miteinander verbunden. Das Glück wird auch als Häufigkeit von Freude, den durchschnittlichen Grad an Zufriedenheit und die Abwesenheit von negativen Gefühlen definiert. Bowling weist daraufhin, dass es Überschneidungen (50 - 60% gemeinsame Varianz) der Konzepte zur Lebenszufriedenheit (kognitives Konstrukt) und Glück (affektives Konstrukt) gibt. (Bowling, 2004, S. 22f)

1.2.2. Soziale und sozial-psychologische Ansätze

Im Vordergrund der sozialen und sozialpsychologischen Denkansätze stehen das soziale Umfeld in dem Menschen leben und ihre Integration innerhalb der Gesellschaft. Es werden allgemein gesellschaftliche/soziale Ressourcen beschrieben. Bowling (2004) spannt in ihrer Übersicht einen weiten geschichtlichen Bogen und beschreibt soziale und sozialpsychologische Denkansätze seit Mitte des vorigen Jahrhunderts. Parsons beschrieb bereits 1951 den Zusammenhang zwischen gesellschaftlichen Erwartungen, sozialen Normen bezüglich der individuellen Rolle, dem Verhalten jedes Einzelnen und den Auswirkungen auf die Gesundheit. Auch Dubos betonte bereits 1959, dass Gesundheit nicht isoliert von sozialen Gemeinschaften definiert werden kann. Gesundheit sei im Zusammenhang mit der Fähigkeit zu betrachten, so zu agieren, dass es für das Individuum selbst und die soziale Gruppe akzeptabel ist. Donald, Ware, Brook und Davies-Avery (1978) konzeptualisierten „soziale Gesundheit“ in Bezug auf soziale (Unterstützungs)systeme, da diese die physischen und psychischen Auswirkungen belastender Ereignisse im Leben eines Menschen und der Umwelt beeinflussen können. Auch persönliche Erfolge, erreichte Positionen, familiäre Unterstützung, soziale Aktivitäten und Freundschaften, Vorhandensein einer Vertrauensperson,

weltanschauliche und sexuelle Zufriedenheit wurden als Teile „sozialer Gesundheit“ definiert. (Bowling, 2004, S. 35f)

Soziale Unterstützung bedeutet immer einen interaktiven Prozess, in dem ein Mensch emotionalen, instrumentellen oder finanziellen Beistand von Netzwerkmitgliedern erhält, daher werden unter sozialen Netzwerken, neben den gesellschaftlichen/sozialen Beziehungen eines Menschen als solches, die Eigenschaften dieser Beziehungen, deren individuellen Wahrnehmung und Bewertung verstanden.

Humanökologische Theorien [1] fokussieren ebenfalls die Interaktionen und gegenseitigen Abhängigkeiten in menschlichen Beziehungen und postulieren, dass Familien eine wichtige Ressource und ein „reiches“ Umfeld für ihre Mitglieder darstellen Laut der Humanökologie sind die Lebensqualität der Menschen und die Qualität ihrer Umgebung voneinander abhängig. Die Lebensqualität der Menschen kann nicht getrennt vom gesamten Ökosystem betrachtet werden (Bowling, 2004, S. 35f). In der Literatur wird vielfach aufgezeigt, dass soziale Beziehungen und Aktivitäten scheinbar per se die Gesundheit auf psychosozialem Weg begünstigen. Untersuchungen zeigen eine Verbindung zwischen geringer sozialer Unterstützung und steigendem Mortalitätsrisiko in definierten Gruppen wie zum Beispiel Verwitwete oder ältere Menschen die in Institutionen leben. Bowling (2004, S. 36) konkludiert auf Grund weiterer Quellen, dass bis jetzt keine eindeutigen intervenierenden Variablen, die diese Verbindungen erklären könnten, identifiziert werden konnten. Soziale Unterstützung stehe in schwachem Ausmaß in Verbindung mit Lebenszufriedenheit, Stimmung und Wohlbefinden steht. (Bowling, 2004). Ein Modell von Abbey und Andrews (1986) beruht auf der Annahme, dass die Interaktion von Menschen mit ihrem sozialen Umfeld ihre sozialpsychologische Verfassung beeinflusst. Das wirke sich einerseits auf ihre Depressionen und Ängste aus sowie auf ihre Lebensqualitätseinschätzung (allgemeine Lebensqualität, Lebensgenuss (positiver Affekt), auf emotionale Störungen im Laufe des Lebens (negativer Affekt), auf Erfolge

[1] „Humanökologie heißt der Teil der Ökologie, der sich mit den Beziehungen zwischen den Menschen und der Umwelt beschäftigt. Die Humanökologie untersucht den Wandel der menschlichen Lebensverhältnisse in Bindung an einen spezifischen Raum im Wechselverhältnis mit den sozialstrukturellen Verhältnissen, mit der sozialen und der ‚natürlichen‘ Umwelt.“ (Fuchs-Heinritz, Klimke, Lautmann, Rammstedt, Stäheli, Weischer, & Wienold, 2011),

im Leben (kognitive Bewertung) und auf die Selbstbewertung (Selbstwertgefühl). (Bowling, 2004). Laut Bowling 2004 ist bekannt, dass es eine Verbindung zwischen gesellschaftlicher Beteiligung, Aktivität, Unterstützung und dem Gefühl von Sicherheit, Selbstwert und daraus resultierend, Selbstbestimmung gibt. Das Empfinden geliebt und unterstützt zu werden, fördert ein Gefühl von Sicherheit und damit den Selbstwert. Ein höherer Selbstwert wiederum unterstützt das Gefühl von Selbstbestimmung. Ein Gleichgewicht zwischen Abhängigkeit und Unabhängigkeit wird dadurch erreicht. Von Relevanz ist dabei, dass die Beziehungen auf Gegenseitigkeit beruhen (Bowling, 2004, S. 36). Die Größe des sozialen Netzwerkes und damit das Ausmaß an Unterstützung sind dynamisch und können sowohl negative als auch positive Effekte haben (Bowling, 2004). Freunde oder Nachbarn als Netzwerkmitglieder werden als unbeständiger (z.B. schwächere Verbundenheit) eingeschätzt als Familienangehörige. Die Größe des sozialen Netzwerks kann von kulturellen, persönlichen, situationsbedingten, nachbarschaftsabhängigen Faktoren und von den Möglichkeiten, Kommunikationssysteme zu nutzen, abhängen (z. B.: Telefon, Verwendung von Transportsystemen, körperliche Mobilität, e-mail, Mobiltelefon-Netzwerke). Aus der wissenschaftlichen Literatur geht laut Bowling deutlich hervor, dass zur Prävention von Einsamkeit und zur Erhöhung des Wohlbefindens, die Qualität der Beziehungen und das Eingebunden sein in gesellschaftliche Aktivitäten wichtiger sind als die Anzahl an Beziehungen oder die Frequenz der Kontakte. Die Einbeziehung in gesellschaftliche Aktivitäten sei eine zusätzliche Ressource für Menschen (Bowling, 2004, S. 37). Lehr (2007) beschreibt in ihrem Buch „Psychologie des Alterns“ zahlreiche Modelle zum Thema Altern und Familie oder Altern und Gesellschaft, wobei sie keine grundlegend veränderten Erkenntnisse präsentiert.

Es konnte nachgewiesen werden, dass auch Haustiere (speziell Hunde) das psychische und physische Wohlbefinden beeinflussen, einschließlich der verbesserten Überlebenschance nach einem Myocardinfarkt, wobei die Forschungsergebnisse hier, laut Bowling (2004) inkonsistent seien.

„Soziales Kapital“ [2] bezieht sich auf das Ausmaß in dem Gemeinschaften Möglichkeiten der aktiven Einbeziehung in soziale Aktivitäten anbieten, um die

[2] (1) Das ‚soziale Kapital‘ wird lt. P. Bourdieus Theorie von Ressourcen gebildet, „…die sich aus dem jeweiligen Netz von Beziehungen ergeben, die der Einzelne für sich nutzen kann ‚..(2) Allgemeiner als bei P. Bourdieu bezeichnet soziales Kapital bei J.S.Coleman (1990) alle sozialstrukturellen Ressourcen, die bestimmte Handlungen eines Individuums als Teil einer Beziehungsstruktur

persönlichen Ressourcen ihrer Mitglieder zu fördern. Solche Aktivitäten können ehrenamtliche Tätigkeiten, Gruppenmitgliedschaft, Freizeit- und Erholungsmöglichkeiten, politische Beteiligung, Bildungseinrichtungen u.ä.m. sein. „Soziales Kapital“ kann auch über Eigenschaften der sozialen Strukturen definiert werden, die als Ressourcen für Individuen zur Verfügung stehen und kollektive Aktionen ermöglichen (z.B. ein hoher Grad an zwischenmenschlichem Vertrauen und gegenseitige Unterstützung (Bowling, 2004, S. 39).

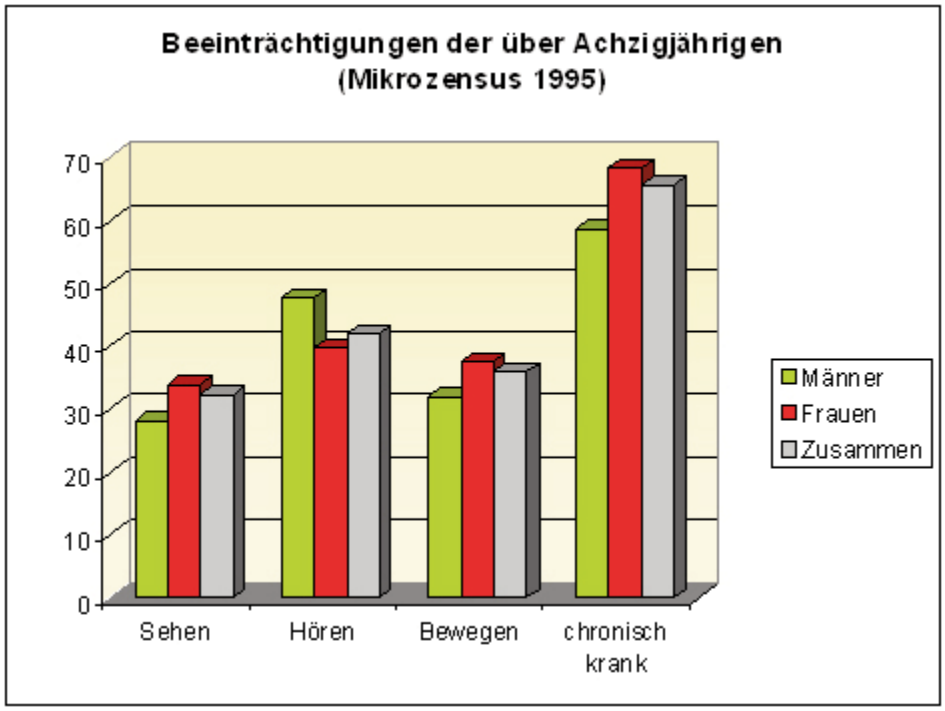
1.2.3. Gesundheitsbezogene Ansätze

Bowling (2004) zitiert Descartes, der 1637 schrieb, dass Gesundheit das höchste Gut und seine Erhaltung der wichtigste Nutzen und die Grundlage aller anderen Güter im Leben sei. Dieses Bewusstsein widerspiegelt sich in der Bedeutsamkeit von Gesundheit bei der Wahrnehmung von Lebensqualität und erhält speziell im Alter zunehmende Priorität (Brown & Flynn, 2004, S. 85). Auch Hodek, Ruhe und Greiner (2011) fanden auf Grund einer Literaturrecherche heraus, dass mit steigender Anzahl von Erkrankungen die Lebensqualität sinkt. Durch die Zunahme der Lebenserwartung steigt die Zahl der chronischen Erkrankungen. Alte Menschen leiden häufig an mehreren Krankheiten. Es gibt die Schätzung, wonach mindestens 30% der Personen über 70 Jahre an wenigstens fünf behandlungsbedürftigen Erkrankungen leiden (Holzhauser, 2008, zit. nach Robert Koch-Institut, 2003). Laut dem Hochaltrigenbericht in Österreich (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2008) waren 1995 30% der Gesamtbevölkerung von einer körperlichen Beeinträchtigung betroffen. Bei den 60 – 69 Jährigen stieg dieser Anteil auf ca. 60%, bei den 70 – 79 Jährigen auf mehr als 70% (siehe Grafik) und bei den über 80 Jährigen auf knapp 85%. Die stärkste Beeintächtigung hochaltriger Menschen entsteht durch chronische Erkrankungen. Daraus ergeben sich meist schwerwiegende Beeinträchtigungen und Funktionseinbußen die durch einen wachsenden Pflege- und Betreuungsbedarf gekennzeichnet sind. Rappold, Nagl-Cupal, Dolhaniuk und Seidl (2008) stellen die Anzahl der Pflegebedürftigen die ambulante Dienste in Anspruch nehmen an Hand der anerkannten Pflegegeldstufen dar. Demnach bezogen per 31. 12. 2005 insgesamt 374.216 Personen Pflegegeld.

---

begünstigen. Grundlagen von sozialem Kapital können unter anderem Herrschafts- oder Vertrauensbeziehungen, Rechte und Normen oder Organisationen sein.“ (Fuchs-Heinritz, Klimke, Lautmann, Rammstedt, Stäheli, Weischer, & Wienold, 2011),

Davon waren rund 47% über 81 Jahre alt (Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz, 2007, S. 42ff).



Gesundheit wird als direkte Komponente des Wohlbefindens bewertet und trägt zur Fähigkeit bei, soziale Rollen zu erfüllen, wertvolle Tätigkeiten und Ziele zu verfolgen. Aus Ungleichheiten im gesundheitlichen Status resultieren Ungleichheiten in der persönlichen Fähigkeit zu agieren (Bowling, 2004, S. 32). Bowling (2004) konkludiert zahlreiche Autorinnen und Autoren und schreibt, ein guter physischer und psychischer Gesundheitszustand wird sowohl mit Wohlbefinden als auch mit Stimmung und allgemeiner Lebensqualität gleichgesetzt bzw. als hauptursächlicher Faktor für Glück und Lebenszufriedenheit gewertet. Diese Zusammenhänge seien wiederholt dargestellt worden. Bowling schreibt weiter, dass auch der Einfluss des wahrgenommenen Gesundheitszustands und der körperlichen Funktionsfähigkeit auf soziale Aktivitäten sowie die Fähigkeit, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten von mehreren Autorinnen und Autoren belegt werden konnte.

In den Gesundheitswissenschaften ist in den letzten Jahrzehnten die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Health-Related Quality of Life = HRQOL) immer relevanter geworden. Wenn auch nur ein Teilaspekt der allgemeinen Lebensqualität, wird die HRQOL in zahlreichen Belangen der Psychologie oder der Medizin zur Beurteilung herangezogen. Sowohl in Bezug auf Diagnosestellung,

Therapiemaßnahmen, Rehabilitation, pflegerische Aspekte sowie als Outcome-Indikator wird die Lebensqualität mittlerweile als individuumsbezogenes Konzept bewertet (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003). Das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität lässt sich in vier Bereiche gliedern: (1) krankheitsbedingte körperliche Beschwerden (viele Patienten betrachten diese als primäre Ursache für Einschränkungen der Lebensqualität); (2) die psychische Verfassung (emotionale Befindlichkeit, allgemeines Wohlbefinden und Lebenszufriedenheit); (3) erkrankungsbedingte funktionale Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen (Beruf, Haushalt, Freizeit); (4) zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Interaktionen sowie erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen in diesem Bereich (Schumacher, Klaiberg und Brähler, 2003, S. 10). Radoschewski (2000) schreibt, es bestehe Konsens, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität ebenso multidimensional zu begreifen ist, wie die allgemeine Lebensqualität. Er beschreibt, ein konzeptionelles Grundmuster. wonach von fünf Gesundheitsdimensionen aus gegangen wird. Diese Dimensionen sind physische, psychische, soziale, rollenbezogenes Funktionieren und allgemeine Gesundheitsperzeption. Exemplarisch dafür nennt er Patrick (1989) und Ware (1987). (Radoschewski, 2000, S. 173).

Ein immer wiederkehrender Kritikpunkt an der HRQOL lautet, das Konzept basiere vorwiegend auf einem Krankheits- und Abhängigkeitsmodell. Es würde hauptsächlich der (dys)funktionale Status gemessen werden. Unter funktionalem Status wird das Ausmaß verstanden, in dem eine Person fähig ist die Rolle die ihr von der Gesellschaft zugeteilt wurde frei von physischen oder psychischen Einschränkungen zu erfüllen (Bowling, 2004). Mit Weiterentwicklung des Gesundheitsmodells der World Health Organisation (WHO) (1986) mit einer zunehmend ganzheitlichen Sichtweise auf den gesunden und kranken Menschen, haben sich auch die theoretischen Konstrukte zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität verändert. Anstelle des alleinigen Vertrauens auf traditionelle Indikatoren, die vorrangig auf Risikofaktoren, definierten chronischen Gegebenheiten oder Sterblichkeitsraten basieren, werden das soziale, körperliche und seelische Wohlbefinden sowie ein positives Gesundheitsgefühl und die Bewertung des selbsteingeschätzten Gesundheitszustandes mit einbezogen. Nicht nur das Fehlen von Krankheit, Leiden und Beeinträchtigung werden betont, sondern auch Ganzheitlichkeit, volle Funktions- und Leistungsfähigkeit von Geist und Körper, die Fähigkeit mit Stress umzugehen,

Integration in der Gemeinschaft, Aufrechterhaltung von sozialer Unterstützung, psychisches Wohlbefinden einschließlich Lebenszufriedenheit, Stimmung sowie physische Fitness und Gesundheit. (Bowling 2004; vgl. World Health Organisation Ottawa-Charter zur Gesundheitsförderung, 1986)

1.2.4. Mehrdimensionale Ansätze

Lebensqualitätskonzepte betonen allgemein deren Mehrdimensionalität (Bowling, 2004). Laut Brown und Flynn (2004) hätten einige Autoren versucht, ein „gemischtes Modell“ der Lebensqualität zu entwickeln, wobei die Lebensqualität auf einem „Multi-Bereichs-Kontinuum“ gezeigt wird. Der methodologische Vorteil dieses Denkansatzes sei, dass unterschiedliche Bereiche gemeinsam analysiert werden können. So könne beispielsweise zwischen unterschiedlichen Gruppen alter Menschen unterschieden werden. Bowling schreibt, dass Beckie und Hayduk (1997) gegensätzlich argumentieren würden. Die Definitionen von Mehrdimensionalität würden die Dimensionalität mit der Vielfalt der kausalen Ursprünge des Konzeptes verwechseln. Es handle sich um ein eindimensionales Konzept mit vielfachen Ursachen. Sie argumentieren, dass Lebensqualität als allgemeine persönliche Einschätzung einer einzelnen Dimension, die vielleicht ursächlich auf eine Vielfalt von Dimensionen reagiert hat, betrachtet werden kann. Der eindimensionale Lebensqualitätsindikator (z.B. die selbst eingeschätzte allgemeine Lebensqualität) sei die abhängige Variable. Die Bewertung von physischen, psychischen, sozialen, ökonomischen, Gemeinschafts- und gesellschaftlichen Bereichen seien die Prädiktorvariablen. Diese Faktoren können interagieren und tragen zur Komplexität der Bewertung bei. (Bowling, 2004, S. 41.).

1.2.5. Altersbezogene Ansätze

Es finden sich in der Literatur keine, als solches definierte konzeptionelle Modell zum Thema Lebensqualität im Alter. Nach Meinung mehrerer Autoren wären in Bezug auf altersbezogene Lebensqualitätsansätze spezifische Altersmodelle sowie die Miteinbeziehung der Perspektiven der alten Menschen, was Lebensqualität für sie bedeutet und wie sie gesteigert werden kann wichtig (Walker, 2005; Bowling, 2004). Lawton hat Kategorien von Bewohnerbedürfnissen formuliert, um daraus Instrumente zur Messung von Lebensqualität bei (dementen) Heimbewohnern zu entwickeln. Lawton gibt an, diese Dimensionen könnten teilweise auf privates Wohnen

übertragen werden. Diese Dimensionen sind: Autonomie, Privatheit, Würde/Wertschätzung, Religiosität, funktionale Kompetenzen (kognitiv, physisch), Wohlbefinden, Sicherheit/Schutz und Orientierung, Individualität/Identität, Bedeutsame Aktivität/Anregung, Freude, soziale Kontakte. (Lawton, 2001, zit. nach Mollenkopf, Schakib-Ekbatan, Oswald, & Langer, 2005, S. 12ff). Teilen der bisher beschriebenen Ansätze kommt im Alter jedenfalls besondere Bedeutung zu. Diese Aspekte sollen im Folgenden mit dem Fokus auf das Alter, beleuchtet werden. Ein in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder kehrender Aspekt des „Erfolgreichen Alterns“ ist die Fähigkeit, mit veränderten Lebensbedingungen und/oder Krisen umgehen zu können. Laut Lehr (2007, S.56) löst der Übergang in das höhere Alter eine Instabilisierung der inneren und äußeren Situation aus. Lebenszufriedenheit würde in diesem Kontext als Indikator für eine gelungene Anpassung an den Alterungsprozess gesehen werden. Schmitz-Scherzer und Thomae (1983) definieren laut Bowling diese Fähigkeit als Basis um das Selbstbewusstseins eines Menschen zu bewerten. Bowling (2004) zitiert weitere Autoren und schreibt, dass sowohl Selbstbewusstsein als auch die Selbsteinschätzung wichtige Komponenten des Wohlbefindens und des Gewöhnungsprozesses an das Alter seien. Blazer (2002) skizziere den Weg zu Selbstvertrauen/Selbstwirksamkeit und damit psychischer Gesundheit im Alter über die Weiterentwicklung von einem assimilativen, aktiven Problembewältigungsstil, hin zu einer akkommodativen, abgleichenden Copingstrategie, in dem Menschen ihre Ziele den Grenzen der jeweiligen Situation anpassen. Akkommodative Copingstrategien würden höher mit Optimismus im Alter korrelierten, als assimilative und Blazer verweist auf Modelle die indizieren, dass Optimismus zentral für die psychische Gesundheit im Alter ist (zit. in Bowling, 2004, S. 29). Laut Bowling (2004) wird die Wichtigkeit dieser Charakteristika, speziell der „selektiven Optimierung der Reduktion“ (S. 29) die auf der Anerkennung der Realitäten des Alterns und auf deren Anpassung basiert, von den Forschern der Berliner Altersstudie (Baltes & Baltes, 1990) und von betagten Menschen selbst hervorgehoben. Martin und Kliegel (2005) beschreiben die Verarbeitung altersbedingter Veränderungen als selbstregulativen Prozess. Eines der wesentlichen Konzepte sei in diesem Kontext „…die Resilienz im Sinne psychischer Widerstandskraft als Ressourcen des ‚Verlustmanagements‘.“(Brähler, Gunzelmann, Decker, & Löwe, 2009, S. 359). Bowling schreibt, dass laut Thomas (1981) betagte Menschen ihre Erwartungen modifizieren würden. Unangenehme oder Angst

provozierende Tatsachen, speziell wenn diese außerhalb ihrer Kontrolle liegen, würden negiert werden (Bowling, 2004, S. 29). Psychische Ressourcen wie Optimismus, Selbstkontrolle, Selbstvertrauen, Unabhängigkeit und Autonomie sind in diesem Lebensabschnitt bedeutsam um positive Lebensqualität empfinden zu können. Eine starke Überzeugung der eigenen Kontrolle führt zu größerem Selbstwertgefühl, vermehrt wahrgenommenem Selbstvertrauen sowie Macht über das eigene Leben. Dadurch werden Ziele, Verhalten und letztendlich das Wohlbefinden beeinflusst (Bowling, 2004). Nach Perrig-Chiel ist das Gefühl von Unabhängigkeit, Kontrolle und Autonomie essentiell für das Wohlbefinden im Alter. Eine Analyse der Basle Interdisciplinary Study of Aging konnte zeigen dass: „...compared to the young-old, among the very elderly psychological well-being is more strongly associated with feeling of control over one`s life than with physical health and capacity." (Perrig-Chielle, 1999 zit. nach Walker, 2005, S. 7). In der Sozialgerontologie sind laut Bowling (2004) die Themen Stimmung und Wohlbefinden die am meisten erforschten Variablen. Gemessen werden sie mittels einer kleinen Zahl an gut geprüften, sich überschneidenden Skalen von Lebenszufriedenheit, Wohlbefinden oder Stimmung und Affektbalance im Alter. Bowling konkludiert mehrere Forscherinnen und Forscher wenn sie schreibt, dass es bei der Interpretation der Daten notwendig sei, sich der Unterschiede der einzelnen Konzepte bewusst zu sein. Beispielsweise würden alte Menschen oft über ein geringeres Ausmaß an Freude als jüngere Menschen berichten, aber demgegenüber über ein höheres Maß an Lebenszufriedenheit im Alter. Erklärungen dafür seien, dass alte Menschen ihre Emotionen scheinbar besser steuern können oder dass sie sich stärker bewusst sind, welche äußeren Ereignisse ihre Emotionen beeinflussen und dadurch fähig sind, die Belastungen oder Reaktionen darauf besser zu kontrollieren. Bowling schreibt weiter, dies sei eine zentrale Fähigkeit um das Gefühl von Wohlbefinden, trotz der oft schwieriger werdenden Lebensbedingungen im Alter zu bewahren. Ryff (1999) habe drei psychologische Strategien beschrieben, um Wohlbefinden aufrecht zu erhalten und die Selbstbestimmung sowie Kontrolle in Hinblick auf Veränderungen im Alter zu unterstützen

- Erhöhung des Selbstwertes durch gesellschaftlichen Vergleich (z.B. bei schlechtem Gesundheitszustand)
- Entwicklung von emotional und problemfokussierten Copingstrategien, um die Stressursache zu verändern oder besser managen zu können

- die Bereiche, in denen es jemandem gut geht werden hervorgehoben, die Bedeutung der negativ besetzten Bereiche wird reduziert (z.B. Verlust von Gesundheit oder Beziehungen)

(Bowling, 2004, S. 26).

Es wird angenommen, dass das Älterwerden einhergeht mit zunehmender Reife, größerem Wissen, mehr Einfühlungsvermögen und der Fähigkeit mit Disharmonie besser umgehen zu können (Bowling, 2004). Laut Bowling würden Kritiker dieser Hypothese damit argumentieren, dass die skizierten Bilder des alten Menschen verzerrt sein könnten. Es sei möglich, dass im Alter weniger über Gefühle berichtet wird, die eine missbilligende Selbst- und gesellschaftliche Bewertung zur Folge haben könnten (ebd.). Die Stimmung im Alter wird neben psychologischen Grundbedingungen mit unterschiedlichen Themen in Verbindung gebracht. Insbesondere die Integration in die Gemeinschaft, gesellschaftliche Beteiligung oder der eigene Wohnbereich sind beeinflussende Faktoren. Wenn Menschen älter werden, haben sie in der Regel ein unterstützendes Netzwerk, das sie sich im Laufe ihres Lebens aufgebaut haben. Bowling konkludiert in ihrer Übersicht mehrere Arbeiten und schreibt, dass im Alter das Risiko einer Witwen/Witwerschaft wächst und die hohe Zahl von Menschen die kinderlos sind aufzeigen, wie wichtig es ist im Alter ein großes soziales Netzwerk aufrecht zu erhalten um nicht in soziale Isolation abzugleiten (Bowling, 2004, S. 37). Auch die Charakteristik der Nachbarschaft könne sich laut Bowling (2004) fördernd oder einschränkend auf soziale Aktivitäten auswirken. Umweltbezogene Modelle befassen sich diesbezüglich mit der Erforschung des Alterns am persönlichen Wohnort. Hier wird die Frage gestellt, wie die interne und externe Umgebung gestaltet sein soll, um die Unabhängigkeit alter Menschen sowie deren aktive Teilnahme am sozialen Leben zu fördern. Der Bereich der umweltbezogenen Gerontologie beinhaltet verschiedene Disziplinen wie: Psychologie, angewandte Geographie, Architektur, Gesundheit, und weitere themenbezogene Wissenschaften. Gitlin (2003) (zit. in Bowling, 2004, S.40) hat in ihrer Studie „Gegenwärtig altern“ die Beziehung zwischen älteren Personen und ihrer „sozial-räumlicher“ Umgebung dargestellt. Laut ihr sind die Fragen, die in dem Zusammenhang zu stellen sind, wie nehmen ältere Menschen ihre häusliche Umgebung während Krankheit und Pflegebedürftigkeit wahr und in welchen Zusammenhang stehen das eigene Heim, Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit im Laufe des Alterungsprozesses? Um die Bedürfnisse älterer Menschen im Verkehr

besser zu verstehen sollten Themen wie verbesserte Zuverlässigkeit im öffentlichen Verkehr, Verbesserungen in Belangen des Sicherheitsempfindens, mehr öffentlicher Verkehr der die Bedürfnisse von Menschen mit gesundheitlichen Problemen berücksichtigt, sowie Richtlinien für ältere Fahrer, bearbeitet werden. Im Zusammenhang mit häuslicher Technologie wurde eine Verbindung zwischen haushaltsrelevanter Technologie (z.B. Zugang zu Waschmaschinen, Geschirrspüler, Zentralheizung) und Lebenszufriedenheit unter älteren Menschen in Deutschland beschrieben (Bowling, 2004). Krajasits (2008) schreibt, dass sich besonders bei alten Menschen, die auf Grund zunehmender körperlicher Beeinträchtigungen einen Großteil ihres Alltags im unmittelbaren Wohnbereich verbringen, gute Wohnbedingungen und die Qualität des Wohnumfelds maßgeblich auf die Lebenszufriedenheit und Selbständigkeit der Personen auswirkt. Es wird angenommen, dass das Interesse älterer Menschen an neuen Technologien bei zukünftigen Kohorten noch zunehmen wird (Peeters, Bouwman und Knipscheer, 2001).

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat im Alter einen hohen Stellenwert. Laut der „relativen Deprivationstheorie“ (Michalos, 1986) schätzten Menschen das, was sie verloren haben oder was sie anstreben. Mit hoher Wahrscheinlichkeit ist zu erwarten, dass kranke Menschen die Gesundheit als das Wichtigste im Leben sehen. (Bowling, 2004, S. 33). Gesundheit war auch bei früheren Arbeiten Bowling`s (1995; 1996b) der Lebensbereich, der von Menschen ab 65 Jahren am häufigsten genannt wurde (Bowling, 2004). Dennoch soll hier betont werden, dass Alter nicht automatisch mit Krankheit gleich zusetzen ist. Die Wahrscheinlichkeit von chronischen oder altersbedingten Erkrankungen und damit verbundener Betreuungsbedüftigkeit betroffen zu sein, nimmt jedoch im Alter stark zu.

1.2.6. Zusammenfassung

Das Thema Lebensqualität ist facettenreich. Zahlreiche Denkansätze und/oder Modelle versuchen Lebensqualität zu erklären bzw. zu beschreiben. In dieser Arbeit wurde zwecks besserer Übersicht zwischen psychologischen,- sozial und sozialpsychologischen,- gesundheitsbezogenen,- mehrdimensionalen- und altersbezogenen Ansätzen unterschieden, wobei in der Literatur keine, explizit als solches definierte altersbezogenen Lebensqualitätsmodell zu finden sind. Jede Konzeption scheint für sich schlüssig, aber zu spezifisch um das Thema in seiner

Gesamtheit erfassen zu können. Objektive Indikatoren wie der sozioökonomischer Status oder die Gesundheitsdaten von Menschen können Hinweise für die Beurteilung von Lebensqualität geben, sind jedoch ohne die individuelle Sichtweise der Betroffenen unzureichend. Wie ein Mensch seine Lebenssituation bewertet hängt von unterschiedlichen intrapersonalen Faktoren ab. Psychologische, soziale und sozialpsychologische Ansätze geben Erklärungen dafür, wie und warum ein Mensch zu seiner Lebensqualitätseinschätzung kommt. Ein Aspekt dieser Denkansätze ist das Alter. Trotz aller individuellen Unterschiede ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass Menschen im höheren Alter ähnliche Lebenskrisen zu bewältigen haben, die mit Verlusten in Zusammenhang stehen, wie der Verlust des Lebenspartners, der Lebenspartnerin, der teilweise Verlust von physischer Gesundheit und/oder der succsesive Verlust der Selbständigkeit. Welche psychischen Ressourcen ein alter Mensch hat, um mit diesen Lebenskrisen um zugehen und welches soziale Netzwerk ihn dabei unterstützen kann sind wichtige Fragen in Bezug auf die Lebensqualität. Neben der Persönlichkeitsstruktur eines alten Menschen sind auch Rahmenbedingungen wie der Gesundheitszustand, körperliche Fähigkeiten, ein intaktes soziales Netzwerk oder die Gestaltung der sozial–räumlichen Umgebung ausschlaggebend für die Beurteilung der Lebensqualität. Somit sind Aspekte aller genannten Denkansätze im Alter von Bedeutung. Es kommt allerdings zu altersbedingten Verschiebungen der Prioritäten. Zur Erhaltung oder Förderung der Lebensqualität alter, pflegebedürftiger Menschen durch Betreuungspersonen ist es notwendig geeignete Instrumente zur Verfügung zu haben, um mögliche Veränderungen bei der Beurteilung der Lebensqualität messen zu können. Dies gilt sowohl für die einzelne Betreuungssituation, als auch für die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas.

1.3. Möglichkeiten zur Messung von Lebensqualität

Ziel dieser Arbeit ist es Dimensionen zu identifizieren, die für das positive Empfinden von Lebensqualität alter, pflegebedürftiger Menschen verantwortlich sind und durch pflegerische Interventionen unterstützt werden können. Wichtig sind folglich sowohl grundlegende Dimensionen von Lebensqualität im Alter, die als Basis herangezogen werden können, als auch die individuelle Ausgangslage der betroffenen Personen. Erst im Anschluss können Veränderungen gemessen werden. Was gemessen wird, durch wen beurteilt wird und mit Hilfe welcher Instrumente, wird im folgenden Kapitel

vorgestellt. Die Schwierigkeit liegt dabei in der Wahl der Instrumente. Radoschewski (2000) schreibt dazu, dass es keinen „Gold-Standard“ als bestes Maß gibt. Das sei vom theoretischen Konstruk her weder für die Lebensqualität noch für die gesundheitsbezogene Lebensqualität möglich. Er beschreibt den konstruktivistischen Ansatz der Lebensqualitätsmessungen, wo die „zu messende Größe über die Messmethode operationalisiert wird“. (Radoschewski, 2000, S. 171). Des weiteren schreibt er, dass mit „unterschiedlichen Messmethoden/Operationalisierungen zwangsläufig eine Vielzahl verschiedener Begriffe des (gleichen) Untersuchungsbereiches definiert wird, d.h. es exisitieren ebensoviele `Lebensqualitäten` wie Messmethoden.“ (ebd, 2000, S. 171). In der Literatur finden sich bis heute keine Hinweise darauf, dass sich an dieser grundlegenden Problematik etwas verändert hätte. Bei der Entwicklung von Messinstrumenten ist allerdings eine Verschiebung in Richtung gesundheitsbezogener Lebensqualität bemerkbar. Zu unterscheiden sind Messinstrumente die in der Forschung verwendet werden, oft um die Messergebnisse verallgemeinern zu können und solche, die in der praktischen Arbeit mit Patienten von Relevanz sind. Es kommt hier immer wieder zu Überschneidungen. Ein Beispiel dafür ist das **Short Form 36 Health Survey (SF-36)**. In der Medizin wird dieses Instrument zur Therapiekontrolle verwendet, in der Gesundheitswissenschaft zur Erforschung von gesundheitsbezogener Lebensqualität. Wie schon bei den theoretischen Ansätzen festgestellt wurde, können unterschiedliche Lebensbereiche die Lebensqualität beeinflussen und sind somit für deren Messung von Bedeutung. Die Instrumente zur Messung der Lebensqualität sind entsprechend der Menge an Konzepten und Denkmodellen zahlreich und divergent. Weil Lebensqualität nicht als Kombination von subjektiven und objektiven Faktoren zu sehen ist, sondern als multidimensionales Konstrukt verstanden werden kann, ist laut Janig, Penz, Pipam und Likar (2005, S.48) kein einheitlicher Gesamtwert der Lebensqualität ermittelbar. Stattdessen müssen verschiedene Lebensbereiche betrachtet werden. Sie schreiben, dass die Gesundheit einen wichtigen Stellenwert hat. Das sei mit zahlreichen Studien belegt und der Grund dafür, dass angewandte Lebensqualitätsforschung zu einem großen Teil in der Medizin und verwandten Wissenschaften angesiedelt sei. Auch Schäfer (2008) betont, dass Lebensqualität als Konstrukt zu verstehen sei und nicht als Merkmal, das direkt beobachtbar oder erfahrbar sei. In Bezug auf alte, kranke Menschen schreiben Kuhlmey, Brennecke und Naegler (2005, S. 46), dass: „…das

Angebot an Instrumenten zwar reichlich ist, deren Spezifität für die Lebenssituation mehrfach erkrankter alter Menschen allerdings gering.“ Bowling (2004) kritisiert allgemein, dass das Konzept der Lebensqualität pauschal in positiven Termini definiert wäre („gute Lebensqualität“), die Messungen dazu würden jedoch häufig mit negativen Ausdrücken agieren (z.B. Verlust der Gesundheit, Unfähigkeit, geistige/seelische Erkrankung, Einsamkeit). Die Betonung liege auf Verlusten statt auf Ressourcen. Sie merkt beispielsweise an, dass Angst und Depression (negative Indikatoren) als repräsentatives Maß für Wohlbefinden im Alter herangezogen werden. Trotz dieser kritischen Einwände, erhält die Lebensqualitätsforschung und damit die Entwicklung von geeigneten Messinstrumenten in den letzten Jahren einen immer größeren Stellenwert. Zur internationalen Entwicklung von Messinstrumenten betonen Bullinger und Brütt (2009) die Wichtigkeit von kulturellen Spezifitäten der Lebensqualitätsdimensionen, die ebenso beachtet werden müssen wie eine verständliche Sprache.

In der Regel wird zwischen allgemeiner und gesundheitsbezogener Lebensqualität (Health-Related Quality of Life, HRQOL) unterschieden. Trotz der unbestrittenen Überschneidungen zur allgemeinen Lebensqualität, ist das gesundheitliche Befinden nur ein begrenzter Teil des allgemeinen Konzeptes. Mit Zunahme der Lebenserwartung und damit verbunden der chronischen Erkrankungen, wird die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität jedoch immer relevanter. Dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Evaluationskriterium in der Medizin zunehmend an Bedeutung gewinnt betonten Schumacher, Klaiberg und Brähler bereits 2003. Bowling stellte 2004 fest, dass während der letzten zwei Jahrzehnte vorzugsweise krankheitsspezifische „life of quality - outcome –scales“ (Bowling, 2004 S. 47) produziert wurden. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität bezieht sich auf die subjektiv wahrgenommene physische und psychische Gesundheit, die funktionale Alltagskompetenz sowie auf soziale Integration. Bei den meisten Messungen, mit denen ein breiter gefasster Gesundheitsstatus erhoben wird, werden die Probanden sowohl zu ihrem Gesundheitsstatus, als auch zu Lebensbereichen befragt, die durch ihr psychisches und physisches Befinden, beeinflusst werden (Bowling, 2004).
Bullinger und Brütt (2009) schreiben, für krankheitsspezifische Messungen sei eine Zunahme an international verfügbaren Instrumenten feststellbar. Auch im

deutschsprachigen Raum würden verschiedene Messinstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt. Als etablierte Instrumente nennen sie:

- Skalen zur Erfassung von Lebensqualität = SEL
- Fragebogen zur Lebenszufriedenheit = FLZ
- ALLTAGSLEBEN
- Spezielle Messinstrumente im Zusammenhang mit gesundheitsökonomischen Fragestellungen: Instrumente mit psychometrischen Ansätzen zur Berechnung sogenannter *lebensqualitätsadjustierter Lebensjahre* (QALY) und als Erweiterung, *beeinträchtigungsadjustierter Lebensjahre* (DALY), als Indikator für den Gesundheitsstatus einer Population an Hand von Gesundheitseinschränkungen und Behinderungen

(Bullinger & Brütt, 2009 S. 20f)

Eine weitere Differenzierung der Instrumente findet durch die Messung von objektiven oder subjektiven Indikatoren statt. Zur objektiven Bewertung der Lebensqualität werden hauptsächlich soziale und ökonomische Indikatoren herangezogen. Dazu gehören Lebensstandard, Gesundheitsdaten, Lebenserwartung, Wohnungsstandard und Wohnumgebung, aber auch das Ausmaß der Individualisierung einer Gesellschaft oder die politische, ökonomische und persönliche Freiheit. (Bowling, 2004) Einen häufig genannten Wert zur Objektivierung der Lebensqualität eines Landes stellt das Bruttoinlandsprodukt dar. Ein weiterer objektiver Aspekt ist das „soziale Kapital“. Um dessen Ausmaß beurteilen zu können, werden Indikatoren wie beispielsweise Kriminalitätsraten, Umweltbelastungen, Lebenserhaltungskosten, Einkaufsmöglichkeiten, Zugang zu Naturgebieten, Bildungseinrichtungen, Daten der öffentlichen Verwaltung, Beschäftigungszahlen und Arbeitslosenraten, Zugang zu Gemeindewohnungen und deren Qualität, Kosten für öffentliche Verkehrsmittel und einiges mehr herangezogen. Lebensqualitätsbegünstigende Faktoren sind beispielsweise die Verfügbarkeit und die Art von öffentlichen Einrichtungen und Ressourcen (Bowling, 2004).

Zu den subjektiven Indikatoren zählen Parameter wie Lebenszufriedenheit, (psychisches) Wohlbefinden, Stimmung, persönliche Zufriedenheit, Selbstverwirklichung, Freude, Glück (Bowling, 2004). Im Gegensatz zu den

objektiven Faktoren, sind bei den subjektiven die Bewertungen der eigenen Lebensumstände jedes Einzelnen relevant.

Die objektiv erhebbaren Daten beeinflussen in Teilbereichen, wie zum Beispiel der Gesundheit oder der Verfügbarkeit von öffentlichen Einrichtungen auch die Lebensqualität alter, pflegebedürftiger Menschen. Laut Walker (2005) sind jedoch Faktoren wie die subjektiv eingeschätzte Gesundheit oder das Wohlbefinden einflussreicher für die Bewertung der Lebensqualität als objektive ökonomische oder soziodemographische Faktoren. Sie zitiert dazu noch weitere Autorinnen wie Bowling und Windsor (2001) und Brown, Bowling, und Flynn (2004).

Bowling (2004) schreibt, es bestehe Konsens darüber, dass subjektive und objektive Daten zur Beurteilung von Lebensqualität neben bzw. miteinander bestehen sollten. Es werde vermehrt eine Kombination aus objektiven und multidimensionalen, subjektiven sowie gesundheitsbezogenen Variablen betont. Sie analysiert jedoch, dass europäische Wissenschaftler in der Gerontologie hauptsächlich auf objektive Daten setzen würden. Subjektive Einschätzungen beziehen sich hauptsächlich auf gesundheitsbezogene Kriterien sowie Daten in Bezug auf Sozialleistungen. In den USA würde der Schwerpunkt auf subjektive Indikatoren gelegt. (Bowling, 2004; Janig, Penz, Pipam, & Likar, 2005). Schulz, Strodl und Lang (2005) weisen darauf hin, dass es wohl Zusammenhänge zwischen objektiven Indikatoren gäbe, wie zum Beispiel zwischen „…politischer Stabilität, sozialer Gerechtigkeit, Stellung der Frau, etc. …“ (Schulz, Strodl und Lang, 2005, S. 213) und „materiellem Wohlstandsniveau“. Auf die Lebenszufriedenheit und Glück hätten diese Indikatoren aber nur geringe Auswirkungen. Eine Weiterentwicklung des subjektivistischen Ansatzes in der Lebensqualitätsforschung sei gerechtfertigt, da „jeder materielle Nutzen letztendlich in einen subjektiven Nutzen umgewandelt werden muss.“ (Schulz et al., 2005, S. 213). Wichtigstes Ziel der Lebensqualitätsforschung sei es, trotz der individuellen Besonderheit der wahrgenommenen Lebensqualität, dies mittels Messinstrumenten fest zu halten. Die Wissenschaft würde dann versuchen, die natürliche Tendenz des Menschen sein Leben im Verhältnis zu den für ihn wichtigen Lebensbereichen zu bewerten, zu verallgemeinern. Die Schwierigkeit liege darin, zu definieren, welche Bereiche für die Mehrheit der Menschen von Relevanz seien (Bowling, 2004). Um abschätzen zu können woraus sich Lebensqualität zusammensetzt betonte Mukherjee bereits 1989 die Wichtigkeit von offenen Fragen, und Tiefeninterviews (zit. in Bowing, 2004). Die Ergebnisse sollten mit standardisierten, objektiven,

unabhängigen Messinstrumenten in Balance gebracht werden. Laut Bowling (2004) liegt Lebensqualität immer im Auge des Betrachters und definiert sich ausschließlich darüber, was es für den Einzelnen bedeutet (S. 42). Bowling bezieht sich dabei auf Aussagen anderer Wissenschaftler wie beispielsweise Campbell (1972) oder O`Boyle (1997). Das scheint eine standardisierte Messung und damit Verallgemeinerbarkeit von lebensqualitätsbeeinflussenden Faktoren zu erschweren. Es stellen sich die Fragen, ob es überhaupt möglich ist die individuelle Ausprägung von Lebensqualität jedes einzelnen Probanden mit Hilfe von Messskalen wider zu spiegeln und in welchem Umfang die Ergebnisse solcher Befragungen verallgemeinerbar und damit für die Forschung verwertbar sind. Es gibt noch weitere kritische Einwände in Bezug auf die Messbarkeit der Lebensqualität alter Menschen. Laut Fox-Rushby und Parker (1995, zit. in Bowling, 2004 S. 42) sollte die Sichtweise „der Allgemeinheit“, der „relevanten Laien“ auch bei der Entwicklung von Messinstrumenten hinzu gezogen werden, um zu vermeiden, dass sich die Wertvorstellungen und Überzeugungen der Theoretikerinnen und Theoretiker in den Fragebögen widerspiegeln. Der negative Schwerpunkt der meisten Fragebögen, die zudem meist nicht speziell für alte Menschen entwickelt wurden, berge die Gefahr in sich, die gute Lebensqualität zu wenig zu betonen (Walker, 2005). O`Boyle (1997, zit. in Bowling, 2004) argumentiert, dass bei der Heterogenität der älteren Bevölkerung es unwahrscheinlich ist, dass einfache Maßeinheiten für alle Zielsetzungen passend seien. Er schreibt, dass auf Krankheiten basierende Lebensqualitätsmessungen zur Beurteilung alter Menschen diskriminierend seien und ungeeignet, um die Lebensqualität gesunder Menschen einzuschätzen. Seine Messung der Lebensqualität (SEIQoL) basiert auf einer phänomenologischen Perspektive. (zit. in Bowling 2004, S. 43).

1.4. Instrumente zur Messung von Lebensqualität im Alter

Im folgenden Kapitel werden Messinstrumente zur Messung von Lebensqualität vorgestellt, die für die spezielle Zielgruppe alter, betreuungsbedürftiger Menschen angewendet werden. Bei der unübersichtlichen Vielzahl an Messinstrumenten ist es schwierig, die geeigneten Instrumente dafür herauszufiltern. Zur Unterstützung wurde hierfür eine „Sammlung psychodiagnostischer Verfahren zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und des Wohlbefindens“ von Schumacher, Klaiberg und Brähler (2003) herangezogen. Grund für diese Wahl war, dass die

Autoren betonen, die Auswahl der angeführten Verfahren in ihrem Buch sei auf Basis einer umfangreichen Expertenbefragung erfolgt. Sie schreiben ausserdem, dass alle Verfahren folgenden Kriterien entsprechen: die Verfahren sind im deutschsprachigen Raum entwickelt worden oder sind in deutscher Fassung vorliegend; die Verfahren sind teststatistisch überprüft, d.h. sie haben sich in empirischen Studien als reliabel und valide erwiesen; für die Verfahren liegen Normwerte oder zumindestens Vergleichswerte für klinische Gruppen vor (Schumacher, Klaiberg, & Brähler, 2003, S. 15). Auf Grund der von Schumacher et al. (2003) beschriebenen Anwendungsbereiche und Kurzbeschreibungen zu den einzelnen Messverfahren, konnten Verfahren identifiziert werden, die für die vorliegende Arbeit von Relevanz sind. Das heisst, die ausgewählten Verfahren sind entweder für alte Menschen konzipiert worden oder werden als besonders geeignet für die Anwendung bei alten, gebrechlichen Menschen beschrieben (z.B. Anzahl der Items). Ein weiteres Kriterium für die Auswahl von Instrumenten die hier thematisiert werden, war die Häufigkeit der Nennung in Forschungsarbeiten zum Thema Lebensqualität im Alter. Schlussendlich wurden zehn Messinstrumente identifiziert im nächsten Abschnitt vorgestellt werden.
Bei der Auswahl wurde keine Unterscheidung getroffen ob die Instrumente ausschließlich für Forschungszwecke entwickelt und angewendet werden, oder (auch) für diagnostische und therapeutische Zwecke, um beispielsweise demenzielle Entwicklungen zu erkennen oder therapieinduzierte Veränderungen abzubilden (z.B. Nürnberger-Alters-Beobachtungs-Skala (NAB) (Schumacher et al., 2003 S. 233), Nürnberger-Alters-Rating (NAR) (Schumacher et al., 2003 S. 236). Die Instrumente erfassen entweder eine oder mehrere Dimensionen der Lebensqualität. Die abgefragten Bereiche beziehen sich auf die globale Lebenszufriedenheit, subjektives Wohlbefinden, Veränderungen der allgemeinen Befindlichkeit bis hin zu „alterstypischen“ Lebensqualitätseinschränkungen an Hand von verschiedenen Themen wie Gesundheit, Partnerschaft, kognitiver Funktion, etc. Häufig zu findende Fragen beschäftigen sich mit dem Verlust von Selbständigkeit, körperlicher Funktionsfähigkeit oder der sozialen Situation. (z.B. Nürnberger-Alters-Selbstbeurteilungs-Skala (NAS) (Schumacher et al., 2003, S. 238), Mannheimer Inventar der Lebensverhältnisse im Alter (MILVA) (Schumacher et al., 2003, S. 220), Satisfaction with Life Scale (SWLS) (Schumacher et al., 2003, S. 305), Skala zum erlebten Veränderungsdruck (SVD) (Schumacher et al., 2003, S. 301), Skala zur Lebensbewertung (SLB) (Schumacher et al., 2003, S. 297). Es gibt sowohl

Fremdeinschätzungsverfahren als auch Selbstbeurteilungsinstrumente zur Einstufung subjektiver Wahrnehmungen. Manchen Messinstrumenten liegen explizit theoretische Konstrukte wie Alterstheorien oder Theorien zur Lebensqualität zu Grunde. (z.B. Nürnberger-Alters-Selbstbeurteilungs-Skala (NAS) (Schumacher et al., 2003 S. 238), Nürnberger-Lebensqualitäts-Fragebogen (NLQ) (Schumacher et al., 2003 S. 249) .

Im folgenden Abschnitt werden zehn Messmethoden detaillierter beschrieben. Die Beschreibungen enthalten Angaben bezüglich Anwendungsbereich des Verfahrens, Grad der Verbreitung, die konkrete Fragestellung die der Methode zu Grunde liegt, die Anzahl möglicher Items und der Schwierigkeitsgrad beim Beantworten, sowie Anmerkungen von Wissenschaftlern zu den einzelnen Verfahren (sofern vorhanden). Die Instrumente wurden ausgewählt, weil sie sich durch besondere praktische Relevanz auszeichnen, und/oder durch die Häufigkeit ihrer Nennung in der Literatur. Zudem werden, entsprechend der allgemeinen Tendenz in der Lebensqualitätsforschung, Instrumente die die Funktionsfähigkeit bzw. Selbständigkeit eines alten Menschen und/oder die gesundheitsbezogene Lebensqualität messen, vorgestellt. Es werden auch Verfahren beschrieben, die nicht explizit die Lebensqualität im Alter messen. Grund für ihre Nennung ist deren offensichtliche Bedeutung in der internationalen Forschung zur Lebensqualität (Häufigkeit der Nennung in der Literatur) sowie deren indirekte Relevanz für das Thema der Arbeit.

1.4.1. Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale (PGCMS)

Die Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale (Lawton 1975, revidierte Version) ist ein vollstandardisierte Verfahren und wurde zur Selbst- oder Fremdbeurteilung speziell für alte Menschen entwickelt. Der Fragebogen besteht aus 17 Items und bezieht sich darauf, welche Einstellung, Gefühle, Gedanken ein Mensch zu seiner aktuellen Lebenssituation und zum Prozess des Alterns hat. Die Fragen sind mit Ja/Nein zu beantworten. (Das Psychologielexikon)
Laut Heideken Wagert von, Rönnmark, Rosendahl, Lundin-Olsson, Gustavsson, Nygren, Lundmann, Norberg und Gustafson (2005), scheint das Instrument für die ältesten Alten anwendbar. Sie hatten die PGCMS im Rahmen einer Studie mit Menschen ab 85 Jahren angewendet, um die Stimmung und Gefühle dieser

Menschen zu messen. Sie wird in zahlreichen Studien beschrieben und misst subjektives Wohlbefinden bzw. Lebensqualität.

1.4.2. Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL)

Die Messung der Lebensqualität mittels **Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL) (O`Boyle,** 1997) basiert auf einer phänomenologischen Perspektive und definiert Lebensqualität als „what the individual determines it to be.“ **(O`Boyle,** 1997, zit. nach Bowling, 2004 S. 43). Beim SEIQoL-Verfahren werden die Interviewten gebeten, fünf für sie wichtige Lebensbereiche zu benennen, zu gewichten und zu bewerten. (Bowling, 2004, S. 43)
Im Gegensatz zu der großen Zahl an vollständig strukturierten Instrumenten, wird bei der phänomenologischen Perspektive die Lebensqualität als subjektives, unstrukturiertes Konzept betrachtet, das abhängig ist von den spezifischen Interpretationen und Vorstellungen eines Menschen (Ziller, 1974, zit. in Browling, 2004, S. 41).

1.4.3. WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität (WHOQOL-100/-BREF)

Bei den WHO Instrumenten zur Erfassung der Lebensqulität (WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF) (Angermeyer, Kilian und Matschinger, 2000 deutschsprachige Version, Originalversion 1995) handelt es sich um zwei Verfahren die der Erfassung der subjektiven Lebensqualität dienen. Entwickelt von einer internationalen Arbeitsgruppe der Weltgesundheitsorganisation wurde von Beginn an die subjektive Perspektive von Laien sowie medizinisches Expertenwissen mit einbezogen.
Der WHOQOL-100 umfasst 100 Items zu den Dimensionen

- Physische Lebensqualität,
- Psychische Lebensqualität,
- Unabhängigkeit,
- Soziale Beziehungen,
- Umwelt,
- Religion/Spiritualität.

Die kürzere Form des Fragebogens, der WHOQOL-BREF umfasst 26 Items zu den Dimensionen

- Physische Lebensqualität,

- Psychische Lebensqualität,
- Soziale Beziehungen,
- Umwelt

Die zu Grunde liegende Definition von Lebensqualität lautet wie folgt: „…individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertsystems in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäbe und Interessen.“ (Kilian, 2003, zit. in Schumacher et al., 2003 S. 325). Beide Messinstrumente können sowohl bei Gesunden als auch bei Menschen mit physischen oder psychischen Erkrankungen eingesetzt werden. Laut Kilian dienen sie unter anderem als Outcome-Indikatoren zwecks Qualitätssicherung sowohl im ambulanten wie auch im stationären Betreuungsbereich (Kilian, 2003, zit. in ebd).

Auf Grund des Anwendungsbereichs zur Qualitätssicherung, als auch auf Grund der Tatsache, dass diese Verfahren international anerkannt sind, werden sie hier angeführt.

1.4.4. Affect Balance Scale (ABS)

Es handelt sich bei der **Affect Balance Scale** (Bradburn, 1969, englische Originalversion; Becker, 1982, deutsche Version mit alternativer Antwortskalierung) um ein zweidimensionales Selbstbeurteilungsverfahren. Schumacher konkludiert zahlreiche Wissenschaftler und schreibt, dass das Verfahren im Bereich der gerontologischen Forschung weltweit am häufigsten eingesetzt wird, um das emotionale Wohlbefindens zu erfassen (Schumacher, 2003, S. 25).

Das Instrument umfasst zehn Items, diese werden den beiden Dimensionen „positives emotionales Befinden“ bzw. „negatives emotionales Befinden“ zugeordnet. Erfasst werden soll die Häufigkeit von positiven oder negativen Affekten in einem definierten Zeitraum. Ausgangspunkt bei Bradburn ist, „…dass sich das emotionale Wohlbefinden einer Person als Balance zwischen positiven und negativen Gefühlszuständen darstellen lässt.“ (Schumacher et al., 2003 S. 26).

1.4.5. Fragebogen zur Lebensorientierung (Orientation to life questionaire) oder Sense of Coherence Scale

Der Fragebogen zur Lebensorientierung (Antonowsky, 1983) dient der Erfassung des Kohärenzgefühls (SOC) nach Antonowsky. Der SOC (sense of Coherence) ist laut

Antonowsky ab dem Erwachsenenalter ein relativ stabiler Wert. Dieser wird durch die unterschiedlichsten Herausforderungen des Lebens „attakiert“, kann jedoch durch positives Einwirken von außen vorübergehend beeinflusst werden, um anschließend wieder zu einem relativen Mittelwert zurück zu pendeln. (Antonowsky, 1997, S. 114f)
Der OLQ wurde in mehrere Sprachen übersetzt. Laut einer 2011 veröffentlichten Studie von Naaldenberg, Tobi, Esker van den und Vaandrager, hat der 11-Item-Fragebogen bei der Befragung von älteren Menschen die besten Werte bzgl. der Validität und Reliabilität.

1.4.6. Short Form 36 Health Survey (SF-36)

Das **Short Form 36 Health Survey oder kurz** SF-36 (M. Bullinger, I. Kirchberger 1998; Originalversion: International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project (Aaronson, Acquadro, Alonso, Apolone, Bucquet und Bullinger, 1992) ist ein Instrument, das der Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität dient. Vier Komponenten sollen mittels Fragebogen erfasst werden: das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Alltagskompetenz. Die Probanden geben selbst Auskunft über ihr Befinden und ihre Funktionsfähigkeit. Die subjektive Sichtweise der Befragten hat Vorrang vor der Identifikation und Quantifizierung von Funktionen. Der Test besteht aus 36 Items. Damit sollen folgende acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit erfasst werden

- Körperliche Funktionsfähigkeit
- Körperliche Rollenfunktion
- Schmerz
- Allgemeine Gesundheitswahrnehmung
- Vitalität
- Soziale Funktionsfähigkeit
- Emotionale Rollenfunktion
- Psychisches Wohlbefinden

Das Verfahren hat sich national und international zu einem der am meisten eingesetzten Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität entwickelt. Es hat gute psychometrische Eigenschaften und klinische Aussagekraft (Bullinger & Morfeld 2008). „Die Bewertung der Ausfüllzeit und der Fragenformulierung in Bezug auf Verständnis – auch für ältere oder polymorbide

Patienten – und Intimität wurde als positiv eingeordnet.“ (Bullinger & Kirchberger 1998, zit. nach Bullinger, Morfeld und Hoppe-Tarnowski, 2003, S. 278)

1.4.7. Geriatric Depression Scale

Die Geriatric Depression Scale (Yesavage, Brink und Ross, 1982) ist ein ausschließliches Screening Instrument. Sie ermöglicht Erkenntnisse über den psychischen/emotionalen Zustand eines alten Menschen und wird daher hier angeführt, da die psychischen Ressourcen eines Menschen, wie unter anderem Optimismus, Selbstkontrolle oder/oder Selbstvertrauen bedeutsam sind, um positive Lebensqualität empfinden zu können. Es können daher Rückschlüsse auf die Lebensqualität gezogen werden. Der Fragebogen (Originalversion mit 30 Items, Kurzversion 15 Items) dient auf Grund hoher Sensitivität auch bei leichten kognitiven Einschränkungen der frühzeitigen Erkennung einer Depression. (Nikolaus, 2001).

1.4.8. European Quality of Life Questionaire (EuroQOL EQ-5D)

Der **European Quality of Life Questionaire (Schulenburg Graf** von der, Claes, Greiner und Uber, 1998, deutsche Version) wird nicht explizit als Messinstrument zur Erfassung der Lebensqualität im Alter beschrieben. Es wird jedoch als besonders geeignet für den Bereich von Gesundheits- und Rehabilitationsökonomischen Evaluationsprojekten dargestellt. Die Betreuung alter, gebrechlicher Menschen stellt einen hohen gesundheitsökonomischen Faktor dar, so dass der Fragebogen hier erwähnt werden sollte. Laut Schumacher (2003, S. 86) sei der EuroQOL gegenwärtig der einzige, in deutscher Sprache zur Verfügung stehende Gesundheitsfragebogen, der eine eindimensionale Maßzahl zur Erfassung der Lebensqualität bereitstelle, wie sie für Kosten-Nutzwert-Analysen benötigt werde. Er bezieht sich dabei auch auf Greiner und Uber (2000) und Seitz, Schweikert, Jacobi, Tschirdewahn und Leidl (2001). Erfasst wird die gesundheitsbezogene Lebensqualität qua Selbstbeurteilungsverfahren. Dieses Verfahren besteht aus einem Fragebogen mit folgenden fünf Items, zum aktuellen Gesundheitsstatus

- Beweglichkeit/Mobilität,
- für sich selbst sorgen,
- allgemeine Tätigkeiten z.B. Arbeit, Familie- oder Freizeitaktivitäten, Schmerzen/körperliche Beschwerden,

- Angst/Niedergeschlagenheit,

einer visuellen Analogskala, von 0 (= der schlechteste vorstellbare Gesundheitszustand) bis 100 (= der beste vorstellbare Gesundheitszustand) sowie zusätzlichen Bewertungsbögen. Als Ergebnis wird der sogenannte Lebensqualitätsindexscore ermittelt. (Schumacher, 2003, zit. in Schumacher et al., 2003)

1.4.9. Das Geriatrische Assessment

Der Zusammenhang zwischen Lebensqualität und den Bereichen Autonomie, Selbstbestimmung, Mobilität sowie Selbständigkeit bei der Erfüllung der Aktivitäten des täglichen Lebens im Alter ist mehrfach betont worden. (Leischker & Kolb, 2007, S.1195). Das Gefühl von Selbständigkeit und Autonomie sind für das Wohlbefinden im Alter essentiell. Um diese Faktoren erhalten bzw. fördern zu können ist es notwendig physische, psychische oder soziale Funktionseinschränkungen und Selbstpflegefähigkeiten eines alten Menschen, die durch Krankheiten oder andere Krisen entstanden sein können, zu erkennen. Das Geriatrische Assessment ist dafür ein geeignetes Verfahren. Daraus ergibt sich der indirekte Rückschluss auf die Lebensqualität alter Menschen.

Definition: „Das Geriatrische Assessment ist ein standardisierter, multidimensionaler, interdisziplinärer Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionalen Probleme und Defizite sowie die bestehenden Kapazitäten zu erkennen und einen umfassenden Therapie-, Rehabilitations- und Betreuungsplan zu entwickeln.“ (Frühwald & Gosch 2008, S. 38) Im Rahmen eines Geriatrischen Assessments werden sowohl die Fähigkeiten zur Durchführung der Aktivitäten des täglichen Lebens betrachtet als auch Mobilität oder Kognition. In der Literatur finden sich dazu unterschiedliche Angaben, welche Assessmentinstrumente zur Anwendung kommen. Je nach Institution und individueller Notwendigkeit, abhängig von Alter, Krankheitsbild oder Funktionsstörung, können sich die Instrumente unterscheiden.
Das Geriatrische Basisassessment beinhaltet jedenfalls

- Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens z.B. mit Hilfe des Barthel-Index [3] (Mahoney & Barthel, 1965)
- Beurteilung der Mobilität und des Sturzrisikos z.B. durch „Timed-Up and Go“ – Test (Podsiadlo & Richardson, 1991, zit. nach Welz-Barth & Hader, 2007) und/oder Mobilitätstest nach Tinetti (Tinetti, 1986, zit. nach Welz-Barth & Hader, 2007)
- Beurteilung der Kognition z.B. mittels Mini Mental State Examination (MMST) (Folstein, Folstein & Mc Hugh, 1975, zit. nach Weltz-Bart & Hader, 2007) oder DemTec-Test (Kessler, Calabrese, Kalbe und et al., 2000, zit. nach Leischker & Kolb, 2007)

1.4.10. Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.D.E.)

Das **Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.D.E.)** (Becker, Kruse, Schröder und Seidl, 2005) wurde entwickelt, um die Lebensqualität demenzkranker Heimbewohner zu beurteilen.
Auf Grund dieses begrenzten Anwendungsbereiches (Lebensqualität bei Demenz) ist es für die vorliegende Arbeit (alte, pflegebedürftige Menschen, die zu Hause betreut werden) nicht unmittelbar passend. Um das Bild der zurzeit vorherrschenden Messinstrumente zu vervollständigen, wird das Instrument dennoch hier angeführt. Auf Grund der immer höher werdenden Zahl an dementen Menschen sowie der Tatsache, dass eine Demenzerkrankung vor allem in ihren Anfangsstadien häufig (noch) nicht diagnostiziert ist, scheint das ebenfalls zu rechtfertigen. Bowling kritisiert beispielsweise, dass Personen mit Demenz meist von Umfragen ausgeschlossen seien. Bedenke man die steigende Prävalenz von Demenzerkrankungen in der älteren Bevölkerung, so zeige sich, dass durch den Ausschluss dieser Personen eine große Wissenslücke zum Thema Lebensqualität im Alter entstanden sei (Bowling, 2004).
Bei der Operationalisierung von **H.I.L.D.E.** wird von acht Dimensionen ausgegangen, die von ursprünglich vier Dimensionen der Lebensqualität (subjektives Wohlbefinden,

[3] Entwickelt wurde der Barthel-Index von F.I. Mahoney und D.W. Barthel (1965) als Index der Unabhängigkeit von Patienten mit neuromuskulären und muskuloskeletalen Erkrankungen. Erstveröffentlichungsnachweis: Mahoney, FI., Barthel, DW. (1965), the Barthel Index. Maryland state medical journal 14: 61-65 (Kompetenzzentrum Geriatrie, 2013)

erlebte Lebensqualität, Verhaltenskompetenz, objektive Umwelt) wie sie Lawton, van Haitsma und Klapper (1996) für demenzkranke Heimbewohner definiert hat, abgeleitet wurden

- Räumliche Umgebung,
- soziale Umwelt,
- Betreuungsqualität,
- Verhaltenskompetenz,
- medizinisch-funktionaler Status,
- kognitiver Status,
- Psychopathologie und Verhaltensauffälligkeiten,
- subjektives Erleben und emotionale Befindlichkeit.

Diese Dimensionen sollen mit Hilfe von sechs unterschiedlichen Messmethoden beurteilt werden: Gerontopsychiatrische Untersuchung, Bewohnerinterview, Pflegeinterview, Angehörigeninterview, Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH) und Analyse von Pflegedokumentationen.

1.5. Zusammenfassung

Die Frage, welche Instrumente geeignet sind die Lebensqualität alter, zunehmend gebrechlicher werdender Menschen authentisch wieder zu spiegeln kann bisher nicht ausreichend beantwortet werden. Schon die für diese Arbeit vorgenommene Auswahl an Messverfahren zur Beurteilung von Lebensqualität im Alter zeigt deren Vielfalt. In den letzten Jahren wurden hauptsächlich Messinstrumente entwickelt, die die Lebensqualität in spezifischen Lebenssituationen, vornehmlich krankheitsbedingten, abbilden sollen. Das ist auch in der aktuellen Literatur deutlich erkennbar. Die Reduktion des Alters auf Krankheit und Pflegebedürftigkeit ist jedoch nicht ausreichend. Um den unterschiedlichen Bedürfnissen alter Menschen Rechnung zu tragen sollten ganzheitliche, individuelle Ansätze bei den Messungen im Vordergrund stehen. Für diagnostisch/therapeutische Zwecke ist das ein wesentliches Kriterium. Ob bzw. in wie weit daraufhin gewonnene Erkenntnisse für Forschungszwecke und/oder zur Formulierung allgemeingültiger Betreuungsrichtlinien verallgemeinerbar sind, steht dann allerdings nach wie vor zur Diskussion.

2. Aktueller Forschungsstand zum Thema

Einleitend zu diesem Kapitel stehen allgemeine Überlegungen zu Alter und Krankheit. Anschließend werden Forschungsarbeiten behandelt, die sich mit dem Thema Lebensqualität im Alter und deren unterschiedlichen Einflussfaktoren beschäftigen. Danach werden Studienergebnisse zum Thema Alter und Lebensqualität mit den spezifischen Schwerpunkten Krankheit und Pflegebedarf vorgestellt. Zur Literatursuche wurden Arbeiten ab dem Jahr 2000 bis 2012 herangezogen. Ausschlaggebend für die Auswahl der Arbeiten waren, abgesehen von den genannten Themen Alter, chronische Erkrankungen und/oder Betreuungsbedarf im Zusammenhang mit Lebensqualität, dass die jeweiligen Probanden zu Hause und nicht in einer Institution lebten. Es wurden auch Arbeiten berücksichtigt, die sich mit gesundheitsbezogener Lebensqualität beschäftigen. Zunächst wurden über 50 Arbeiten zum Thema Lebensqualität im Alter gefunden, die auf Grund des Titels und/oder des Abstracts für relevant erachtet wurden. Abzüglich der Artikel die bei genauerer Durchsicht nicht den genannten Kriterien entsprachen, wurden 19 Forschungsarbeiten gefunden, die sich mit der allgemeinen oder gesundheitsbezogenen Lebensqualität alter Menschen beschäftigen. Zur allgemeinen Lebensqualität wurden zwei qualitative Forschungsarbeiten, zehn quantitative Arbeiten sowie drei Übersichtsartikel gefunden. Zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnten drei quantitative Arbeiten gefunden werden und ein Übersichtsartikel. Auf Grund der relativ geringen Zahl an Arbeiten die zur allgemeinen Lebensqualität im Alter in den letzten Jahren zu finden sind, werden im Folgenden auch Ergebnisse aus dem bereits genannten Übersichtsartikel von Bowling, Brown und Flynn (2004) vorgestellt. Diese Studienergebnisse sollen einen verbesserten Überblick über das Thema Lebensqualität im Alter geben. Bowling zitiert dabei zur Veranschaulichung der von ihr vorgestellten Modelle zur Lebensqualität Arbeiten, aus denen nicht hervorgeht ob sie qualitativer oder quantitativer Art sind. Auch das Alter der Probanden ist nicht immer klar definiert. Die von Brown und Flynn präsentierten Forschungsarbeiten sind qualitativer Art und beschäftigen sich dezidiert mit der individuellen Sichtweise alter Menschen zum Thema Lebensqualität.

2.1. Überlegungen zu Alter, Krankheit und Lebensqualität

In der Literatur findet sich häufig die Unterscheidung zwischen den „jungen Alten“ (60a bis 75a) und den „alten Alten“ (75a und mehr). Manchmal ist auch die

Bezeichnung des „Dritten Alters“ (65 – 85 Jahre) und „Vierten Alters“ zu lesen. Der Lebensabschnitt des Vierten Alters wird in der Altersforschung im deutschen Sprachraum zurzeit in der Mehrzahl der Publikationen auch als „Hochaltrigkeit“ bezeichnet. Laut Tesch-Römer, Kanowski und Engstler (2002, S.53) wird zur „vorläufigen“ Definition, der Beginn der Hochaltrigkeit zwischen 80 und 85 Jahren angegeben. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, dass auf Grund der dynamisch sich verändernden Lebenserwartung in Zukunft die Altersgrenze für Hochaltrigkeit möglicherweise höher angesetzt werden muss. Zur Beschreibung des Alters greift eine rein kalendarische Definition jedenfalls zu kurz. Auf Grund dieses immer größer werdenden Lebensabschnitts ist eine klare Differnzierung bei der Definition von Alter sinnvoll. Das „biologische“ und vor allem das „psychologische“ Alter sollten mitberücksichtigt werden. „Altern ist als ein mehrdimensionaler Prozess anzusehen, der nicht einseitig in Bezug auf Defizite und Verluste definiert werden kann. Das Alter ist als eine Zeit vieler Grenzsituationen aufzufassen, in der Krankheit, Verwitwung und die Beschäftigung mit Tod und Sterben dominieren. In diesen Grenzsituationen zeigt sich die Individualität des Erlebens und die Individualität von Bewältigungsstrategien, abhängig sowohl von der biographischen als auch von der soziokulturellen Situation der älteren Menschen.“ (Heimerl & Berlach–Pobitzer, 2000, S. 117. Mit zunehmendem Lebensalter steigt das Risiko, krank und pflegebedürftig zu werden stark an. Böhmer zitiert Bruder, Lucke, Schramm und Tews in einem Aufsatz zu den „Aufgaben der Prävention in der Gerontologie“ den geriatrischen Patienten folgendermaßen: „Der geriatrische Patient ist durch verschiedene Merkmale charakterisiert: sein biologisches Alter, sein Leiden an mehreren Erkrankungen, eine veränderte oft unspezifische Symptomatik, verlängerte Krankheitsverläufe und eine verzögerte Genesung, veränderte Reaktion auf Medikamente, Demobilisierungssyndrome, psychosoziale Symptome“ (Böhmer, 2005, S. 256). Dennoch sollte dieser Lebensabschnitt nicht mit Krankheit gleichgesetzt werden. Bei Auftreten pathologischer Befunde ist es wichtig sowohl von Seiten der Medizin als auch der Pflege das Hauptaugenmerk auf die für den Patienten relevanten und belastenden Symptome zu legen. „Ein Kranker leidet unter seinem Befinden, nicht unter seinen Befunden, die über ihn gemacht wurden. Dieses Befinden wird geprägt durch Lebensbiografie, Möglichkeiten der Bewältigungsformen von Belastungen und Adaptionsverhalten auf der somatischen, psychischen und

sozialen Ebene sowie deren enge, prozesshafte Verknüpfungen“ (Böhmer, 2005, S. 256).

2.2. Erkenntnisse zur Lebensqualität im Alter

Einflussfaktoren für die Lebensqualität im Alter können auf Grund der Ergebnisse der Forschungsarbeiten nach psychologischen, sozialen, gesundheitlichen und finanziellen Faktoren gegliedert werden. Das Thema Gesundheit und Pflegebedarf, als ein wichtiger Bestimmunsfaktor der Lebensqualität im Alter, wird in einem eigenen Kapitel behandelt.

2.2.1. Psychologische Einflussfaktoren

Grundlegende psychologische Einflussfaktoren für das Empfinden einer positiven Lebensqualität sind eine positive Lebenseinstellung und die Fähigkeit mit altersbedingten – oft negativen - Veränderungen umzugehen. Kaiser (2009) schreibt, dass: „…Personen mit einer positiven Einstellung zum Alter 7,5 Jahre länger lebten als solche mit einer negativen Einstellung.“ (S. 366) Er formuliert den Begriff der „psychologischen Produktivität“, wodurch ein alter Mensch mit den physischen und psychischen altersbedingten Einschränkungen produktiv umgehen kann (Kaiser, 2009). Betagte Menschen gelten im Allgemeinen als Optimisten. Bowling (2004) schreibt, es konnte mehrfach dokumentiert werden, dass Personen in hohem Alter dazu neigen, ihre Lebenszufriedenheit gleich gut oder besser zu bewerten als „jüngere“ alte Menschen und auch positiver als ihre Ärzte sie einschätzen. Langzeitstudien haben gezeigt, dass die beste Voraussetzung für Lebenszufriedenheit im höheren Alter, die Zufriedenheit in jüngeren Jahren ist (ebd). Zuversicht, geistig-seelische Verfassung und Glück wurden auch von den Befragten einer weiteren Untersuchung als relevant für positive Lebensqualität genannt (Bowling, 2004). Eine qualitative Studie mit Hochaltrigen (85+) aus dem Jahr 2005 konnte zeigen, dass die Stimmung in dieser Altersgruppe bei einer großen Zahl der Probanden sehr gut war. Die ausschlaggebenden Faktoren dafür waren: keine Depressionen haben (trotz vorangegangener Krisen), zu Hause leben, sich nicht einsam fühlen, wenig Symptome haben (Heideken Wagert von, Rönnmark, Rosendahl, Lundin-Olsson, Gustavsson, Nygren, Lundmann, Norberg und Gustafson, 2005). Verschiedene lebensqualitätsbeeinflussende Gesichtspunkte des

seelischen Wohlbefindens oder Glücks wurden in 16 der 43 von Brown und Flynn (2004) analysierten Studien als bedeutsam genannt. 49% älterer Befragter hielten diese Bereiche als potenziell beeinflussend (positiv oder negativ) für die Lebensqualität (Brown & Flynn, 2004). Eine Erklärung für die gute Stimmung im Alter könnte laut Bowling (2004) die Erwartungshaltung alter Menschen sein. Bowling beschreibt, sie habe in einer ihrer Arbeiten zur Lebensqualität im Alter herausgefunden, dass soziale Erwartungen und Vergleiche Einfluss auf die selbst eingestufte allgemeine Lebensqualität hatten. Viele, heute betagte Menschen haben die Wirtschaftskrise, den Weltkrieg und Nahrungsmangel erlebt. Es kann angenommen werden, dass ihre Erwartungen geringer sind als die junger Menschen. Es scheint wahrscheinlicher, dass sie eher „Abwärtsvergleiche“ in Bezug auf Gesundheit und Wohlstand anstellen, als „Aufwärtsvergleiche“ (Bowling, 2004). Im Gegensatz zu diesen positiven Ergebnissen in Bezug auf Stimmung und Zufriedenheit gibt es Studienergebnisse die belegen, dass alte Menschen oft von Kummer, Trauer und Unzufriedenheit betroffen waren, häufig begleitet von Hoffnungslosigkeit. Zu Bedenken ist bei so divergierenden Ergebnissen, dass es durch unterschiedliche Empfindungen (positive oder negative) zu veränderten Beurteilungen verschiedener Lebensbereiche kommen kann. „For example people in low spirits (and life satisfaction) may perceive theire health and other circumstances to be worse then they are.“ (Bowling, 2004, S.23)

Religion

Ein Aspekt um psychische Stabilität bewahren zu können, ist für viele Menschen aller Altersgruppen die Religion. Bowling (2004, S. 24) schreibt, dass der Verlust von gewohnten Rollen (z.B. der Verlust der Lebenspartnerin, des Lebenspartners) im Alter dazu führen kann, dass andere Rollenbilder oder Aktivitäten gesucht werden um den Verlust zu kompensieren. Als eine Möglichkeit dafür nennt sie die Religiosität, die im Alter weiter verbreitet sei. In Bowling`s Untersuchungen zählt Religion zu einer der acht meist nominierten lebensqualitätsbeeinflussenden Komponenten von Personen ab 65 Jahre (Bowling, 2004). Wie weit Religiosität die Lebensqualität, seelische Gesundheit und das Schmerzempfinden alter Menschen beeinflusst, haben Lucchetti, Granero Lucchetti, Badan-Neto, Peres, Peres, Moreira-Almeida, Gomes und Koenig (2011) im Rahmen einer quantitativen, brasilianischen Studie mit älteren Menschen die sich in ambulanter Rehabilitation befanden, versucht herauszufinden. Zusammenfassend schreiben die Autoren, dass die Befragten die

sich als religiös bezeichneten signifikant weniger depressive Symptomen, besserer Lebensqualität, geringere kognitive Beeinträchtigungen, sowie weniger Schmerzwahrnehmung hatten als die nicht religiösen. Die Untersuchungsergebnisse bestätigten, dass Religiosität unter anderem die Lebensqualität positiv beeinflusst. Als mögliche Erklärungen werden von den Autoren größere soziale Unterstützung, Gefühle von Hoffnung, Optimismus, einen Sinn im Leben erkennen sowie größere Selbstkontrolle durch die Religiosität vermutet Einschränkend betonen die Wissenschaftler, dass Brasilien zu jenen Ländern gehört, in denen Religion (in Hauptsache christliche Religionen) eine große Bedeutung für die Menschen darstellt. Sie vermuten, dass ihre Studienergebnisse in anderen Ländern anders aussehen könnten.

2.2.2. Soziale Einflussfaktoren

Ein Aspekt der Lebensqualität, der auch im Alter relevant ist, bzw. in dem Zusammenhang sehr oft thematisiert wird, ist die Bedeutung sozialer Kontakte und/oder die Möglichkeit sich an Freizeitaktivitäten beteiligen zu können. Dies wird sowohl mit einem Gefühl von Sicherheit und Selbstwert als auch mit Autonomie verknüpft (Bowling, 2004). Brown und Flynn (2004) haben 43 qualitative Studien analysiert um Einflussfaktoren auf die Lebensqualität alter Menschen zu identifizieren. Auf Grund der unterschiedlichen Ergebnisse kann jedoch nicht eindeutig beantwortet werden in welchem Ausmaß Beziehungen (familiär oder andere) im Alter wichtig sind. In 21 Studien (etwa 50%) wurde über die Wichtigkeit von Beziehungen im Alter berichtet. Das zeigte sich besonders bei Menschen die zu Hause lebten. Weniger oft wurde dieser Aspekt genannt wenn die Befragten in Betreuungseinrichtungen lebten. In 17 Studien (39,5%) wurden familiäre Beziehungen als einer der bestimmenden Faktoren der Lebensqualität genannt. Kontakte zu Familie, Freunden oder anderen Personen, sowie Freizeitaktivitäten in Gesellschaft, wurden in verschiedenen Forschungsarbeiten jedenfalls als wichtig für eine positive Lebensqualität bezeichnet (Bowling, 2004; Hellström, Persson & Hallberg, 2003; Brown & Flynn, 2004). Walker (2005) betont ebenfalls den positiven Einfluss eines sozialen Netzwerks auf die aktuelle Lebenssituation eines Menschen. Obwohl laut Walker eine Interaktion zwischen Faktoren des bisherigen Lebensverlaufs eines Menschen und seiner aktuellen Situation besteht, konnte eine quantitative Forschungsarbeit belegen, dass aktuelle Faktoren wie ein soziales

Netzwerk einen größeren Einfluss auf die Bewertung der aktuellen Lebenssituation haben als der bisherige Lebensverlauf (Walker, 2005, S. 6).

Studienergebnisse zum Thema Freizeitaktivitäten zeigen ein anders Bild. Laut Brown & Flynn (2004) wurden in einer Studie von Bowling nur von 22% der 65 bis 75 jährigen und von 20% der über 75 jährigen das gesellschaftliche Leben und Freizeitaktivitäten als wichtige Einflussfaktoren genannt. Und in einer weiteren Irischen Studie aus dem Jahr 2002 wurden Aktivitäten bei einer ersten Befragung älterer Menschen zu 95% als wichtig bezeichnet, in einer nachfolgenden Befragung hingegen nur zu 59%. Im Rahmen einer schwedischen Studie konnten nur fünf von 99 Probanden eine für sie wichtige vergnügliche Aktivität in ihrem Leben benennen (z.B. lesen, Musik etc.) (Brown & Flynn, 2004).

Mit zunehmendem Alter findet eine Schwerpunktverschiebung statt. Laut Bowling (2004) stand in zwei ihrer Studien zur Lebensqualität, für ältere Menschen ab 65 Jahren die Gesundheit an erster Stelle. Beziehungen nahmen nur noch den zweiten Rang ein. Im Alter sind der physische Gesundheitszustand sowie die funktionellen Fähigkeiten laut Bowling (2004) stärkere Einflussfaktoren für Lebenszufriedenheit als soziale Netzwerke und Unterstützungsstrukturen. In sechs Arbeiten die Brown und Flynn (2004) zitieren, war das „soziale Kapital“ ein hervorstechendes Merkmal. Die Befragten machten Aussagen über die Wichtigkeit ihres Wohnortes, der Nachbarschaft, der lokalen Gemeinschaft, Zugang zu Transport und Sicherheit. Andere haben die Wichtigkeit von Sicherheit und Geborgenheit im Vergleich zu Menschen, die in Betreuungseinrichtungen leben, bekräftigt

2.2.3. Finanzielle Einflussfaktoren

Die finanziellen Möglichkeiten von älteren Menschen sollten nicht unerwähnt bleiben, da sie die Möglichkeiten am gesellschaftlichen Leben teil zuhaben, mit beeinflussen. Die Wichtigkeit materieller Möglichkeiten sowie ein „hoher“ Lebensstandard werden entsprechend der „allgemeinen Meinung“ mehrheitlich jüngeren Menschen zugeordnet. Die Ergebnisse unterschiedlicher Untersuchungen zeigen ein anderes Bild. In den von Brown und Flynn (2004) analysierten 43 Studien wurden in 15 Arbeiten (34,9%) die Themen Finanzen und Lebensstandard als wichtige Kriterien gefunden. Die allgemeinen Lebensbedingungen, finanzielle Sicherheit, Wohnungs- und NachbarschaftsbelangeIn zählen für ältere Menschen zu wichtigen Bestimmungsfaktoren der Lebensqualität (Brown & Flynn, 2004). Aber auch hier

zeigt sich eine Schwerpunktverschiebung im höheren Alter. Eine Studie aus Stockholm mit „sehr alten Menschen“ kommt zu gegensätzlichen Ergebnissen. Nur drei von 99 Befragten gaben an, dass Sicherheit für sie sehr wichtig sei und fünf Befragte nannten finanzielle Sicherheit als einen Faktor, der speziell in ihrem Alter von Bedeutung sei (ebd.).

2.2.4. Zusammenfassung

Das Alter ist eine Lebensphase die häufig mit unterschiedlichen Grenzsituationen in Form von Verlusterfahrungen (Verwitwung, Krankheit, Tod wichtiger Bezugspersonen) einhergeht. Um dennoch positive Lebensqualität empfinden zu können sind eine optimistische Lebenphilosophie und die Fähigkeit mit Krisen umzugehen wichtige Grundvoraussetzungen. Die Erwartungshaltung der heutigen „älteren Generation“ an ihre Lebenssituation ist von den schwierigen Kriegs- und Nachkriegszeiten geprägt, sodass ihre Erwartungen an die heutige Lebenssituation niedriger sein dürften als die, nachfolgender Generationen. Ein intaktes soziales Netzwerk und ein finanziell abgesicherter Lebensstandard tragen bei einer Vielzahl von älteren Menschen zu einer positiven Lebensqualität bei. Mit zunehmendem Alter verschieben sich jedoch die Prioritäten. Grund dafür ist unter anderem die Zunahme von chronischen Erkrankungen und ein daraus resultierender Pflegebedarf. Diese Faktoren haben für die Beurteilung der Lebensqualität alter Menschen, sowohl bei der Selbsteinschätzung als auch bei der Fremdeinschätzung einen hohen Stellenwert. Wissenschaftliche Erkenntnisse zu diesem spezifischen Aspekt der Lebensqualität werden im nächsten Kapitel behandelt.

2.3. Erkenntnisse zur Lebensqualität im Alter bei Pflegebedürftigkeit

Im folgenden Kapitel werden empirische Erkenntnisse zur Lebensqualität alter Menschen unter dem Aspekt der gesundheitlichen Beeinträchtigung und des Pflegebedarfes betrachtet. Die Forschungsergebnisse sind in vier Gruppen, die miteinander in Zusammenhang stehen, gegliedert. Die erste Gruppe beschäftigt sich mit dem Stellenwert von Gesundheit bzw. Krankheit und Pflegebedürftigkeit und deren Auswirkungen auf die Lebensqualität, in der zweiten Gruppe wird explizit die Abhängigkeit alter Menschen von Anderen thematisiert, sowie die sich daraus

ergebenden Auswirkungen auf die Lebensqualität. In der dritten Gruppe werden Studienergebnisse bezüglich möglicher Ressourcen für eine positive Lebensqualität trotz gesundheitlicher Einschränkungen behandelt In einer vierten Gruppe werden ausschließlich Ergebisse vorgestellt, die auf Grund qualitativ erhobener Daten entstanden sind. Alte Menschen wurden im Rahmen dieser Arbeiten nach ihren Vorstellungen zur Lebensqualität befragt.
Auf Grund des sehr unspezifischen Begriffs der Pflegebedürftigkeit, wird dieser zunächst erläutert.

Was bedeutet Pflegebedürftigkeit?

„Pflegebedürftigkeit ist eine rein deskriptive Kategorie und bezeichnet ganz allgemein den Umstand, dass ein Mensch infolge eines Krankheitsereignisses oder anderer gesundheitlicher Probleme auf pflegerische Hilfe angewiesen ist. …“ (Wingenfeld, 2003, S. 339). Pflegebedürftigkeit wird allgemein als Abhängigkeit bei bestimmten Lebensaktivitäten verstanden. Um zu messen, wie groß das Ausmaß des Pflegebedarfes ist, gibt es zahlreiche Skalen. Häufig verwendete Messinstrument sind der ADL-Index (activities of daily living) von Katz (1963) oder die IADL-Skalen (instrumental activities of daily living) (z.B. von Lawton & Brody, 1969). (Wingenfeld, 2003, S. 348). Auf Grund des unterschiedlichen Ausmaßes an Unterstützungsbedarf ergeben sich verschiedenste Tätigkeiten (von Haushaltstätigkeiten über Einkäufe bis hin zu direkter körperlicher Pflege und/oder medizinischer Pflege) die von unterschiedlichen Professionen (Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Pflegehelferinnen und Pflegehelfer, Heimhilfen, Besuchsdienste) oder auch von informellen Helfern (z.B. Angehörige) für oder mit den Betroffenen durchgeführt werden. In Österreich wird vom Bundessozialamt bei Pflegebedürtigkeit, Pflegegeld in unterschiedlicher Höhe ausbezahlt. Das Pflegegeld soll laut Bundessozialamt den Pflegebedürftigen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen, das nach deren persönlichen Bedürfnissen orientiert ist. Die Höhe des Betrags ergibt sich auf Grund der jeweiligen Pflegestufe. Die Pflegestufe sagt aus wieviel Pflege jemand benötigt, um sich adäquate Pflege leisten zu können. Bei der niedrigsten Pflegestufe eins ist ein Bedarf von mehr als 60 Stunden Pflege pro Monat Voraussetzung, bei der höchsten Pflegestufe sieben ist ein Bedarf von mehr als 180 Stunden pro Monat und Bewegungsunfähigkeit Voraussetzung. (Bundessozialamt,

2013). Für die vorliegende Arbeit wurde keine Unterscheidung bezüglich des Ausmaßes an Pflegebedarf getroffen, da das für die konkrete Fragestellung (Was bedeutet Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit im Alter und welche Leistungsindikatoren für die Pflege lassen sich daraus ableiten?) keine unmittelbare Relevanz hat. Im Folgenden werden die Begriffe Pflegebedarf, Unterstützungsbedarf und Betreuungsbedarf synonym verwendet.

2.3.1. Der Stellenwert von Krankheit und Auswirkungen auf die Lebensqualität

Die Ergebnisse von mindestens fünf quantitativen Studien, die im Zuge dieser Literaturrecherche gefunden wurden, ergeben ein sich wiederholendes Bild, zunehmendes Alter, die Anzahl der Beschwerden und Symptome, die Abhängigkeit von Anderen, die mangelnde Fähigkeit, alleine zu leben sowie Unterstützungsbedarf bei den Aktivitäten des täglichen Lebens sind die immer wieder aufgezeigten Komponenten, die mit niedriger Lebensqualität verbunden werden. (Hellström & Hallberg, 2001; Hellström & Hallberg, 2004; Hellström, Persson & Hallberg, 2004; Jakobsson, Hallberg & Westergren, 2005; Cappell, 2005). Dem gegenüber steht das „Paradox der Lebenszufriedenheit im hohen Alter“ (Staudinger, 2000). Das bedeutet, dass die allgemeine Lebenszufriedenheit im Alter stabiler ist, als das auf Grund vermehrter Verlusterfahrungen anzunehmen wäre (Tesch-Römer, 2002). Wie wichtig die Gesundheit, sowohl die eigene Gesundheit als auch die Gesundheit enger Bezugspersonen, für die Wahrnehmung von Lebensqualität ist, zeigen Bowling, Brown und Flynn (2004) in ihren Übersichtsartikeln an Hand von vier Studienergebnissen. In etwa 40% der Untersuchungen (17 von 43), die Brown und Flynn (2004) analysierten, wurde Gesundheit als wichtigster oder mindestens wichtiger Faktor der Lebensqualität im Alter genannt. Bowling und Flynn (2004) schreiben, dass in einer Reihe von Studien - sie zitieren neun Studien - die Gesundheit zwar nicht explizit als wesentlicher Faktor für eine positive Lebensqualität erwähnt wird, jedoch Aspekte von körperlicher Funktionstüchtigkeit oder die Reduktion von Schmerzen. Die Ergebnisse einer Literaturrecherche von Hodek, Ruhe und Greiner (2010) ergaben ein ähnliches Bild. Eine steigende Zahl von Erkrankungen senkt die Lebensqualität. Vor allem körperliche Erkrankungen wirken sich negativ auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität aus. Die Art der Krankheitskombination ist ebenfalls ein wichtiger Faktor für das Ausmaß einer reduzierten Lebensqualität. Somit ergibt sich ein indirekter Einfluss des Alters auf die

Lebensqualität, da mit zunehmenden Lebensjahren eine höhere Anzahl an chronischen Erkrankungen wahrscheinlicher wird. Ob Menschen in ihrer letzten Lebensphase noch eine positive Lebensqualität haben, untersuchten Andersson, Hallberg und Edberg (2006) im Rahmen einer quantitativen Forschungsarbeit. Ziel war es, die letze Lebensphase von Menschen ab 75 Jahren, die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigten, zu untersuchen. Ihren Fokus legten sie dabei sowohl auf die Lebensqualität als auch auf das Kohärenzgefühl (SOC), die Zahl an körperlichen Beschwerden sowie, von den Probanden selbstberichtete Erkrankungen. Die Ergebnisse zeigten, dass die Lebensqualität in der allerletzten Lebensphase niedrig ist. Alte Menschen die vermehrt körperliche Beschwerden haben und Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens benötigen haben in der letzten Phase ihre Lebens eine niedrigere Lebensqualität als im Vergleich die alten Menschen, die nicht in dieser Phase sind. Ein hoher Wert bei den SOC`s wirkte sich positiv auf die Lebensqualität aus. Laut den Autorinnen stimmt das mit früheren Studienergebnissen anderer Wissenschaftler aus den Jahren 2000 und 2004 überein. Vor allem Schmerzen beeinflussen in den letzten Lebensmonaten die Lebensqualität (Andersson et al., 2006). Mit dem Thema Schmerzen haben sich auch Jakobsson, Hallberg und Westergren (2005) in einer qualitativen Studie beschäftigt. Eine Gruppe von Personen, die über Schmerzen klagten wurde mit einer anderen Gruppe, ohne Schmerzen verglichen. Das Alter in beiden Gruppen betrug 75a bis 102a. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer benötigten regelmäßige Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL). Sie lebten entweder zu Hause oder in einer speziellen Betreuungseinrichtung. Jakobsson et al. fanden heraus, dass die Personen, die Schmerzen angaben, an signifikant mehr funktionellen Einschränkungen, Müdigkeit, Schlafproblemen und depressiven Verstimmungen litten als die, die keine Schmerzen angaben, obwohl zwischen beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede bzgl. der ATL´S zu messen waren. Die Gruppe der Probanden, die Schmerzen angaben, gaben eine wesentlich geringere Lebensqualität an. Sowohl die gesundheitsbezogene, als auch die allgemeine Lebensqualität waren davon betroffen.

Bowling (2004) zitiert auch ein Forschungsergebnis, nach dem die psychische Gesundheit die Dimension ist, die den größten Einfluss auf Lebenszufriedenheit, Glück, Zufriedenheit mit der Lebensqualität und Zufriedenheit mit dem allgemeinen Lebensstandard hatte. In dieser Untersuchung wird ein multifaktorieller Ansatz von

Lebensqualitätskonzepten unterstützt. Die Autoren sind der Ansicht, dass in Studien die einen begrenzteren Fokus auf Gesundheit und Lebensqualität haben, der Einfluss des Gesundheitszustandes auf die Lebensqualität, wahrscheinlich überbewertet wird.

2.3.2. Die Abhängigkeit und Lebensqualität

Selbstbestimmung, Unabhängigkeit und Kontrolle über das eigene Leben zählen im Alter jedenfalls zu den wesentlichen Faktoren, die die Lebensqualität beeinflussen. In mehr als der Hälfte der von Brown und Flynn (2004) analysierten Studien zur Lebensqualität wurde über die Wichtigkeit unterschiedlicher Aspekte von Unabhängigkeit/Selbständigkeit, Mobilität oder Autonomie berichtet, aber nicht als die wichtigste Komponente per se. Die Notwendigkeit eines angemessenen Gesundheitszustandes zur Aufrechterhaltung der Unabhängigkeit im Alter wurde mehrfach festgestellt. (Brown & Flynn, 2004). Im pflegerischen und medizinischen Bereich sind diese Themen mittlerweile zentral und werden im Zusammenhang mit vielen Aspekten diskutiert. Bei der Betreuung alter Mensch ist das beispielsweise die Frage ob Pflege zu Hause oder in einer Institution stattfinden soll. Im Rahmen einer quantitativen Untersuchung zur Lebensqualität alter Menschen kamen Hellström, Persson und Hallberg (2004) zu dem Schluss: „It seems fair to say that living at home and receiving help does not protect older people from having a low QuL.“ (S.592). Sie erstellten die These, dass nicht nur gesundheitliche Probleme, sondern auch die Abhängigkeit von anderen, die Lebensqualität senke. Diese beiden Variablen sind besonders im Alter nur schwer zu trennen. Wie in Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität herausgefunden wurde ist nicht das Faktum der Erkrankung, auch nicht bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, ausschlaggebend für eine verschlechterte Lebensqualität, sondern erst die Einschränkungen der Handlungsfähigkeit, die mit der Erkrankung einhergehen (Cappell, 2005, S. 195). Auch frühere Untersuchungen von Bowling (1995a; 1995b) zeigten, dass eine Verschlechterung der funktionellen Fähigkeiten langfristig zu einer Verminderung der Lebenszufriedenheit und zu einer Verschlechterung der psychischen Verfassung (Depression, Angstzustände) führt. Weitere Studienergebnisse zeigen auf, dass für betagte Menschen die Kontrolle über ihr tägliches Leben die größte Priorität hat und ein geeigneter Outcome-Indikator der Pflege und Betreuungsqualität ist (Bowling, 2004). In drei quantitativen Untersuchungen (Hellström, Andersson & Hallberg, 2004;

Hellström, Persson & Hallberg, 2004; Hellström & Hallberg, 2001) wurde festgestellt, dass das Alleine-leben oder die Fähigkeit, für eine bestimmte Zeit alleine zu bleiben signifikant mit einer höheren Lebensqualität korrelieren. Bei erhöhtem Betreuungsbedarf (Unterstützung im Alltag) kommt es zu einer signifikant niedrigeren Lebensqualitätseinschätzung. Die Betroffenen haben in der Regel eine erhöhte Anzahl von unterschiedlichen Symptomen, wodurch sie professioneller Pflege bedürfen. Von speziellem Interesse war für Hellström, Andersson und Halberg (2004) ein möglicher Unterschied der empfundenen Lebensqualität, abhängig davon, ob Pflege und Betreuung durch professionelle Pflegekräfte oder durch Angehörige bzw. „informelle Helfer“ durchgeführt wurde. Sie konnten keine signifikanten Unterschiede feststellen. Brown & Flynn (2004) fanden für ihren Übersichtsartikel auch Arbeiten die zeigen, dass es den Menschen ein Anliegen war, keine Belastung für ihre Familie zu sein.

Eine aktuelle qualitative Studie aus Südaustralien beleuchtet das Thema Betreuungsbedarf von einer anderen Seite. Wilson (2012) fand, dass die Miteinbeziehung von freiwilligen Helfern, in das pflegerische Betreuungsprogramm von alten Menschen mit zunehmendem Unterstützungsbedarf die Lebenszufriedenheit erhöht. Im Rahmen von 16 qualitativen Interviews gaben die Probanden die zu Hause lebten an, dass sich die Unterstützung durch freiwillige Helfer vor allem auf die Themen Unterstützung bei den ATL`s, persönliche Beziehungen und Angst vor sinkender Lebensqualität, positiv auswirke. Das besondere Augenmerk auf den sozialen und emotionalen Unterstützungsbedarf sowie die Hilfestellung bei der Mobilität macht es möglich, dass die alten Menschen weiter zu Hause leben können.

2.3.3. Mögliche Ressourcen für eine positive Lebensqualität im Alter

Wie schon bei den allgemeinen Ergebnissen zur Lebensqualität im Alter festgestellt wurde, ist eine positive Lebenseinstellung grundlegend für eine positive Lebensqualität. Das stimmt auch mit dem Ergebnis einer quantitativen Studie von Stephan, Caudroit und Chalabaev (2011) überein. Die Autoren konnten in ihrer Arbeit bestätigen, dass das subjektiv empfundene Alter einen positiven Zusammenhang mit dem subjektiv empfundenen Gesundheitszustand sowie der von früher gewohnten Selbstwirksamkeit aufweist, was laut den Autoren mit Lebenszufriedenheit in Verbindung gebracht werden kann. Auf Grund der Bedeutung des

Gesundheitsempfindens für die Lebensqualität, ist die folgende quantitative Studie von Kim (2009) von Relevanz für die vorliegende Arbeit. Hintergrund ist die aktive (Mit)Arbeit ältere Menschen an der Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit. Die Hypothese lautet: Wenn ältere Menschen selbst keine positiven Erwartungen an ein „Gesundes Altern“ haben, so ist es umso schwieriger, sie zu einem gesundheitsfördernden Verhalten anzuregen. Die Ergebnisse zeigten, dass höhere Erwartungen an das Alter, im Sinne von wenig körperlichen Symptomen und aufrechterhaltener Selbstwirksamkeit, mit besserer körperlicher und geistiger Gesundheit verbunden waren. Die Zukunftsaussichten der Probanden konnten teilweise durch gesundheitsförderndes Verhalten beeinflusst werden. Die Wissenschaftlerin zieht daraus den Schluss, dass die Hoffnungen älterer Menschen bzgl. der Gesundheit im Alter angehoben werden sollten. Für Betreuungspersonen bedeutet das, im Rahmen ihrer Interventionen die Wichtigkeit einer aktiven Mitarbeit an gesundheitsförderndem Verhalten der alten Menschen zu betonen. Brown und Flynn (2004) zeigen ein Forschungsergebnis auf, wonach sich ältere Menschen dann wohler fühlen, wenn sie etwas Sinnvolles für sich tun können und damit auch ihre Alltagssorgen/Probleme bewältigen können Laut dieser Untersuchung erwähnten 75% aller Interviewten Selbständigkeit als lebensqualitäts beeinflussenden Faktor. Um die Selbständigkeit aufrechtzuerhalten ist unter anderem auch die Mobilität ein wesentlicher Faktor. In einer aktuellen quantitativen schwedischen Studie (Fagerström & Borglin, 2010) wurde untersucht, in welchem Ausmaß Faktoren der Mobilität die gesundheitsbezogene Lebensqualität älterer Menschen beeinflussen können. Es konnte gezeigt werden, dass die Mobilität mehr zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität beiträgt (gemessen mittels SF 12) als die funktionellen Alltagsfähigkeiten (ADL`s). An der Studie nahmen 1128 Personen teil, das Durchschnittsalter lag bei 75,1 Jahren. Teilweise genügte ein einziger Mobilitätsfaktor, wie die Fähigkeit, zu gehen, um sowohl die physische als auch die geistige, gesundheitsbezogene Lebensqualität positiv zu verändern. Fähigkeiten im Bereich der ADL`s wirken sich insbesondere auf die geistige gesundheitsbezogene Lebensqualität aus. Die Arbeit zeigt, dass es notwendig ist eine Kombination von Faktoren zu analysieren, speziell wenn es um die Beurteilung der physischen, gesundheitsbezogenen Lebensqualität älterer Menschen geht. Auch Tamari beschäftigte sich mit gesundheitsförderndem Verhalten durch Bewegung. Die 2011 veröffentlichte quantitative Arbeit von Tamari beschäftigt sich konkret mit den

Auswirkungen eines drei-monatigen Gruppen-Übungsprogrammes innerhalb einer Gruppe älterer Menschen über 65 Jahre (n=42). Das Trainingsprogramm fand 1-2x / Woche für 1,5 Stunden statt und beinhaltete u.a. Gleichgewichtsübungen, gewichtsorientierte- und nicht gewichtsorientierte Übungen, Knie- und Hüftgelenkstraining. Gemessen wurde die gesundheitsbezogene Lebensqualität mittels dem SF 36. Als beeinflussende Faktoren wurden demographische Daten erhoben, die individuelle Krankengeschichte bei chronischen Erkrankungen sowie der Lebensstil einschließlich eventuell vorangegangener regelmäßiger Übungen zu Hause. Nach den drei Monaten war eine signifikante Verbesserung der Vitalität (SF36) fest zu stellen. Ein jüngeres Alter so wie vor der Untersuchung durchgeführte Übungen waren wichtige Einflussfaktoren für ein gutes Ergebnis im Bereich der geistigen und physischen gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dennoch hat sich gezeigt, dass die Effekte der regelmäßigen Gruppenübung begrenzt sind. Als Gründe dafür beschreibt der Autor, dass der drei-monatige Interventionszeitraum zu kurz für eine Verhaltensänderung im Alter ist und dass von Beginn einer Beeinträchtigung an ein Standardübungsprogramm mit begleitenden kognitiven und verhaltensbezogene Interventionen zur Unterstützung notwendig wäre.

2.3.4. Individualisierte Komponenten der Lebensqualität im Alter

Als Wesentlich wurden in den letzten Jahren die Perspektiven und die Bewertung der Lebensqualität des einzelnen Individuums erkannt. Die Untersuchungen und individualisierten Lebensqualitätsinstrumente, die in der Übersicht von Brown und Flynn (2004) analysiert wurden, zielten darauf ab, alte Menschen explizit danach zu fragen, was Lebensqualität für sie bedeutet oder welche Komponenten der Lebensqualität für sie wichtig sind. Das ist notwendig, um das Konzept Lebensqualität besser verstehen zu können und umfassendere Fragen zu den Themen „Bedeutung“, „Erfüllung“ und „Freude am Leben“ stellen zu können. Zusammenfassend konnten sie, trotz der Unterschiedlichkeit in den Studiensettings, dem Alter der Befragten und/oder der Formulierungen der Fragen einige wichtige Elemente für eine positive Lebensqualität im Alter identifizieren

- familiäre Beziehungen,
- Beziehungen/Kontakte zu anderen,
- seelisches Wohlbefinden,
- Religion/Spiritualität,

- Unabhängigkeit/Mobilität/Autonomie,
- gesellschaftliche/Freizeit-Aktivitäten und die Gemeinschaft,
- Finanzen/Lebensstandard,
- eigene Gesundheit,
- Gesundheit anderer

Untersuchungen zum Glück, die in einer weltweiten Datenbank (World Data of Happiness, Begründer Veenhoven R., 1980) enthalten sind, zeigen ein ähnliches Bild in dem die meisten Menschen Gesundheit, Wohlstand, Sicherheit, Wissen, Freiheit, Ehrlichkeit und Gleichheit als wichtige Beiträge zum Wohlbefinden bewerten (Bowling, 2004). Zu berücksichtigen ist, dass der Grad der Wichtigkeit einer Komponente vom Kontext abhängig sein kann. In einer ihrer Arbeiten fand Bowling beispielsweise heraus, dass die Häufigkeit in der „die Gesundheit“ als wichtigster Faktor im Leben genannt wurde, bei Personen mit „schlechter Gesundheit“ zunahm (Bowling, 2004). Die Notwendigkeit bei Lebensqualitätsmessungen mit unterschiedlichen Werten und sich verändernden Prioritäten im Alter sensibel umzugehen, wird ebenfalls durch eine Untersuchung von Bowling unterstützt. Darin werden unterschiedliche Bewertungen und Prioritäten aufgezeigt. Einige Beispiele dazun sind, Menschen mit 75 Jahren und älter priorisierten eher ihre Gesundheit und die Fähigkeit die Wohnung zu verlassen, als das jüngere Befragte machten; ältere Personen priorisierten familiäre Beziehungen, finanzielle Angelegenheiten und Arbeit weniger hoch; Frauen jeden Alters bewerteten familiäre Beziehungen höher als das Männer machten; Männern waren „die Finanzen“ wichtiger, als das bei Frauen der Fall war

2.3.5. Zusammenfassung

Das negativ getönte Altersbild, welches im Alltag oft anzutreffen ist zeigt sich auch in einer Vielzahl von Untersuchungsergebnissen. Krankheit, Pflegebedürftigkeit und damit verbundene Abhängigkeit von anderen beeinflussen die Lebensqualität negativ. Dem zu Folge kann davon ausgegangen werden, dass mit zunehmendem Alter die Lebensqualität sinkt. Besonders im letzten Lebensabschnitt können eine steigende Zahl von Erkrankungen, damit verbundene funktionelle Einschränkungen, eventuell Schmerzen und zunehmende Abhängigkeit von anderen, Hauptursachen dafür sein. Dennoch ist eine allgemeine Lebenszufriedenheit im Alter beobachtbar. Eine positive Grundhaltung und die Überzeugung der eigenen Selbstwirksamkeit

sind notwendig, um rechtzeitig aktiv zu werden. Studien konnten die Wichtigkeit von Aktivität und Mobilität belegen, um chronischen körperlichen Beeinträchtigungen und sinkender Selbständigkeit entgegen zu wirken. Lebensqualitätsfördernde Komponenten, die auf Grund von qualitativen Untersuchungen herausgearbeitet werden konnten, sind: familiäre Beziehungen, Beziehungen/Kontakte zu anderen, seelisches Wohlbefinden, Religion/Spiritualität, Unabhängigkeit/Mobilität/Autonomie, gesellschaftliche/Freizeit-Aktivitäten und die Gemeinschaft, Finanzen/Lebensstandard, die eigene Gesundheit, die Gesundheit anderer. Der Grad der Wichtigkeit der einzelnen Faktoren ist immer vom Gesamtkontext abhängig und nichts Statisches.

Der Forderung von Wissentschaftlerinnen und Wissenschaftlern, die subjektive Sichtweise alter Menschen in Bezug auf ihre Lebensqualität, viel stärker in den Vordergrund zu rücken, wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit Rechnung getragen werden. Daher wurden zur Erfassung der Lebensqualität von in Wien lebenden, pflegebedürftigen alten Menschen, qualitative Interviews geführt, um deren individuelle Wahrnehmung zu erfahren.

III) Empirischer Teil

Ziel dieser Diplomarbeit ist es, wissenschaftlichen Grundlagen für eine lebensqualitätssteigernde ambulante Betreuung alter Menschen zu schaffen um das pflegerische Handeln darauf abstimmen und mit daraus ableitbaren Leistungsindikatoren messen zu können. Dazu ist es notwendig die individuellen Empfindungen, Einschätzungen und Wahrnehmungen betroffener Menschen zu erfassen.

3. Erfassung der subjektiven Wahrnehmung von Lebensqualität im Alter

Um die Forschungsfragen, „Wie nehmen alte Menschen mit unterschiedlichem Pflege- und Betreuungsbedarf ihre Lebensqualität wahr?“ und „Welche Bedeutung hat Pflegebedürftigkeit für die Wahrnehmung der Lebensqualität?“ beantworten zu können wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt. Damit soll das Phänomen

„Lebensqualität“ möglichst ganzheitlich und aus Sicht von Betroffenen erfahren werden.

3.1. Der qualitative Forschungsansatz

Beim qualitativen Forschungsansatz wird der Mensch als ganzheitliches, komplexes Wesen betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch die Dinge unterschiedlich wahrnimmt, daher gibt es auch keine objektive Wahrheit, wie in den Naturwissenschaften. In der qualitativen Forschung will man die Erfahrungen eines Menschen in seiner natürlichen Umgebung untersuchen um herauszufinden, welche Bedeutungen sie für ihn haben. Die Datenerhebung ist offen, die Erhebungsinstrumente sind nicht standardisiert und die Daten werden mithilfe interpretativer Methoden ausgewertet (Mayer, 2002, S. 71f).

3.1.1. Methode

Als Erhebunsinstrument wurde das Interview als geeignete Methode gewählt. Es ist eine Methode, die häufig bei qualitativen Forschungsprojekten zum Einsatz kommt (Mayer, 2002). Das Interview allgemein ist „…eine Gesprächssituation, die bewusst und gezielt von den Beteiligten hergestellt wird, damit der eine Fragen stellt, die vom anderen beantwortet werden.“ (Lamnek, 2005, S. 330). In der Gesprächssituation sollen Erfahrungen, Meinungen oder Gefühle der Interviewten, zu einem bestimmten Thema in Erfahrung gebracht werden. Um die subjektive Bedeutung der Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit zu erfahren und um die Ausführungen der Interviewten nicht durch vorgegebene Fragen einzuschränken, wurde die narrative Form von Interviews gewählt.

3.1.2. Das narrative Interview

Beim narrativen Interview wird das Erzählprinzip herausgestellt. Es ist die offenste Interviewform. Man möchte Einsichten in die subjektive Bedeutung einschneidender Erlebnisse von dem befragten Menschen gewinnen. Es werden daher auch keine theoretischen Konzepte ausgearbeitet und kein Interviewleitfaden (Mayer, 2002, S. 127). Das narrative Interview läßt sich in fünf Phasen gliedern. In der anfänglichen Erklärungsphase wird über die Besonderheiten des narrativen Interviews informiert. In dieser Phase werden auch technische Modalitäten wie Anonymität, Aufzeichnung

des Gesprächs, Transkription usw. thematisiert. In der zweiten Einleitungsphase wird die Dimension von der gesprochen werden soll, mit einer Eingangsfrage angesprochen. Das soll eine Hilfestellung sein, damit das Gespräch nicht ausufert. Wichtig ist, die Frage möglichst offen zu formulieren, um keine Begründungen oder Argumentationen vorweg zu nehmen. Die dritte Phase ist die eigentliche Erzählphase in der die Forscherin, der Forscher sich auf die Rolle der interessierten Zuhörerin/ des Zuhörers beschränkt. Nachfragen sollten in dieser Phase vermieden werden. Dies sollte erst in der vierten Gesprächsphase passieren in der unklar gebliebene Fragen oder Widersprüchlichkeiten angesprochen werden. Am Schluss kann eine fünfte Bilanzierungsphase folgen. Dieser Abschnitt zielt darauf ab, eine Bilanz der Geschichte, oder den Sinn des Ganzen zu erörtern. (Lamnek, 2005, S. 358f). Da sich bei der vorliegenden Arbeit die Frage nach der Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit, an alte Menschen gerichtet hat, wird zunächst auf die spezielle Interviewsituation mit alten Menschen eingegangen.

3.1.3. Die spezielle Interviewsituation mit alten Menschen

Mögliche altersbedingte Unterschiede wie eingeschränkte kognitive Fähigkeiten, Gedächtnisleistungen, veränderte Sprachprozesse, Schwierigkeiten beim Verstehen von Texten können die Befragungssituation beeinflussen. Gesundheitliche Probleme müssen bei der Planung und Durchführung der Interviews mit bedacht werden. Rasche Ermüdungserscheinungen von Seiten der Klientinnen und Klienten aber auch der Interviewerin sind durch die spezielle Gesprächssituation möglich (Kühn & Porst, 1999). Im Rahmen der Gespräche mit den zuständigen Fachpflegepersonen konnten mögliche gesundheitliche Probleme von Seiten der Klienten, die sich auf die Interviewsituation erschwerend hätten auswirken können, abgeklärt werden. Andererseits kann das Interview eine willkommene Abwechslung und Kontaktmöglichkeit für ältere Menschen bedeuten (Kühn & Porst, 1999), sodass sie das Gespräch umdefinieren, „...was eine oft impulsive, übergesprächige Reaktion zur Folge haben könne.“ (ebd., S. 14). Alte Menschen gewähren Fremden oft ungern Zugang in die eigene Wohnung, sie fühlen sich gestört und bedroht. Die Motivation, an einem Interview teilzunehmen wird im Alter schwächer, es besteht generell verringertes Interesse an der Außenwelt. Die Motivation zur Teilnahme an einer Befragung ist bei alten Menschen meist unmittelbar mit dem persönlichen Interesse an der Thematik verknüpft (Kühn & Porst, 1999, S.17f), was für das konkrete

Vorhaben von Vorteil war. Keiner der Klientinnen und Klienten stand mir ablehnend gegenüber. Die Gespräche fanden in überwiegend angenehmer Atmosphäre statt.

3.2. Die Interviews

Es wurden sechs narrative Interviews geführt. Ziel der Interviews war es Antworten bezüglich der Lebensqualität der Interviewten zu bekommen. Das Forschungsfeld bezog sich auf in Wien lebende alte Menschen ab 60 Jahren, die auf Grund von Pflegebedürftigkeit von Pflegeperonen eines Sozialdienstes, in ihrer eigenen Wohnung betreut wurden. Die konkreten Fragen die aus dem Erzählinhalt beantwortet werden sollen lauten: Wie nehmen alte Menschen mit unterschiedlichem Pflege- und Betreuungsbedarf ihre Lebensqualität wahr? Welche Bedeutung hat Pflegebedürftigkeit für die Wahrnehmung der Lebensqualität? Können Faktoren identifiziert werden, die für eine positive Lebensqualitätsempfindung trotz Pflegebedürftigkeit wichtig sind? In der ersten (Erklärungsphase) des Gesprächs wurden die Interviewpartnerinnen/Interviewpartnern über Intention und Ziel des geplanten Gesprächs informiert. Neben der mündlichen Information erhielten sie auch eine schriftliche Erklärung sowie eine Einverständniserklärung (siehe Anhang). Die Eingangsfrage mit der das Thema eingegrenzt wurde lautete: Ich interessiere mich dafür, wie es älteren Menschen geht, die auf Unterstützung durch ambulante Organisationen angewiesen sind und wie sie ihre Lebensqualität, trotz gewisser Einschränkungen wahrnehmen. Erzählen sie mir bitte, was ihnen zu dem Thema einfällt und was ihnen für die Wahrnehmung ihrer Lebensqualität wichtig ist.

3.2.1. Ethische Aspekte

Die drei grundlegenden Faktoren des Persönlichkeitsschutzes lauten, umfassende Information und freiwillige Teilnahme, Anonymität sowie Schutz des Einzelnen vor eventuellen psychischen und physischen Schäden (Mayer, 2002, S. 56). Eine umfassende Information zu Zweck und Ziel der Befragung wurde mündlich und schriftlich gegeben. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wurden bereits einige Tage bis Wochen vor Durchführung des Interviews von einer ihnen bekannten Pflegeperson zu einer möglichen, freiwilligen Teilnahme an einem Interview befragt. Nur bei positiver Rückmeldung wurde meinerseits mit den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern Kontakt aufgenommen. Die freiwillige Teilnahme wurde mir

von den Befragten schriftlich bestätigt. Die Interviewten wurden auch darüber informiert, dass sie jederzeit das Gespräch abbrechen können. Die Wahrung der Anonymität wurde ebenso mündlich und schriftlich zugesichert. Der Gesprächsinhalt wurde in anonymisierter Form verschriftlicht. Auf Grund des offen geführten Interviews konnten meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner selbst entscheiden wie tief mein Einblick in ihre Privatsphäre war.

3.2.2. Durchführung der Interviews

Die Kriterien zur Auswahl der Interviewpartner waren das Alter (60 Jahre oder mehr), Unterstützungsbedarf durch professionelle Betreuerinnen sowie die Fähigkeit Aussagen zur eigenen Person zu machen bzw. die eigene Lebenssituation zu reflektieren. Nachdem ich Anbietern sozialer Dienste in Wien mein Vorhaben und die Ziele dieser Arbeit, einschließlich der Kriterien zur Gesprächspartnerauswahl erläutert habe, wurden mir mögliche Klienten durch die Mitarbeiterinnen der Organisationen genannt. Ausschlaggebend bei der Auswahl möglicher Interviewpartner war somit die Einschätzung der betreuenden Diplomierten Pflegeperson, in einem Fall war das die Pflegedienstleitung. Die befragten Klientinnen und Klienten waren im Alter von 61 bis 90 Jahre. Interviewt wurden vier Frauen und zwei Männer. Die Geschlechterverteilung ergab sich zufällig. Die erste Information bzgl. eines eventuellen Interviews erfolgte durch die zuständigen Pflege- und Betreuungspersonen. Mit Einverständnis der Klientinnen und Klienten nannte mir die Betreuungsperson Name, Adresse und Telefonnummer (zwecks Terminvereinbarung) der möglichen Interviewpartnerinnen und Interviewpartner. Die Ankündigung der Befragung durch vertraute Personen war zur positiven Einführung meiner Person wichtig, daher war die Zusammenarbeit mit ambulanten Betreuungseinrichtungen und deren Mitarbeiterinnen zur Kontaktaufnahme mit Gesprächspartnern von großer Bedeutung. Alle Gespräche fanden nach vorheriger telefonischer Terminvereinbarung in den Wohnungen der Klientinnen und Klienten statt. Eine Klientin wollte das Interview nur im Beisein der für sie zuständigen Pflegeperson führen. Die Interviews dauerten durchschnittlich eine Stunde (das kürzeste Interview dauerte ca. 40 Minuten, das längste zwei Stunden) sie wurden mittels Diktiergerät aufgenommen und anschließend wörtlich, kommentiert (Auffälligkeiten der Sprache wie bestimmte Intonierungen, Pausen oder Betonungen

werden mittels Sonderzeichen vermerkt) (Mayer, 2002, S. 164) und in normales Schriftdeutsch übertragen transkribiert.

3.2.3. Beschreibungen der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner

Das Ausmaß des professionellen Pflege- und Betreuungsbedarfs meiner Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner war sehr unterschiedlich und erstreckte sich von dreimal wöchentlicher Unterstützung durch eine Heimhilfe, um die Wohnung zu reinigen und/oder einkaufen zu gehen, bis zu täglicher Übernahme der Körperpflege und Mobilisation durch Pflegehelferinnen. Teilweise waren ein täglicher Verbandwechsel, das Verabreichen von Schmerzpflaster und/oder das Vorbereiten von Medikamenten durch eine Diplomierte Fachkraft notwendig. Bis auf einen Klienten konnte keine/r der Interviewten die Wohnung selbständig verlassen. Alle Befragten lebten alleine, ein familiäres Umfeld durch Kinder und/oder andere Verwandte gab es in vier Fällen. Aus den Gesprächen ging hervor, dass fünf der sechs Interviewten nie verheiratet waren, ein Mann war zwei Mal geschieden. Drei meiner Gesprächspartnerinnen bzw. Gesprächspartner lebten mit einem Haustier zusammen (Katzen und eine Schildkröte).

In der qualitativen Forschung will man Erfahrungen eines Menschen in seiner natürlichen Umgebung untersuchen. Menschliches Erleben möchte man aus der Perspektive der Betroffenen wahrnehmen und verstehen können (Mayer, 2002, S. 72). Zum besseren Verständnis der Erzählinhalte ist es daher notwendig, sich die alltägliche Umgebung der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner vor Augen zu führen. Die Lebensumstände der Interviewpartner werden im folgenden Abschnitt kurz beschrieben. Wohn- und Gesprächssituation wurden jeweils unmittelbar nach den Interviews zusammengefasst.

Frau A: das Gespräch findet im Wohnzimmer statt; Frau A sitzt auf einem riesigen Fauteuil; alles wirkt sehr vollgeräumt, aber in Griffnähe; in der Wohnung ist es stickig, es riecht ein wenig nach Urin; die Frau wirkt gepflegt und trotz ihres Übergewichtes relativ gut beweglich; sie öffnet mir selbst die Tür; als ich komme läuft der Fernseher.
Die von Frau A genannten körperlichen Beschwerden und Erkrankungen sind: erhöhter Blutzucker, erhöhter Blutdruck sowie starkes Übergewicht; reduziertes Sehvermögen: rasche Ermüdung beim Lesen, trotz Brille und Lupe; eingeschränkte

Mobilität. Die Frau lebt alleine, ihre Familie ist gestorben, sie war nie verheiratet, hat keine Kinder. Sie betrachtet die betreuende Organisation als ihren „Familienersatz". Sie sagt, sie sei von der Organisation noch nie im Stich gelassen worden. Zudem habe sie einen großen Bekanntenkreis. In der Wohnung bzw. in ihrem Wohnhaus sei sie mobil, könne selbst kochen. Frau A war früher Bankangestellte und betont ihre Selbständigkeit in Bezug auf finanzielle Angelegenheiten. Aktuelle Informationen/ Nachrichten seien ihr sehr wichtig. Da sie wegen der starken Sehbehinderung nur mehr schwer lesen kann, ist sie auf Radio und Fernseher angewiesen. Sie sagt von sich selbst, dass sie „munter und frisch im Denken" sei. Ihr Leben empfindet Frau A als lebenswert, weil sie sich um ihre „Bestellungen" selbst kümmern kann und weil sie, auch mit Hilfe von Therapeuten, regelmäßig Bewegung machen kann. Sie fahre zirka alle zwei Jahre zur Kur. Eine Krankheit, die sie zwingen würde ständig im Bett zu liegen, würde ihre Lebensqualität massiv verschlechtern. Als wichtige Faktoren für positive Lebensqualität nennt Frau A: Gesundheit, Humor und Selbstkritik/ Selbstreflexion. Ihre derzeitige Lebenssituation würde sie, nach unserem Schulnotensystem, „irgendwo in der Mitte" bewerten. Sie meint, ihre teilweise Pflegebedürftigkeit (Unterstützung beim Waschen) beeinträchtige ihre Lebensqualität nicht, aber die Tatsache, dass sie nicht mehr so viel lesen kann und das Haus kaum noch verlassen kann. Mit dem Thema Lebensende und Tod beschäftige sie sich auf Grund von Todesfällen in ihrem Bekanntenkreis. Den Tod sieht sie als natürlichen Bestandteil des Lebens.

Frau B: lebt alleine in einer kleinen Gemeindebauwohnung; es ist eine Menge an Verbandmaterial zu sehen; in der Mitte des Wohnraums in dem wir sitzen ist viel Auslauf für eine Schildkröte, die Frau B. seit zirka 20 Jahren hat; an einer Wand des Wohnzimmers steht ein Bett, während dem Interview sitzt die Frau am Bettrand; sie ist mit einem Unterhemd und einem offenen Bademantel bekleidet; sie hat stark angeschwollene Beine mit Verbänden beidseits; als ich mich verabschiede, kommt eine Pflegeperson (vermutlich zum Verbandwechsel); die Frau ist in der Wohnung mobil, steht während des Gespräches 1x auf, um sich etwas zum Trinken zu holen.
Neben den deutlich sichtbaren starken Beinödemen mit offenen Spannungsblasen, erzählt Frau B. von starker Atemnot, die seit vielen Jahren besteht.
Fr. B. war nie verheiratet, hat keine Kinder, aber regelmäßigen Kontakt zur Nichte und ihren Großnichten. Sie sagt, sie empfinde ihre Lebensqualität als „recht gut", da

sie nur momentan körperlich eingeschränkt sei. Sie würde daher, im Vergleich zu früher (seit der Pensionierung) keine große Veränderung empfinden. Sie sehe sehr viel fern und würde viel lesen, da sie die Wohnung zurzeit nicht verlassen kann. Zudem habe sie einen großen Bekanntenkreis und somit fast jeden Tag Besuch. In regelmäßigen Abständen, etwa alle zwei Jahre, fahre sie in Begleitung einer Angehörigen zur Kur. Sie sei froh und dankbar über die Betreuung durch Heimhilfe und Hauskrankenpflege. Ins Spital wolle sie nur, wenn es unumgänglich wäre. Zu Hause könne sie machen, was sie will, da habe sie es viel besser. Als wichtigste Faktoren für eine positive Lebensqualität nannte sie, nach Prioritäten gereiht: 1) „noch alle Sinne beisammen zu haben“, 2) sich weitestgehend gesund zu fühlen und 3) Selbständigkeit. Wichtig sei außerdem, was man selbst aus einer Situation mache. Es komme sehr auf die Person selbst an. Frau B bewertet ihre Lebensqualität mit der Note 2.

Frau C: wohnt in einer kleine Gemeindebauwohnung; vieles ist mit persönlichen Sachen vollgeräumt; das Bett steht zentral in der Mitte des Wohnzimmers; das Gespräch findet im Wohnzimmer, bei Tisch statt; die Frau sitzt im Rollstuhl, sie kann damit in der Wohnung umher fahren; als ich läute, öffnet sie mir prompt; Frau C. wirkt sehr gepflegt; die Wohnung liegt im 4. Stock und ist sehr hell; es sind beide Fenster im Raum geöffnet; man sieht die grünen Baumkronen; vor einem Fenster ist eine Blumenkiste mit rosa Blumen; es wirkt alles sehr freundlich; als ich komme, läuft der Fernseher; es gibt eine sehr zutrauliche Katze in der Wohnung

Frau C. lebt alleine, ihre Tochter und ihre Enkelin kümmern sich zusätzlich zu den professionellen Betreuerinnen um sie. Sie ist seit einigen Jahren pflegebedürftig und benötigt einen Rollstuhl. Das bedeutet, sie wird von den Pflegepersonen im Bett gewaschen, angezogen und anschließend mit Hilfe eines Lifters in einen Rollstuhl gesetzt, wo sie bis abends bleibt. Weitere Erkrankungen und Beschwerden, von denen sie mir erzählte waren: Diabetes, offene Ulcera an beiden Unterschenkeln, die seit mehr als zwanzig Jahren bestehen und zurzeit erstmals Heilungstendenzen zeigen; Herzbeschwerden. Die offenen Ulcera an den Beinen scheinen das Hauptproblem für Frau C. zu sein, da ihre Erzählungen darüber einen großen Teil des Interviews ausmachten. Demnach hat sie neben einer Vielzahl von frustranen Therapieversuchen und immer wiederkehrenden starken Schmerzen, auch mehrfach inadäquate Verhaltensweisen von Ärzten und Pflegepersonen in diversen

Spitalsambulanzen erlebt. Frau C. erzählt, dass sie mit 55 Jahren in Pension gegangen sei (sie war Haushälterin) und da bereits „müde“ und krank war.
Trotz ihrer Abhängigkeit und dem Umstand, dass Frau C. die Wohnung nicht verlassen kann (es befinden sich einige Stufen vor der Wohnungstür, die mit dem Rollstuhl nur schwer bewältigbar sind), sagt sie, sie sei sehr zufrieden, da sie noch zu Hause leben kann. Sie fühle sich in ihrer Wohnung wie in einem Garten, sie könne den blauen Himmel und einen Baum vor ihrem Fenster sehen. Der regelmäßige Kontakt zu ihrer Tochter und Enkelin sowie Besuche von Bekannten wären für sie wichtig. Nicht mehr sehen, hören oder sprechen zu können, würde eine massive Verschlechterung der Lebensqualität für sie bedeuten. Das seien die drei wichtigsten Dinge. Wenn alles so bleibe wie jetzt, wäre sie zufrieden, „Wunder könne man keine erwarten“. Sie bewertet ihre momentane Lebensqualität mit einem „Sehr gut“. Sie habe „schon immer“ eine zufriedene Lebenseinstellung gehabt. Der Glaube habe ihr geholfen, diese Einstellung zu bekommen bzw. zu festigen. Der Glaube sei für sie das Wichtigste.

Frau D: lebt alleine in einer kleinen Wohnung, die sich in einem gepflegten alten Mietshaus (im dritten Stock, ohne Lift) befindet: ein Vorraum mit kleiner Waschmaschine, ein Wohnzimmer, in dem ein Bett steht, zwei Fauteuils mit einem kleinen Couchtisch (hier findet das Gespräch statt) und ein Esstisch mit zwei Sesseln, es hängen viele gestickte Bilder an der Wand; mein erster Eindruck: sowohl meine Gesprächspartnerin als auch deren Wohnung wirken „hübsch, adrett“, sehr gepflegt; die Frau ist in der Wohnung scheinbar gut mobil (mit einem Stock), sie wirkt zurückhaltend freundlich;
An körperlichen Beschwerden nennt Frau D lediglich Schwindelanfälle, weswegen sie die Wohnung zurzeit nicht verlassen kann. Pflegerischen Unterstützungsbedarf habe sie erst seit ihrem 90sten Geburtstag (vor etwa einem Jahr) Da haben plötzlich Lähmungserscheinungen und starke Schmerzen begonnen. Sie sei lange Zeit im Krankenhaus gewesen, davor wäre sie nie krank und völlig selbständig gewesen. Dementsprechend habe sie die plötzliche Abhängigkeit als „furchtbar“ empfunden. Mit Hilfe ihres starken Willens würde sie permanent daran arbeiten, wieder selbständig zu werden. Die Körperpflege, aber auch kleinere Haushaltstätigkeiten bewältige sie bereits wieder selbst. Jetzt, das betont sie mehrfach, sei sie mit allem zufrieden. Zufriedenheit sei das Wichtigste für positive Lebensqualität und sie sei

zufrieden, da sie mit allem versorgt sei. Ihre Kinder würden ihr bringen, was sie brauche, die Heimhilfen würden sie ebenfalls sehr unterstützen. Sie verstehe sich mit allen „Damen“ sehr gut. Jeden Tag habe sie Besuch oder mindestens telefonischen Kontakt zu ihren Kindern, das sei für sie sehr wichtig. Ihr angestrebtes Ziel sei, wieder die Wohnung verlassen zu können, um mit der gesamten Familie beisammen sein zu können. Eine konkrete Bewertung ihrer momentanen Lebensqualität lehnt sie ab. Frau D. meint, dass sie sich mit einer möglichen Verschlechterung ihrer Lebenssituation nicht auseinandersetzen möchte. „Daran denke ich gar nicht.“

Herr E: wohnt in einem großen Gemeindebau mit zahlreichen kleinen Innenhöfen und verwinkelten Stiegenzugängen; die Wohnung hat kleine Räume, das Gespräch findet in einer Wohnküche statt, d.h., Kücheneinrichtung, Esstisch mit Sitzbank und ein Sessel; man sieht noch in einen weiteren Raum, scheinbar das Schlafzimmer; die Möbel wirken abgewohnt; am Tisch liegen Medikamente, Zigaretten und ein Aschenbecher; auf der Sitzbank steht eine Transportbehälter für Tiere, eine Katze liegt darin, sie rührt sich während des gesamten Gespräches nicht; der Mann öffnet mir prompt, ist scheinbar gut mobil; als ich komme spielt ein Radio; Herr F. ist klein und hager, hat dicke Brillengläser; er ist unrasiert und hat am Hals lange Barthaare. Herr E. lebt alleine mit einer Katze, er habe keine Verwandten, sei nie verheiratet gewesen. An Krankheiten und körperlichen Beschwerden nennt Herr F.: Elefantiasis in beiden Beinen, weswegen er das Haus für einige Monate kaum verlassen konnte; Polyarthritis in beiden Händen; insulinpflichtiger Diabetes Mellitus Typ II sowie eine seit vielen Jahren bestehende schwere Sehbehinderung. Die tägliche Heimhilfe würde er für diverse Haushaltstätigkeiten benötigen. Als wichtig für seine Lebensqualität nennt er zu allererst seinen täglichen Spaziergang zu einer nahegelegenen Konditorei, um „unter die Leute zu kommen“. Danach spricht er von seiner Katze, die krank sei und um die er sich kümmern müsse. Er spricht sehr liebevoll von ihr und bezeichnet sie als seinen momentanen „Primusfaktor“. Abgesehen von den bereits genannten Faktoren nennt Herr F. noch seine Genusszigarette als Mittel, um sein Leben lebenswert zu gestalten. Auch das Essen habe einen wichtigen Stellenwert für ihn. Seine Lebensqualität bewertet Herr F. mit einem „Befriedigend“.

Herr F: ist zweimal geschieden, er hat eine Adoptivtochter. Er lebt alleine, seine Wohnung liegt im dritten Stock ohne Lift; Das Wohnzimmer, in dem das Interview stattfindet, wirkt abgewohnt, die Sitzbank auf der der Mann sitzt, ist abgegriffen, der Stoff ist kaputt; der Raum ist sehr vollgeräumt, auf dem Tisch liegen zahlreiche Bücher, Skripten und Taschenkalender; es hängen viele Bilder unterschiedlichster Art und Stilrichtungen an den Wänden; in der Wohnung ist es sehr warm, stickig, es riecht nach Urin; der Mann ist in der Wohnung mit einem Rollator mobil, öffnet die Türe selbst; er ist mit einem schmutzigen T-Shirt und einer Unterhose bekleidet; er ist übergewichtig, die Füße sind dick geschwollen, auffallend sind starke Lidödeme; als ich gehe, läutet es, es kommt ein Bekannter mit dem Einkauf;

Zu Beginn des Gespräches übergibt mir Hr. F einen Zettel, auf dem er für mich seine Krankengeschichte zusammengefasst hat. Demnach leide er an: Herzrhythmusstörungen, sei deshalb Marcoumar®-Patient; Diabetes Typ II; Muskelschwäche mit daraus resultierender Mobilitätsbeeinträchtigung, Hr. F. ist in der Wohnung mit einem Rollator mobil, kann die Wohnung mangels einem Lift nicht verlassen, hat Ulcera an den Beinen.

Auf die Frage, was ihm zum Thema Lebensqualität einfällt, gibt Hr. F als ersten wichtigen Faktor die finanziellen Ressourcen an. Er habe nur wenig Geld zur Verfügung und sei daher auf die Unterstützung seines Bekannten angewiesen. Herr F beurteilt seine Lebensqualität mit „3 –„.

Er benennt sehr präzise negative Faktoren, aber auch wenige positive, die ihn zu dieser Bewertung veranlassen. Am Wichtigsten sei ihm die positive Beziehung zu seiner Haushälterin, die er auch als „psychologische Betreuung“ empfindet und die er im Rahmen der professionellen Betreuung durch Pflegehelferinnen vermisst. Seine Haushälterin übernehme auch zahlreiche Tätigkeiten, die ansonsten von verschiedensten Diensten der Gemeinde Wien übernommen werden müssten, was seiner Meinung nach sehr umständlich und vor allem um einiges teurer wäre. Da die Haushälterin in den nächsten Monaten Österreich auf unbestimmte Zeit verlassen wird, zählt das zu einem seiner schwerwiegendsten negativen Faktoren, die ihn dazu veranlassen von Suizidgedanken zu sprechen.

Mehrfach betont Herr. F. seine Unzufriedenheit mit der Betreuung durch die Organisation. Er nennt sehr konkrete Kritikpunkte und Vorstellungen, was verändert werden sollte. In seine Überlegungen bezieht er sowohl Organisatorisches als auch Berufspolitisches wie zum Beispiel Bildungsniveau und Qualifikation der

Pflegepersonen mit ein. Die Unzufriedenheit mit der Betreuung sei für ihn ein wichtiger, leider negativer Punkt seiner Lebensqualität. Sinn in sein Leben würden die, immer noch, privat durchgeführten wissenschaftlichen Arbeiten bringen. Erschwert sei diese Tätigkeit jedoch auf Grund der Tatsache, dass er die Wohnung nicht verlassen kann. Auf meine Frage, was sein Leben lebenswert mache, meint Herr F., das sei die Hoffnung, dass sich doch noch etwas an seiner Situation ändern könne. Sein Traum sei ein Ortswechsel in ein „wärmeres Land“.

3.3. Auswertung der Interviews

Zunächst wurden die, mittels Diktiergerät aufgenommenen Gespräche verschriftlicht. Die Texte wurden wörtlich transkripiert und zur besseren weiterführenden Analyse in normales Schriftdeutsch übertragen. Damit manche Aspekte des sprachlichen Ausdrucks nicht verloren gehen, wurde mit Hilfe von Sonderzeichen das Transkript kommentiert. Folgende Sonderzeichen wurden dafür verwendet:

(,) = kurzes Absetzen einer Äußerung
… = mittlere Pause
(Pause) = lange Pause
(?) = Frageintonation
unterstreichen = auffällige, starke Betonung
(..), (…) = Unverständliches
(Mayer, 2002, S. 164)

Zur Wahrung der Anonymität wurden die Interviews, bzw. die Befragten mittels Großbuchstaben codiert. (von A bis F). Im Gespräch genannte Personen, Ortsangaben etc. wurden anonymisiert protokolliert.

3.3.1. Auswertungsmethode

Das transkripierte Datenmaterial wurde mittels qualitativer Inhaltsanalyse, in Anlehnung an Mayring (2007), analysiert. Ziel dieser Analyse ist es, bestimmte Themen, Inhalte, Aspekte aus dem Material herauszufiltern und zusamenzufassen. Diese Form ist besonders gut für die Analyse von offenen Interviews geeignet. Man orientiert sich nicht an vorher definierten Kategorien, sondern nur an der Forschungsfrage (Mayer, 2002, S. 169f).

3.3.2. Gütekriterien

Wie in der quantitativen Forschung notwendig, gibt es auch in der qualitativen Forschung Gütekriterien, nach denen die wissenschaftliche Qualität einer Forschungsarbeit beurteilt wird. Mayer (2002, S. 79) schreibt, dass eigene Gütekriterien für die qualitative Forschung entwickelt wurden, diese jedoch im Detail, je nach Autorin oder Autor von einander abweichen. Als repräsentative Beispiele für qualitative Gütekriterien nennt sie Verfahrensdokumentation, argumentative Verfahrensabsicherung, Regelgeleitetheit, Nähe zum Gegenstand und kommunikative Validierung. In der vorliegenden Arbeit wurden diese Gütekriterien wie folgt, umgesetzt: Sowohl die gewählte Interviewform, als auch die inhaltliche Analyse wurde nach vorgegebenen Regeln durchgeführt, die hier dargelegt wurden. Die offen geführten Interviews fanden in der gewohnten Umgebung der Befragten statt, der Ablauf wurde detailliert dokumentiert. Die Interpretation der Gesprächsinhalte wurde verschriftlicht und kann eingesehen werden. Beispielhaft sind zwei Textauszüge und die vorgenommene Reduktion im Folgenden dargestellt.

3.3.3. Textanalyse

Zur Analyse wurden zunächst alle Aussagen zur Lebenssituation sowohl beschreibende als auch bewertende sowie konkrete Aussagen zur Lebensqualität herausgelöst. Berücksichtigt wurden dabei sowohl Satzteile, ganze Sätze oder komplette Textstellen. Diese wurden paraphrasiert und anschließend generalisiert. In einer ersten Reduktion wurden 22 Oberbegriffe gebildet. Die Generalisierungen wurden gleichzeitig in „positive“, „negative“ und „neutrale“ Aussagen/Bewertungen, in Bezug zu den jeweiligen Oberbegriffen, unterteilt. Bei vielen Aussagen, kam es zu Überschneidungen, d.h. sie wurden mehreren Oberbegriffen zugeordnet.

Beispiel I:

→Transkribierter Text:

I: Und was hat ihnen dabei geholfen, dass sie es dann akzeptieren konnten? (Anm.:die verminderte Selbständigkeit)

D: Der Wille … das muss, muss ich können und das habe ich durchgebracht und das ist (,) da habe ich einen eisernen Willen. Also wenn ich das will, dann mache ich es, nicht. (,) Und das hat mir viel geholfen, nicht. Ich habe ja fast nicht gehen können, aber immer probiert, immer probiert, bis es gegangen ist, nicht. (Pause)

→Paraphrase: wichtig ist der Wille dazu, wieder verschiedene körperliche Fähigkeiten (z.B. das Gehen) zu erlangen.
→Generalisierung: keine Akzeptanz der verminderten Selbständigkeit, sondern starker Wille, aktiv an der Verbesserung zu arbeiten
→Reduktion: 1)Persönliche Lebenseinstellung, 2)Selbstbestimmung; 3)Hoffnungen, Erwartungen, Ziele
Dieser Punkt wurde unter allen drei genannten Oberbegriffen als positive Aussage gewertet.

Beispiel II:
→Transkribierter Text:
A*: Es ist, schauen sie ich ich war mal jemanden in besuchen, (,) ohne dass ich die Absicht hatte selber zu gehen, es war jemand von mir, einen Bekannten, in so einem Heim und es hat mir wie eine Watsche gegeben ... und zwar ah (,) alle sind a bissel plemplem und wenn sie essen (,) das ist so ge (,) das ist so geschmacklos das Ganze ist so (,) ah die essen da so ko, wenn sie sich selber bedienen und (,) ich hab Gott sei Dank nicht zittrige Hände, kann alles tragen und ich schütte nichts aus und und und für denen ist alles so mh t (,) und so also das ist das macht mich (,) nicht nur traurig sondern das macht mich depressiv.*
I*: Hm, hm*
A*: (,) Oder geht man durch den Gang und da sind lauter Urinspuren…*
→Paraphrase: war durch Besuch in einem Pflegeheim entsetzt. Klienten dort vielfach dement, Fein-und Grobmotorik oft nicht mehr intakt (beim Essen bemerkbar); Essen geschmacklos; zu wenig Hygiene (Urinspuren am Gang)
→Generalisierung: Besuch in einem Pflegeheim war Abschreckung vor möglichen zukünftigen eigenen Problemen
→Reduktion: 1) Angst/Unsicherheit, 2) Auseinandersetzung mit Krankheit, Lebensende und Tod
Hier wurden in beiden Fällen die Aussagen negativ bewertet, da Angst eine negative Emotion ist und bei der Beschäftigung mit dem Thema Alter und Krankheit in dieser Aussage ausschließlich negative Assoziationen zu finden sind.

3.4. Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse

Die ersten Reduktionen lauteten: Beziehungen/Angehörige, soziale Kontakte/Kommunikation, Stimmungslage, Bedürfniserfüllung, Angst/Unsicherheit, Hoffnungen/Erwartungen/Ziele, Mobilität, vorhandene Ressourcen/ Selbstpflegefähigkeiten, Selbstbestimmung, Rituale pflegen, Informationen bekommen/Neues lernen, Abwechslung/Aktivität, Interessen/Themen die beschäftigen, finanzielle Möglichkeiten, nicht/wenig beeinflussbare äußere Rahmenbedingungen, Glaube/Spiritualität, Auseinandersetzung mit Krankheit, Lebensende und Tod, Persönliche Lebenseinstellung, sich gesund fühlen, vorhandene Sinnesleistungen, körperliche Beschwerden/Erkrankungen, kritische Reflexion der (pflegerischen) Betreuung zu Hause. Diese Reduktionen wurden zur Beantwortung der Forschungsfragen - Wie nehmen alte Menschen mit unterschiedlichem Pflege- und Betreuungsbedarf ihre Lebensqualität wahr? Welche Bedeutung hat die Pflegebedürftigkeit dabei? Können Faktoren identifiziert werden, die für eine positive Lebensqualitätsempfindung trotz Pflegebedürftigkeit wichtig sind? - in einem weiteren Schritt noch einmal reduziert.

3.5. Inhaltliche Darstellung

Da in der vorliegenden Arbeit ein positiver, ressourcenorientierter Grundgedanke im Vordergrund steht wurden beim Versuch den Forschungsfragen gerecht zu werden, bei einer weiteren Reduktion die positiven Aussagen nochmals unter acht Kategorien gruppiert.

1. Persönliche Lebenseinstellungen
2. Emotionale und soziale Bezugspunkte
3. Hoffnungen und Ziele
4. Ein bewusstes Leben führen (können)
5. Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten
6. Spiritualität und Glaube
7. Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard
8. Eigene Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation

3.5.1. Persönliche Lebenseinstellungen

Es wurden Aussagen subsummiert, die Auskunft über die Wertvorstellungen der Klientinnen und Klienten und ihre Lebensphilosophie geben. Welche Gedanken hat ein Mensch zu sehr allgemeinen Fragen des Lebens, und/oder zu Problemen, die sich im Laufe der Zeit stellen bzw. sehr konkret gestellt haben, (beispielsweise bei Verlusten, Krankheit, Alter, Tod)? Welche Bewältigungsformen wurden gefunden? Auch Stimmungslagen, positive oder negative Grundhaltungen wurden hier berücksichtigt. Im Rahmen dieser Interviews konnte nur ein sehr kleiner Ausschnitt diesbezüglich sichtbar werden. Auf Grund der offen geführten Gespräche wurden dazu keine konkreten Fragen formuliert. In unterschiedlichster Form gab es jedoch in jedem Interview Aussagen, die sich dem Begriff zuordnen lassen. Die „persönliche Lebenseinstellung“ scheint einer der wesentlichen Faktoren zu sein, der die Lebensqualität positiv wie negativ stark beeinflussen kann. Teilweise kommt in den Interviews zur Sprache, dass sich die Lebenseinstellung im Laufe der Zeit verändert hat, dass die heutige Zufriedenheit, in Relation zu früher erlebten Krisenzeiten (z.B. Kriegs, bzw. Nachkriegszeit, Todesfälle in der Familie) zu sehen ist. Es wurde jedoch auch die positive Haltung zum Leben, die bereits in der Familie vorgelebt wurde, angesprochen. In allen Interviews kamen positive Erinnerungen an früher zur Sprache bzw. der Stolz auf Erreichtes. In fünf von sechs Interviews wurde die Wichtigkeit einer positiven Lebenseinstellung, als Grundvoraussetzung für eine positive Lebensqualität betont. Das heißt die Fähigkeit, Freude, Zufriedenheit, Wohlbefinden wahrnehmen zu können. Das Ausmaß der körperlichen Einschränkung ist dann kein beeinflussendes Kriterium. *„Für mich ist die Ver (,) äh ja soweit gesund. Wissen sie normalerweise bin ich ja gesund. Hab a bissel, hab ein bissel Zucker, dann hab ich ein bissel Blutdruck (lacht)“* (Int. A, S.6, Zeile 26 – 28) *…“Ich nehme das (,) ich will es äh (,) will sagen, Humor ist wichtig. Wenn man Humor selber nicht und nicht selbstkritisch ist, ist man ah (,) arm dran. (,)…“* (Int. A, S. 6, Zeile 35 – 37). Einige (teils bereits paraphrasierte) Aussagen der Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner, zum Thema der persönlichen Voraussetzungen um eine positive Lebensqualität empfinden zu können waren, das Beste aus einer Situation zu machen, Freude an "kleinen Dingen" zu haben *„Ja, nicht und wissen sie, wenn ich da sitze denke ich mir ich sitze im Garten. (,) Ich rede es mir halt ein, nicht, ja (,) ich rede mir. Und draußen der Baum und wenn die Sonne ganz untergeht, der blaue Himmel, ein schöner Anblick. (,) Da denk ich mir eine gute Luft habe ich her oben, besser wie*

unten, nicht. (,) Und da bin ich ganz, bin nicht unglücklich darüber. Ich geh nicht fort, ich muss nicht runter oder was, nein.“ (Int. C, S. 17, Zeile 14 – 20). Die Zufriedenheit als Grundstimmung wurde thematisiert *„…Ja es gibt so verbitterte Leute, gell. Die sind oft schon mit fünfzig, sechzig Jahren so verbissen und verbittert. Wir haben ein paar da, wo ich mir denke, du lebst doch nur einmal, du darfst dir doch das (,) Muss man immer das Beste noch aus allem rausholen, nicht (?) (,) Und die sind so (,) immer nur weinen und immer nur das, das geht nicht, das kann man nicht, das, man belastet ja damit auch andere auch und das alles, nicht. Das kann man nicht machen…“* (Int. B, S,14, Zeile 34-35 – S.15, Zeile 1-6). Als wichtig wurde auch ein positives Selbstwertgefühl trotz Unterstützungsbedarf; angesprochen und die Möglichkeiten/Fähigkeiten zu haben, eine „angenehme Atmosphäre" für sich zu schaffen. Teilweise ist dafür auch eine Einstellungsänderung zu bestimmten Situationen (z.B. bzgl. der eingeschränkten Mobilität) notwendig „…*früher hat mich immer geärgert wenn jemand geläutet hat und ich konnte nicht schnell kommen. Da hat noch jemand weiter, da hab ich gesagt: „Läute wie viel du willst. Meine Nerven behalte ich für mich. Ich komme wann ich kann. Wenn dir nicht recht ist kannst verschwinden.“ Und das sind, wissen sie das ist meine Einstellung dazu deswegen, weil ich kann ja nicht schneller.“* (Int. A, S. 13, Zeile 16 – 22)*. „…eigentlich hab ich mir so bequem gemacht wie wie es möglich ist. …“* (Int. A, S. 13, Zeile 26 – 27). Die Freude am Beisammensein mit der Familie bzw. Zuversicht, dass das bald wieder möglich sein wird aber auch Wohlbefinden durch den Bezug zu einem Haustier können sich positiv auf die Lebensqualität auswirken. Weitere wichtiger Aspekte sind die Hoffnung, dass sich die Lebenssituation nicht verschlechtert, keine Resignation und die Möglichkeit selbst aktiv an der Verbesserung der Situation arbeiten zu können. Einen starken Willen haben, die Akzeptanz schwieriger Lebenssituationen, konkrete Ziele und/oder Träume haben sind weitere Punkte die sich positiv auf die Lebensqualität auswirken *“…Würde am liebsten auswandern, wenn es noch ginge, nicht. Irgendwo da runter, entweder nach Kanada oder nach Australien, …“* (Int. F, S. 38, Zeile 12 – 14).

3.5.2. Emotionale und soziale Bezugspunkte

Eine Beziehung zu jemandem oder „etwas“ zu haben oder neu aufzubauen ist bei diesem Kapitel ausschlaggebend, wobei nicht zwischen familiären und anderen Beziehungen differenziert wird. Es soll im Gegenteil, um eine Kategorie, nämlich die

einer Beziehung zu einem Haustier erweitert werden. Genannt wurde von den Klientinnen und Klienten Beziehungen zu Familienangehörigen, langjährigen Bekannten oder Freunden, Hausangestellte, professionelle Betreuerinnen und auch Haustiere. Diese Beziehungen sind, neben anderen Faktoren, ausschlaggebend, um Sinn im Leben zu finden. Entscheidend sind die Qualität des Bezugs, die Regelmäßigkeit/Aufrechterhaltung des Kontaktes und die Bedürfniserfüllung durch die Bezugsperson(en) oder dem Bezugspunkt. Auf Grund der Analyse der Interviews wurden zwei Arten von Bezugspunkten identifiziert, nämlich die gefühlsbezogenen, emotionale und die sozialen. Die Familie ist für manche Menschen ein wichtiger emotionaler Bezugspunkt *„Ja, ja … und wenn wir zusammen kommen dann ist immer die Familie dabei (,) nicht. (Pause) Und mehr, mehr kann ich gar nicht sagen. Dass ich zufrieden, rund herum zufrieden bin (Pause) und es soll nicht schlechter werden (,) nicht, hoffentlich besser.“* (Int. D, S. 9, Zeile 29 – 30 – S. 10, Zeile 1 – 3). Die Qualität des Bezugs ist ausschlaggebend um als positiver Faktor wahrgenommen zu werden. Die Qualität kann sich in unterschiedlichen Formen widerspiegeln. Beispielsweise wenn gemeinsame Entscheidungen über weitere Vorgehensweisen mit den Kindern getroffen werden „…*Und sie hat gesagt, ah ah willst du nicht zu Hause bleiben (?) sage ich: „Na freilich möchte ich zu Hause bleiben. Aber aber ob das geht, um das.“ Hat sie gesagt: „Aber ja, wir werden schon irgendwie schauen, helfen, nicht. Probieren wir es einmal, nicht.“ Und ist nachher, na probieren wir es einmal, nicht, nicht. …“* (Int. C, S. 10, Zeile 7 – 12). Die Qualität des Bezugs drückt sich auch in der Regelmäßigkeit/Zuverlässigkeit des Kontaktes oder in der Bedürfniserfüllung durch die Bezugsperson(en) aus „…*Sie wohnt da am (Ortsangabe) oben. Und die Enkelin wohnt in der (Ortsangabe), ich bin in der Mitte. Die die ist in fünf Minuten herunter, da zu Fuß da (zehn Minuten?). Und die Tochter, arbeiten tut sie da bei der (Ortsangabe) oben 120, da bei der Firma, wo sie da die Anlagen und alles machen da, da (,) und die die ist auch in 5 Minuten da, wenn irgendwas ist. (,) So wie das letzte Mal. Da bin ich am Donnerstag ins Spital geführt worden und der Pfleger war da und ich habe Fieber gehabt und …“* (Int. C, S.39, Zeile 32 – 33 – S. 40, Zeile 1- 7). Je nach Ausgangslage familiärer/freundschaftlicher Bindungen werden andere Bezugspersonen/Bezugspunkte als Ersatz gesucht. Das können professionelle Betreuerinnen oder die Haushälterin sein „…*ein, eine Intimfreundin ah, die bei mir zum Essen geblieben, sie hat gekocht für mich, ah obwohl ich das gar nicht brauchen würde theoretisch, ich habe ja “Essen auf Rädern“*

sowieso, aber sie hat`s also, eben um die Atmosphäre aufzulockern, ist sie hergekommen hat da gekocht dann, hat tiefgekühlte Sachen von Iglo und so weiter, hat mir das da serviert, hat mit mir gegessen und wir haben da geplaudert und so weiter. Also mit einem Wort, dieser ah, ah (,) psychologische Bereich ist abgedeckt gewesen." (Int. F, S. 25, Zeile 9 – 18). In einem anderen Interview erzählt die Befragte von Gesprächen, die sie mit den Pflegepersonen führt *„Und und und die kommen und die Leute kommen eh immer. Montag Pflege, denen erzähle ich auch viel und dann und und und ab und zu tu ich mit den (Männern?) da tun wir politisieren auch und und und schauen und dann sagt er: ‚Na Frau (Name), was sagen sie da dazu (?)' Und so, also es ist immer interessant, nicht, ja ja ja ja. … Und dann kommt wieder die Frau, die erzählt wieder ihre Lebensgeschichte, weil sie weiß, sie kann mit mir reden, sie weiß (…)"* (Int. C, S. 30, Zeile 2 -9). In Erweiterung des Begriffs, kann auch ein Haustier der emotionale Bezugspunkt sein. Ein Gesprächspartner, der nach eigenen Angaben keine Angehörigen oder Freunde hat, sprach sehr liebevoll über seine Katze „…*Ja, man kann nicht sagen Lebensqualität sondern man ist nicht allein und, ja. Eine Bezugsperson…."* (Int. E, S. 3, Zeile 5 – 6) und an einer anderen Stelle des Interviews:*„…Ja (,) meine Katze ist mir momentan der Primusfaktor … und ich werde alles tun, solang sie lebt ah ihr die Jahre zu verschönern soweit es in meinen Kräften möglich ist. (,) Das heißt es wird auch mir, es wird uns beiden nichts abgehen. …"* (Int. E, S. 11, Zeile 8 – 12). Nicht auszuschließen ist bei den Erzählungen der Klientinnen und Klienten ein dringender Wunsch oder die "soziale Erwünschtheit" einer positiven Beziehung zu den eigenen Kindern, was sich in einem Interview besonders bemerkbar machte *„D (lacht) Meine Töchter die würden mir ja alles, nicht. (lacht) Die bringen mir ja alles und und sind ah, bitte heute, heute kommt sie, die Tochter die ist weg die eine und die andere, na die ruft mich an, weil sie weiß, die kommen alle da jetzt da. Na und die zweite die ist, die hat auch Urlaub, wo sie jetzt umgeht weiß ich nicht. Die dritte, also (,) ansonsten sind sie jeden Tag da. (Pause)* (Int. D, S. 3, Zeile 15 – 22). Im Verlauf des Gesprächs werden die Töchter noch einmal thematisiert *„Ja (,) es ist doch besser, wenn (,)* (Anm. die Heimhilfen kommen) *weil sonst könntest, wie soll ich sagen, die Kinder sind nicht, können nicht jeden Tag da sein, weil jede Familie hat, nicht. Und so ist ja doch, sind die zufrieden weil die da sind und ich bin zufrieden, also. … Na (Pause) ich bin glücklich, dass sie gut verheiratet sind, alle. Und und so werde ich nie stören. (Pause)* (Int. D, S. 12, Zeile 5 – 10).

Bei den sozialen Bezügen werden nicht die Emotionalität, die mit den Beziehungen verbunden ist, sondern Kontakte zu anderen Menschen als solches in den Vordergrund gerückt. Manche Klientinnen und Klienten möchten dadurch beispielsweise geistige Anregung durch Gespräche erhalten. Es gibt Aktivitäten, die alte, teils gebrechliche Menschen ohne Begleitperson nicht durchführen können. Reisebegleitungen bei Kuraufenthalten, der fast tägliche Besuch von Bekannten, oder Freude am Kontakt mit den Nachbarskindern waren weitere Aussagen diesbezüglich. Durch die Einbindung in ein großes soziales Netzwerk (z.B. durch verschiedene DienstleisterInnen oder Nachbarschaftshilfe) entsteht ein erhöhtes Sicherheitsgefühl. Äußerungen diesbezüglich konnte in einer Mehrzahl der Interviews gefunden werden. Stellvertretend werden hier zwei Textpassagen wiedergegeben. *„…Dann tagsüber, wenn kein Wochenende kann ich auch in der (,) in der ... (Name der Organisation) anrufen. Nicht (?). Und ah und so weiter also da (,) ich bin da sehr (,) umsorgt (...) mir kann so zu sagen nichts passieren. Außerdem kommt mir eh täglich einmal manchmal sogar zweimal.“* (Int. A, S. 8, Zeile 29 – 34)*…“Heimhilfe oder oder meine Damen von der Massage und Turnen und so weiter also und einkaufen und so nicht, das ist (,) bei mir ist immer ein bissel Betrieb.“* (Int. A, S. 8, Zeile 36 - 38). In einem anderen Interview wurde die Nachbarschaftshilfe betont *„…und dann bin ich mit der Hausbesorgerin (lachend) auch sehr gut. Die hat den Schlüssel, die kann hinein und die habe ich damals auch angerufen. Die ist rüber und dann ist die Rettung erst gekommen und so. Ja, ja, nein, die Sorge habe ich, da wissen sie in so einem Haus, da ist immer irgend (…) wer oder ist, nein, da brauchen wir keine Angst haben.“* (Int. B, S. 13, Zeile 21 – 26). Während die Bedeutung eines emotionalen Bezugspunktes in allen Gesprächen zu finden war, wurden die sozialen Bezugspunkte nicht so deutlich angesprochen. Hier dürften vor allem auch die früheren Lebensgewohnheiten und Prioritäten zum Tragen kommen. So erzählte einer meiner Gesprächspartner, dass ein enger Kontakt zu Freunden oder Nachbarn für ihn nicht ausschlaggebend sei, um positive Lebensqualität empfinden zu können. Für diesen Mann ist allerdings ein täglicher Spaziergang besonders wichtig, um *„unter die Leute zu kommen“.*

3.5.3. Hoffnungen und Ziele

Hoffnung zu haben, wurde in den Interviews als eine wichtige Grundlagen für positive Lebensqualität dargestellt. Darunter konnte zum Beispiel auch „nur“ der Wunsch

nach Stabilität der momentanen Situation zu verstehen sein oder die Hoffnung auf einen „schnellen Tod“ *„…also ich bin, ich tu jeden Tag, wenn ich so bleibe bin ich voll auf zufrieden. (,) Weil mehr kann man eh nicht erwarten. Wunder können sie nicht erwarten, nicht nicht….“* (Int. C, S. 23, Zeile 15 – 18). Es geht sowohl um konkrete Ziele, verbunden mit der Hoffnung auf Zielerreichung, als auch um ein allgemeines Gefühl der Hoffnung, als lebensqualitätsbestimmender Faktor für sich *„Was mein Leben lebenswert, das ist eine gute Frage. (lacht) Die Hoffnung, man soll die Hoffnung nie aufgeben. Die Hoffnung, dass es doch noch etwas anders werden könnte. (,).“* (Int. F, S. 37, Zeile 22 – 24). Die eigenen Ziele selbst, durch einen aktiven Beitrag erreichen zu können, sind wichtig für das Selbstwertgefühl und damit für das Empfinden von positiver Lebensqualität. Aktiv an der Verbesserung der körperlichen Mobilität zu arbeiten, die mit Aktivität und Autonomie verbunden wird, wurde in der Mehrzahl der Gespräche hervorgehoben. Fünf der sechs Gesprächspartner konnten zum Zeitpunkt des Interviews ihre Wohnung nicht selbständig verlassen, sodass die Hoffnung, das zu verändern oder mindestens die vorhandene Mobilität in der Wohnung beizubehalten, ein wichtiges Thema war

„…Dass ich über die Stiegen einmal runtergehen kann, das wäre wichtig.

I: Das wäre eine wichtige Verbesserung für sie?

D: Ja, ja (,) aber das geht noch nicht (Pause)

I: Sie arbeiten aber daran, dass es (gleichzeitig D: <u>na freilich</u>) wieder geht?

D: Na freilich, ich gebe doch nicht nach. (lacht) (,) Ich gebe ja nicht nach, ich will ja selber runter. Ich bin ja das gewohnt, dass ich weg gehe, nicht. (Pause)“. (Int. D, S. 7, Zeile 24 – 29 – S. 8, Zeile 1 – 3). Eine Frau, die nach ihren Angaben in den letzten Jahren zunehmend immobil wurde was, wie sie mir erzählte, laut Neurologen nicht behandelbar sei, wurde mit einem Hebelifter täglich in den Rollwagen gesetzt. Sie betonte: *„Aber ich turne immer viel mit den Füßen so, wissen sie. Muss ich ja immer so.“* (Int. C, S. 23, Zeile 25 – 26). Wichtig scheint es, eine Balance zwischen den als positiv und den als negativ empfundenen, lebensqualitätsbeeinflussenden Faktoren, zu finden, um zufrieden und „hoffnungsvoll“ sein zu können So können beispielsweise körperliche Einschränkungen akzeptiert werden, wenn die Umsetzung gewohnter Rituale dennoch möglich ist *„Wichtig ist für mich, dass ich jeden Nachmittag spazieren geh. Ich geh zwar mit einer Krücke, ich geh zwar wie eine watschelnde Ente, was mich aber selbst nicht stört.“* (Int. E, S. 1, Zeile 9 – 12). In einem anderen Interview erzählt mir die Befragte, warum sie ihr Leben trotz

Einschränkungen als lebenswert empfindet …*„Nehme ich als lebenswert, (,) weil ich äh (,) für mich also, was ich brauche bestelle ich mir sozusagen also diese Pflegerinnen von von der (Name der Organisation) und dann habe ich eine Dame die … Lymphdrainage für mich macht (,) und dann (,) auch (,) auch Gymnastik. (…) Zweimal oder dreimal in der Woche je nach dem. (,) Und das ist für mich sehr wichtig, dass ich diese, diese ah (,) mh …“* (Int. A, S. 3, Zeile 5 – 11). Eine Befragte findet ihre Balance, durch Akzeptanz von Situationen, die nicht zu ändern sind *„… Wenn ich, wenn ich noch gehen könnte, würde ich sicher (…? Abende?) würden wir sicher wo rausgehen alle Tage. Sehen sie und das geht nicht mehr und damit sage ich immer, ich habe mich abgefunden. Ich sage immer, eben Dinge im Leben, die ich nicht ändern kann muss ich in Kauf nehmen.“* (Int. C, S. 39, Zeile 20 – 25).

3.5.4. Ein bewusstes Leben führen (können)

Durchgängig in fast allen Interviews (fünf von sechs) war eines der wesentlichen Faktoren, bei klarem Verstand zu sein sowie, wenn auch mit Einschränkungen, die Funktionsfähigkeit aller „fünf Sinne“. Das wird als Grundvoraussetzung empfunden, um Selbstbestimmung und Autonomie trotz Einschränkungen und Betreuungsbedarf (er)leben und empfinden zu können. Als wichtige Faktoren für eine positive Lebensqualität wurden mehrheitlich die geistigen Ressourcen und vorhandene Sinnesleistungen genannt. Ein möglicher Verlust dieser Fähigkeiten wurde als massive Verschlechterung der bestehenden Lebenssituation beschrieben und als einer der Hauptgründe gesehen, in ein Pflegheim übersiedeln zu müssen. Die Möglichkeit, eigene Entscheidungen treffen zu können, seinen Alltag selbst bestimmen zu können, hat einen sehr hohen Stellenwert und wird in einem Pflegeheim nicht gesehen „…*und mit jemandem zusammen in in ein, in einem Zimmer zu sein, nein das wäre für mich schrecklich wenn ich fernsehen will und jemand sagt: „Jetzt will ich aber mein meine Ruhe haben.“, da na (,) da ist der Streit schon wieder da nicht und ja also das wäre ...“* (Int. A, S. 11, Zeile 8 – 12). Hingegen wurde in fünf der sechs Interviews in unterschiedlicher Form betont, dass die professionelle Betreuung als bezahlte Dienstleistung empfunden wird und somit keine Einschränkung der Selbstbestimmung darstellt. Frau A sagt ganz klar, *„Nein, nein deswegen nicht, weil ich für diese Dienste zahle … und ah (,) wie soll ich sagen (,) sicher muss ich zahlen, logisch.“* (Int. A, S. 12, Zeile 8 – 9) Eine andere Befragte definiert konkret, was sie sich von der Heimhilfe erwartet *„…So bin ich eben jetzt im*

Moment sehr froh, dass ich die Heimhilfe hab, die mir vor allem einkaufen geht. Das andere kann ich mir noch selber machen alles, nicht. Also sagen wir sie tut einmal in der Woche aufwaschen oder so, ja aber sonst nichts. Weil ich will so, ich ein bisschen fit bleiben, nicht. Ich meine wenn ich mich jetzt herleg und Ding, also dann (lacht) also das ist, das wär nicht gut…." (Int. B, S. 1, Zeile 23 – 29). Im Zusammenhang mit der Leistbarkeit von Pflege sagte ein Herr, *„Man muss sich fragen, wenn man heute oder morgen einen Pflegedienst, eine Organisation die sich mit diesen, mit dieser Materie befasst in Anspruch nehmen möchte, ob man in der Lage ist diese finanziell überhaupt sich leisten zu können."* (Int. F, S. 3, Zeile 1 – 6). Als weiterer Faktor für gelebte Selbstbestimmung wird auch in dem Zusammenhang die Möglichkeit empfunden, je nach körperlicher Einschränkung, in unterschiedlichem Ausmaß aktiv zu sein *„…ah ich kann meine Lebensqualität schon selber verbessern (,) in dem ich turne. Wenn das was ich venachlässigt habe, weil das ist auch su successive (,) schleichend gekommen, also da muss ich jetzt schauen, dass ich das eh rückwirke, das mit dem Turnen. Ich mache täglich auch so bei beim Sitzen oder (,) mach ich meine Übungen, dass ich die Kräfte hab, wieder habe nicht?"* (Int. A, S. 14, Zeile 19 – 24). Von einere Aktivität ganz anderer Art, die sein Leben bereichert, berichtete Herr F. *„Ja also ich meine ich bin also wie gesagt (,) für mich als Privatgelehrter, könnte man sagen bin ich noch wissenschaftlich tätig. Keine Frage, ich habe auch noch Bezug zu meinen … alt, der (Name) ist schon gestorben aber es sind da einige, der (Name) ist glaube ich noch am Leben (…) lacht."* (Int. F. S. 31, Zeile 3 – 8)

3.5.5. Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten

Interessen und Aktivität werden nach früheren Gewohnheiten und Vorlieben gestaltet, sind jedoch auf Grund der körperlichen Ressourcen limitiert. (Wieder) körperlich (mindestens teilweise) aktiv sein zu können, ist auch zur Selbstbestätigung der eigenen Fähigkeiten sehr wichtig, daher werden viele Aktivitäten dahin gehend ausgerichtet: *„...Ich habe mir alles selber, ich habe ja alles selber gemacht, nicht (,) und dann war es aus. (,) Und nachher, ich habe wieder dahin gearbeitet, (,) dass es soweit ist, dass ich mir selber (,) ein bisschen was machen kann, nicht. (Pause) Weil, weil immer sitzen da, das kann ich nicht, da muss man schon ein bisschen was (,) wie wie es ich gewohnt bin so arbeiten, nicht. Also so (Pause)."* (Int. D, S. 2, Zeile 27 – 33). Die Interessen und Aktivitäten sind im Alter so unterschiedlich wie bei jüngeren

Menschen und reichen von Haushaltstätigkeiten über Bewegungsübungen bis hin zur Nutzung eines Computers, wissenschaftlichem Arbeiten oder politischen Diskussionen. Es findet eine häufige Nutzung von Fernseher und Radio statt. Das Festhalten an Ritualen wie regelmäßige Kuraufenthalte, tägliche Spaziergänge, angenehme Gewohnheiten aufrechterhalten, das Einhalten religiöser Rituale (wenn notwendig mit Hilfe von Bezugspersonen) oder auch Telefonate sind wichtige Faktoren, um trotz Veränderung der Lebenssituation eine Form von Normalität aufrechterhalten bzw. empfinden zu können. „*Ich geh auch weiter bis zum (…)Platz, da ist am Eck eine Kaffeekonditorei, da setz ich mich rein auf einen Cappuccino mit Schlag und ein Linzerkipferl dazu oder einen Rehrücken, die genieß ich, beides (,) Sommer kann man heraußen sitzen unter dem Sonnenschirm, auch das würde ich als Lebensqualität bezeichnen.“,* Dies ist ein wichtiger Faktor zum Erleben einer positiven Lebensqualität. *„Es ist so, meine Tochter und ich sagen uns immer Gute Nacht. Immer, immer jeden Tag, nicht. Immer noch, nicht. Auch die Enkelin, sie sagt: ‚Oma ich bin unterwegs, brauchst du was (?)‘ nicht (räuspert sich) und ich bin glücklich, …“* (Int. C, S. 33, Zeile 7 – 11). Geistige Aktivitäten und Anregungen wurden von fast allen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern als wichtig angesprochen „*Vor allem gibt’s im Radio gibt’s so gute Vorträge und so viele (,) äh gute äh mh ... so Sendungen die mich interessieren und so weiter da bin ich voll informiert. Täglich (,) mh (,) eine Stunde (,) jede Stunde äh Nachrichten. (,) Also da da erfahr ich was in der Welt passiert, früher als wenn ich jetzt die Zeitungen lesen würde, nicht (?)* (Int. A, S. 2, Zeile 34 – 39) und weiter …“ *Ganz aktuell, und also da (...) damit bin ich sehr zufrieden (,) also...“* (Int. A, S. 3, Zeile 1 – 2) In einem anderen Gespräch setzte sich die Befragte kritisch mit gesellschaftspolitischen Themen auseinander *„Und viele Gedanken mache ich mir darüber, wenn die jungen Leute kein Interesse haben für die Politik. (,) Das ärgert mich (,) aber es ist ja kein, es ist ja eigentlich kein Wunder, es ist ja ein Sauhaufen, was die haben, nicht.“* (Int. C, S. 34, Zeile 22 – 25). Ein weiterer Interviewpartner sagte, *„ Ja ich seh mir schon, also Zeit im Bild und was weiß ich Wochenschau (,) was gibt`s da na gut, ORF bietet nicht viel Interessantes mit den zwei Sendern...“* (Int. E, S. 19, Zeile 5 – 8).

3.5.6. Spiritualität und Glaube

Die Wichtigkeit, sich mit Abschied und Tod auseinander zu setzen, oder die Fähigkeit Krisen bewältigen zu können, wurde in unterschiedlicher Form angesprochen. Doch

nur in einem Interview wurde explizit der Glaube als wichtigstes Element einer positiven Lebenseinstellung genannt. In beinahe allen Gesprächen wurden die geistigen Fähigkeiten als besonders essentiell für ein positives Lebensgefühl beschrieben. Dadurch ergibt sich die Möglichkeit der Reflexion. Der zunehmende Verlust von Verwandten und Freunden führt zu Traurigkeit, aber auch zur Auseinandersetzung mit dem Thema Lebensende, Krankheit und Tod, was von einer Gesprächspartnerin explizit als wichtig angesprochen wurde, *„also man kann, man sollte damit auseinandersetzen. Nicht traurig sein, was ist traurig (?) Nicht (?) (,) Schauen sie äh ... ich ich (...) (deutet Richtung Vorzimmer, scheinbar zu einem Bild), wenn sie da hineinkommen ist, steht äh ... vier Bäume. Frühling, Sommer, Herbst und Winter. (,) Na ich bin jetzt im Winter. ... Alle diese Jahreszeiten ... ich bin, also da hat jemand (...) diese Bäume mit mit Menschenleben verglichen. ah (,) und ich bin mir diese diese Tatsache bewusst. Nicht Herbst, nein das ist schon Winter wo ich bin."* (Int. A, S. 5, Zeile 7 – 15).

Die Erinnerung an frühere Erfahrungen oder Erlebnisse in Kriegs- und Nachkriegszeiten führen zu einer Relativierung heutiger schwieriger Lebensumstände *„Nein ich sage ihnen, (,) so ein Krieg. Sind wir glücklich, dass wir Frieden haben (lacht) und und egal ob wir jetzt viel zu essen haben oder wenig oder gut leben oder schlecht, aber auf jeden Fall ist es besser als sowas, nicht. Nein, es war furchtbar."*(Int. B, S. 11, Zeile 23 – 26) *…"Nein, nein das hat bestimmt schon beeinflusst, dass ich heute sehr zufrieden bin und glücklich bin."* (Int. B, S. 11, Zeile 32 -33). Das Reflektieren von bisher Erreichtem im Leben, drückte sich auch in der häufigen Nennung (fünf der sechs Interviewten) von positiven Erinnerungen an frühere Zeiten aus, oder in dem Stolz und der Zufriedenheit über das Erreichte *„… habe meine Kinder selber aufgezogen und (,) ist mir nichts übrig geblieben, nicht (Pause)"* (Int. D, S. 11, Zeile 13 – 15) *…"Ja (Pause) Wenn jede studiert und (Pause) Da kann man schon fest arbeiten (,) da ist … (lacht) … ich bin zufrieden. Bin sehr zufrieden mit allem."* (Int. D, S. 11, Zeile 17 – 19).

Glaube

Die Wichtigkeit des Glaubens wurde ausschließlich in einem Interview angesprochen. Obwohl diese Probandin nach objektiven Kriterien am stärksten körperlich beeinträchtigt war, schätzte sie die eigene Lebensqualität auf einer Skala von 1-5 am besten von allen Interviewpartnern, mit „sehr gut", ein.

3.5.7. Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard

Die große Bedeutung finanzieller Möglichkeiten und Ressourcen für die Lebensqualität wurde von einem Interviewpartner hervorgehoben *„Naja, eines der wichtigsten Kapitel der Lebensqualität überhaupt ist das Geld. Die Frage des Geldes. Und nach dem ich, also das sage ich ihnen offen und ehrlich, eine Rente würde man in Deutschland sagen, bei uns sagt man Pension, von knapp 1000 Euro habe im Monat, können sie keine weiten Sprünge machen."* (Int. F, S. 1, Zeile 24 – 29). Ein weiterer Interviewter wusste sehr konkret über diverse finanzielle Unterstützungsangebote Bescheid (z.B. günstige Privatfahrtendienste). Teilweise wurde die Wichtigkeit einer „guten" Pension angesprochen. Etwa im Bezug zu Seniorenheimen, die im Vergleich zu Pflegeheimen von einer Frau als „besser" angesehen werden *„…und vor allem ah (,) es gibt ja diese Seniorenheime die vielleicht bissel besser (,) geführt sind, wo sich einiges (,) aber wissen sie dort kann man nicht ah (,) (…) ich hab ja so eine Pension nicht, die ich mir leisten könnte (,) …"* (Int. A, S. 11, Zeile 5 – 8). Frau C betont die Wichtigkeit des Pflegegeldes *„ … Und was habe ich jetzt (?) Mit den Erhöhungen habe ich 703 Euro, habe ich, nicht. Das was ich da so habe, das das zahlt alles die Gemeinde, nicht."* (Int. C, S. 36, Zeile 21 – 24). Pflege und Betreuung wurden von fast allen Klienten als Dienstleistung bewertet. Hierfür werden finanzielle Unterstützungsangebote als wichtig und notwendig empfunden. Bedeutsam ist es für einen Klienten, trotz (erhöhtem) Pflege- und Betreuungsbedarf, den gewohnten Lebensstandard aufrechterhalten zu können (z.B. Einschränkungen bei der Ernährung, wenn das Geld hauptsächlich für pflegerische Leistungen ausgegeben werden muss). Neben der positiven Erwähnung des Pflegegeldes, erzählte der Gesprächspartner von finanzieller Unterstützung durch einen „Bekannten", der es ihm ermöglicht, den Lebensstandard wenigstens in Ansätzen aufrecht zu erhalten „…*Naja und von dem gibt er mir einiges ab, er zahlt sämtliche Lebensmittel die ich kaufe, zahlt er aus seiner eigenen Tasche, inklusive Verbandsmaterial. Wenn ich das alles tun müsste, wäre ich wahrscheinlich längst nimmer mehr bei der (Name der Organisation), erstens und zweitens wahrscheinlich auch verhungert. Weil ich könnte mir das also in dieser Form nicht leisten. Also das ist einmal das Eine, zu meiner Lebensqualität erheblich beiträgt dieser Herr,…".* (Int. F, S. 2, Zeile 17 – 26). Die Möglichkeit eines günstigen Finanzierungsangebotes für eine Fernwärmeheizung wurde von einer Frau besonders hervorgehoben, dadurch hatte sich ihre Lebensqualität nach eigenen Angaben eindeutig verbessert.

Ausreichende finanzielle Ressourcen oder finanzielle Unterstützung sind auch wichtig, um trotz körperlicher Einschränkungen mobil sein zu können. Abgesehen von der Tatsache, dass drei der sechs Interviewten ihr Haus mangels eines Aufzuges nicht verlassen konnten, wurde die fehlende Möglichkeit, günstige Privatfahrten machen zu können, hervorgehoben *„Also ich kann nicht rauf und ich kann nicht runter. Brauch zu diesem Zweck das (Name einer Organisation), die mich mit einem Tragsessel hinauf und hinunter, das kostet 134 Euro insgesamt, hin und zurück, ja. Also ich meine“* (Int. F, S. 33, Zeile 6 – 10) *… „Ich wollte schon einige Male meine Tochter besuchen. Das ist eine längere Fahrt nach (Ortsangabe), ah da muss ich mit dem Stuhl hinunter und dann mit dem Auto hinübergefahren werden. Drüben haben sie Gott sei Dank einen Lift, die haben ein modernes Haus, ah aber herüben kann ich nicht, und wenn sie mich abholen, müssen sie da wieder herauftragen, nicht. Naja und das ist eine teure Angelegenheit, nicht.“* (Int. F, S. 33, Zeile 12 – 20). Ob in diesem Fall ein Informationsmangel bzgl. diverser Möglichkeiten von Privatfahrten besteht, kann nicht beurteilt werden.

Wie weit sich der Lebensstandard meiner Gesprächspatnerinnen und Gesprächspartner durch den Pflegebedarf und dem damit verbundenen finanziellen Aufwand reduziert hat, konnte im Rahmen der offen geführten Interviews nicht eruiert werden. Das Thema wurde lediglich von einem Gesprächspartner (siehe oben) konkret angesprochen. Die finanziellen Ressourcen wurden einerseits als beeinflussender Faktor der Lebensqualität bewertet (in fünf Interviews fanden sich positive Aussagen zu den finanziellen Ressourcen), hatten aber, mit Ausnahme des einen genannten, scheinbar keinen hohen Stellenwert in den Gesprächen.

3.5.8. Eigene Gesundheit; pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuungssituation

Die Vorstellung, dass das zunehmende Alter mit Krankheiten und unterschiedlichen körperlichen Beschwerden einhergeht, war bei fast allen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern (fünf von sechs) vorhanden, dennoch wurde die Wichtigkeit der Verbesserung von Krankheitssymptomen, wie zum Beispiel Schmerzfreiheit, das Abheilen von Wunden, oder Mobilitätsverbesserung mehrfach angesprochen. Entscheidend für das Empfinden einer positiven Lebensqualität sei, sich trotz Krankheitssymptomen gesund zu fühlen. In fünf der sechs Interviews war die Akzeptanz der Erkrankungen in unterschiedlicher Ausprägung von Bedeutung, um

positiv damit umgehen zu können. „Kleinere Probleme“ bzw. Symptome wie beispielsweise gelegentlicher Harnverlust oder eine Gangbildstörung seien dann leichter zu tragen *„(,) gut ich hab selber einmal diese diese Probleme auch aber das ist mein Urin (,) und ich komme dann, wenn mir das passiert, dann komm ich mit dem Besen und wasch wisch das ab und die Sache hat sich. (,)“* (Int. A, S. 10, Zeile 32 – 33 – S. 11, Zeile 1 – 2)

So wie dies von jüngeren Menschen immer häufiger eingefordert wird, haben auch meine Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner betont, dass sie gut informiert sein wollen und als mündige Patientinnen oder Patienten behandelt werden wollen. Im Rahmen der Gespräche bezog sich der Wunsch nach Aufklärung und Information in der Regel auf medizinische Belange. Im Fall von chronischen Erkrankungen mit immer wiederkehrenden Symptomen, wurde in drei Interviews darauf hingewiesen, dass der selbständige Umgang mit den Symptomen Sicherheit und damit auch größeres Wohlbefinden gibt. Das bestätigt die Wichtigkeit der bereits erwähnten lebensqualitätsfördernden eigenen Aktivitäten *„…Aber wissen sie ich habe ja schon öfter Fieber gehabt. Immer (,) da habe ich das Fieber, den Rotlauf immer selber noch in Griff bekommen. Weil ich habe immer eine Reserve, so ein Packerl Ospen für das Fieber immer zu Hause….“* (Int. C, S. 40, Zeile 17 – 21). Eine andere Frau berichtet auch, wie sie gelernt hat mit ihrer Erkrankung umzugehen *„…Wenn ich, wenn ich sagen wir wirklich so spüre es liegt mir so schwer da und ich kriege schon schlechter Luft und das halt, dann nehme ich halt ein paar Pillen und dann geht es mir nach einer Stunde wieder besser …“* (Int. B, S. 6, Zeile 7 – 10).

Die körperlichen Symptome der Befragten waren erwartungsgemäß, altersentsprechend vielfältig. Auffallend war, dass die von den Klienten genannten Beschwerden nicht in allen Fällen mit den von der jeweils zuständigen Pflegeperson genannten Erkrankungen übereinstimmten. In einem Interview schien das Negieren einer Erkrankung lebensqualitätsbestimmend zu sein. Nach Aussage der DGKS (Fachaufsicht) hatte meine Gesprächspartnerin Knochenmetastasen mit zunehmender Symptomverschlechterung. Sie hatte daher vom Arzt starke Schmerzmittel verordnet. Die Klientin selbst erzählte davon nichts. Sie sprach von ihrer Hoffnung auf rasche Besserung ihrer Mobilitätsbeeinträchtigung, um ihre Verwandten wieder besuchen zu können. Dies schien für sie der wichtigste Faktor positiver Lebensqualität zu sein Sie erzählte von ihren Geschwistern *„Ja ich habe meine, meine älteste Schwester die ist 95 und die, die jüngere, ich bin, werde in 14*

Tagen 91 und die andere Schwester die wird 89. (,) Also … sind wir alle, wir drei noch über, von acht." (Int. D, S. 9, Zeile 4 – 7) Die Geschwister wieder zu treffen ist ihr ein sehr wichtiges Ziel *„Na freilich, na freilich, ja (,) sind auch immer die Kinder dabei und (,)…"*(Int. D, S. 9, Zeile 19 - 20)

3.6. Zusammenfassende Darstellung der Faktoren, die eine positive Lebensqualität ermöglichen können

Die eingangs beschriebene Mehrdimensionalität der Lebensqualität zeigte sich sehr klar in den Interviews. Als theoretische Konstrukte zur Erklärung von Lebensqualität sind im Fall der hier analysierten Interviews, in erster Linie die „psychologischen Modelle", Antonowsky`s Kohärenzsinn, die „sozialen Gesundheitsmodelle", Gesundheits- und Funktionsfähigkeitsmodelle, aber auch objektiv messbaren Indikatoren wie Lebensstandard und Gesundheitsdaten zu nennen. Die zuvor definierten und erläuterten Kategorien wurden nicht gewichtet. Bei der folgenden Zusammenfassung findet eine Prioritätenreihung, basierend auf der Schwerpunktlegung in den Gesprächen, statt. Die Kategorien ‚Hoffnung und Ziele', sowie ‚Glaube und Spiritualität' sind auf Grund der Überschneidungen mit den Kategorien ‚Persönliche Lebenseinstellung' und ‚Ein bewusstes Leben führen können, in der Zusammenfassung integriert.

A : Persönliche Lebenseinstellung

Definitionen:
das Leben: Dasein, Existenz eines Lebewesens (Duden, 2002)
In der Existenzphilosophie wird der Begriff „Existenz" ausschließlich auf die Existenz des Menschen bezogen (Hügli & Lübcke, 2003).
Der Existenzphilosoph Karl Jaspers unterscheidet zwischen Dasein und Existenz: „‚Dasein' ist die menschliche Seinsweise in der faktischen Alltäglichkeit ihres Lebenswillens. ‚Existenz' dagegen ist die qualitativ höhere, erfülltere, wesentlichere Seinsweise, die nicht faktisch gegeben, sondern bloß möglich und uns aufgegeben ist. Die zentrale Frage der ‚Philosophie' lautet, wie und wodurch Existenz im Dasein zum Durchbruch kommen kann. Eine Antwort heißt: „Grenzsituationen erfahren und existieren ist dasselbe." (Jaspers, 1932, zit. nach Saner, 2003, S. 134).

die Einstellung: inneres Verhältnis, das jemand zu einer bestimmten Sache oder Person hat (Duden, 2002)

Die wichtigsten Faktoren in dieser Kategorie sind, eine positive Lebenseinstellung ("das Beste aus einer Situation" machen können), positive Erinnerungen an früher, auf etwas Erreichtes zurückblicken können, oder der positive Vergleich zwischen den schwierigen Kriegs- und Nachkriegsjahren und der heutigen Lebenssituation. Lehr (2005, S.198f) bezeichnet dieses Phänomen als „Figur-Grund-Problem“: „Auf negativ erlebtem Grund hebt sich die heutige Situation positiv ab.“ Aber auch konkrete Ziele haben und die Hoffnung, diese durch einen aktiven Beitrag erreichen zu können, oder die Hoffnung als zentrales, positives Empfinden zählen zu diesen Faktoren.

Definitionen zu Hoffnung und Ziel lauten:

Hoffnung: Vertrauen in die Zukunft; Erwartung, dass etwas Gewünschtes geschieht (Duden, 2002)

Ziel: Etwas worauf jemandes Handeln, Tun oder Ähnliches ganz bewusst gerichtet ist, was man als Sinn und Zweck, angestrebtes Ergebnis seines Handelns, Tuns zu erreichen sucht (Duden, 2002)

Vor allem Mobilität, die mit Aktivität und Autonomie verbunden wird, ist hier als ein wichtiges Ziel anzuführen. Wohlbefinden entsteht durch eine positive Stimmungslage und Erfüllung der eigenen Bedürfnisse z.B. auch durch Zufriedenheit mit der Betreuung durch professionelle Pflegedienstleister. Wichtigste Grundvoraussetzung dafür ist die persönliche Grundhaltung. Das bedeutet, die Fähigkeit zu besitzen, Freude, Glück, Zufriedenheit trotz Einschränkungen empfinden zu können. Wichtig ist es, eine Balance zu finden zwischen den als positiv und den als negativ empfundenen Faktoren, die die individuelle Lebensqualität beeinflussen. Als notwendig für das Empfinden von Zufriedenheit sind je nach Persönlichkeit, die realistische Einschätzung der momentanen Lebenssituation einschließlich der Auseinandersetzung damit, um sich damit arrangieren zu können zu nennen. Eine andere Strategie kann auch das Negieren von Zuständen sein und stattdessen die Hoffnung auf Besserung. Dieses Phänomen wird als Thomas Axiom beschrieben. Unangenehme oder Angst provozierende Tatsachen, speziell wenn diese außerhalb der eigenen Kontrolle liegen, werden negiert. All die genannten Faktoren lassen sich den im Theorieteil beschriebenen psychologischen Konzepten, oder den unter Altersbezogenen Ansätzen beschriebenen Konzepten, die sich unter anderem mit den psychischen Ressourcen eines Menschen und seinen Fähigkeiten, Strategien

zur Krisenbewältigung zu entwickeln, beschäftigen. Auch Aspekte der „sozialen Vergleichstheorien“ finden sich dabei. Die beschriebenen Faktoren in dieser Kategorie sind den, im Theorieteil genannten subjektive Indikatoren der Lebensqualität zuordenbar. Die Erkenntnisse zur Wichtigkeit einer positiven Grundhaltung dem Leben und speziell dem Alter gegenüber, der eigenen Aktivitäten oder der Förderung der Mobilität decken sich auch mit den Ergebnissen des aktuellen Forschungsstands. (vgl. Stephan, Caudroit, & Chalabaev, 2011; Tamari, 2011; Kim, 2009)

B: (Noch) ein bewusstes Leben führen können

Diese Kategorie wird als grundlegend für ein selbstbestimmtes Leben, in der eigenen Wohnung, betrachtet. Die dafür notwendigen geistigen Fähigkeiten sind auch zur Reflexion über das eigene Leben und das Leben im Allgemeinen notwendig. Die Bedeutung dieses Aspektes der Spiritualität wurde in den Gesprächen nur von einer Befragten konkret angesprochen. Definitionen zu den Begriffen Bewusst, Autonomie und Spiritualität lauten:

Bewusst:

a) mit voller Absicht (handelnd);

b) die Wirklichkeit erkennend, um die Realität wissend; … bewusst leben: sich viele Gedanken über sein eigenes Verhalten, über seine Lebensweise machen (Duden, 2002)

Autonomie: (von griech. autos = selbst, nomos = Gesetz) Selbstbestimmung, Unabhängigkeit; 1. Als philosophischer Begriff ist Autonomie wesentlich von Kant geprägt. Autonomie wird primär als Bestimmung der Freiheit verwendet (moralische Autonomie). Autonomie bedeutet hier die Selbstbestimmung des Menschen als Vernunftwesen: Durch die praktische Vernunft gibt der Mensch sich selbst das allgemeine Gesetz, nach dem er handeln soll. (Hügli & Lübcke, 2003)

Spiritualität:

Begriff der Philosophie und Theologiegeschichte; betont im Gegensatz zum Materialismus das Geistige;

als metaphysische Spiritualität: Geist als Grundwirklichkeit;

als religiöse Spiritualität: mystisch-spekulative Betonung der individuellen Beziehung zwischen Gott und Mensch. (Meyers Taschenlexikon, 2008)

Auch bei dieser Kategorie kommen psychologische Konzepte und Altersbezogene Konzepte zum Tragen. Essentiell sind das Gefühl der Selbstbestimmung sowie die Möglichkeit, je nach körperlicher Einschränkung, aktiv an einer Verbesserung arbeiten zu können. Als wichtige Voraussetzung dafür wurden mehrheitlich die geistigen Ressourcen und vorhandene Sinnesleistungen genannt. Diese beiden Aspekte finden sich auch bei den Gesundheitsbezogenen Ansätzen wieder. Mehr als die Hälfte der qualitativen Studien zur Lebensqualität im Alter, die Brown und Flynn (2004) analysierten, kamen zu dem Ergebnis, dass die Unabhängigkeit im Alter (in unterschiedlichen Ausprägungen) als einer der wesentlichen Faktoren empfunden wird. Bei umgekehrter Fragestellung gibt es ebenso Studienergebnisse, die eine zunehmende Abhängigkeit oder die Einschränkung der Handlungsfähigkeit bei Erkrankung negativ für die Lebensqualität darstellen. (vgl. Hellström, Persson und Hallberg, 2004; Cappell, 2005; Hellström, Andersson & Hallberg, 2004; Hellström, Persson & Hallberg, 2004; Hellström & Hallberg, 2001). Die Sorge vor zunehmend größer werdender Abhängigkeit und Verlust der Sinnesleistungen kam bei den Gesprächen auch zum Ausdruck.

Der Glaube ist ein Lebensbereich zu dem sich Menschen ebenfalls bewusst entscheiden und der die Ergebnisse von Reflexionen in Bezug auf Alter, Krankheit und Tod gravierend beeinflusst.
Definition:
auf innere Gewissheit beruhende Anerkennung einer für die eigene Existenz als wesentlich erkannten (Heils)lehre (philosophischer Glaube); auf Gott (oder eine Gottheit) gerichtetes, festes und überzeugtes Vertrauen (religiöser Glaube). (Meyers Taschenlexikon, 2008)
Der Glaube wurde nur von einer Interviewten, die nach objektiven Kriterien am pflegebedürftigsten war, als für sie lebensqualitätsbestimmend genannt. Bei allen anderen Gesprächsparnerinnen und Gesprächspartnern wurde dieses Thema nicht erwähnt. Dies deckt sich mit Ergebnissen von Dempster und Donnelly (2002) oder Bradley (1997), die herausfanden, dass vor allem Menschen mit Krankheitserfahrungen die Religion als wichtigen Faktor nannten. Religion war laut Brown und Flynn (2004) für viele Menschen mit eingeschränkter Selbständigkeit wichtig, zum Beispiel jene, die in Pflegeeinrichtungen lebten.

C: Soziale und Emotionale Bezugspunkte

Unter sozialen und emotionalen Bezugspunkten ist das soziale Netzwerk eines Menschen zu verstehen. Dass ein soziales Netzwerk wichtig ist für persönliches Wohlbefinden und als motivationaler Faktor um den Alltag positiv zu gestalten, konnte in unterschiedlicher Form auf Grund der Interviews nachgewiesen werden. In den Gesprächen stand dabei die Bedürfniserfüllung durch die verschiedenen Bezugspersonen im Vordergrund und nicht die formale Unterscheidung in verwandtschaftliche, freundschaftliche oder „andere“ Beziehungen. Um dem Rechnung zu tragen wurde eine Differenzierung zwischen emotionalen und sozialen Bezugspunkten getroffen. Unter emotionalem Bezugspunkt kann zum Beispiel auch ein Haustier verstanden werden.

Definitionen:

emotional: vom Gefühl bestimmt (Duden, 2002)

sozial (sozial: von lat. socialis = gesellschaftlich, gesellig):

a) das geregelte Zusammenleben der Menschen in Staat und Gesellschaft betreffend; auf die menschliche Gemeinschaft bezogen, zu ihr gehörend; …

c) die Zugehörigkeit des Menschen zu einer der verschiedenen Gruppen innerhalb der Gesellschaft betreffend; …(Duden online, 2012)

Zu verstehen ist darunter das Pflegen (können) von qualitätsvolle Beziehungen zu einer oder mehreren Personen, die ausreichende Bedürfniserfüllung durch die Bezugsperson(en), das „sich um etwas Kümmern müssen“ (als emotionale Bezugspunkte) sowie soziale Kontakte zur geistigen Anregung (als soziale Bezugspunkte). Die genannten Faktoren können ausschlaggebend dafür sein, dass Menschen einen Sinn in ihrem Leben sehen. Der Sinn wird verstanden als „Geistiger Gehalt einer Sache; innere Beziehung zu etwas oder Gefühl für etwas“ (Duden, 2002). Zu den „anderen“ Beziehungen zählen auch beispielsweise professionelle Betreuungspersonen, die einen wichtigen Beitrag im sozialen Netz einer Person leisten können (vgl. Wilson, 2012). Die Bedeutung eines sozialen Netzwerkes wird in zahlreichen Forschungsarbeiten betont, aber es gibt auch gegensätzliche Ergebnisse, die belegen dass dieser Faktor im Alter an Bedeutung verliert. Die Erkenntnisse auf Grund der geführten Interviews ergeben zu einem hohen Prozentsatz, dass ein soziales Netz für die Befragten von großer Bedeutung war.

D: Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten

Die Interessen und Freizeitaktivitäten sind ebenso unterschiedlich wie bei jüngeren Menschen. Abwechslung und Aktivität im Rahmen der körperlichen Fähigkeiten und auf Grund früherer Gewohnheiten bzw. Vorlieben sind notwendig, um ein Maß an „Normalität“ beibehalten zu können. Rituale wie tägliche Telefonate, Spaziergänge oder das Einhalten religiöser Rituale, auch mit Hilfe von Bezugspersonen, werden als wesentlich erachtet. Wie schon im Theorieteil festgestellt, gibt die Teilnahme an gesellschaftlichen Aktivitäten Sicherheit und fördert den Selbstwert (Bowling, 2004). Zu Aktivitäten, die von alten Menschen alleine durchgeführt werden (z.B. Interesse an Fernseh- oder Radiosendungen) gibt es im Bezug auf die Lebensqualität keine aktuellen Forschungsergebnisse, das waren aber in den Interviews häufig genannte Dinge die Abwechslung schafften.

E: Eigene Gesundheit; pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation

Bei der Darstellung ihrer gesundheitlichen Probleme erzählten die Befragten mehrheitlich von den Auswirkungen ihrer Erkrankungen, sowie in zwei Fällen von den Problemen mit der ärztlichen und teilweise auch pflegerischen und therapeutischen Betreuung. Nicht immer deckten sich die Erzählungen der alten Menschen bezüglich ihrer Erkrankungen mit denen der Betreuungspersonen. Lehr (2005, S. 198) beschreibt zu diesem Thema eine Interdisziplinäre Längsschnittstudie des Erwachsenenalters – ILSE – (Martin, Ettrich, Roether, Martin & Fischer-Cyrulies, 2000), in der bestätigt wird, dass der subjektive Gesundheitszustand im Alter oft vom objektiven, ärztlich diagnostiziertem Gesundheitszustand abweicht.
Die von den Interviewten genannten wichtigsten Punkte zum Thema der eigenen Gesundheit waren, sich gesund fühlen, eine realistische Selbsteinschätzung haben, Akzeptanz von altersbedingten Krankheitserscheinungen (persönliche Lebenseinstellung) und bei chronischen Problemen, erkennbare Verbesserungen wahrnehmen können sowie Schmerzfreiheit. Die noch funktionierenden Sinnesleistungen wurden ebenso betont wie die Wichtigkeit von adäquater Information und sich ‚gut‘ betreut fühlen (pflegerisch, medizinisch, therapeutisch). Teilweise können diese Themen auch unter der Kategorie ‚persönliche

Lebenseinstellung‘ oder ‚ein bewusstes Leben führen können‘ eingeordnet werden. Andere Punkte decken sich mit den Ergebissen unterschiedlicher Studien. So fanden etwa Stephan, Caudroit und Chalabaev (2011), dass das subjektive Altersempfinden mit dem subjektiven Gesundheitsempfinden und damit mit dem Wohlbefinden in Verbindung steht. Auch zum Thema Schmerz finden sich Studienergebnisse, die den direkten Zusammenhang zwischen Schmerz und Lebensqualität herstellen (Sandblom, Carlsson, Sennfalt, & Varenhorst, 2004; Jakobsson, Hallberg, & Westergren, 2005).

F: Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard

Der ökonomische Status zählt zu einer der grundlegenden Dimensionen der Lebensqualität. Finanzielle Ressourcen werden auch im Alter als wichtig zur Aufrechterhaltung des Lebensstandards und der gesellschaftlichen Aktivitäten bezeichnet. Oft wird dieser Bereich auch gemeinsam mit Wohngegend und Nachbarschaft in Verbindung gebracht.
Definition von Lebensstandard: Niveau der Arbeits- und Lebensbedingungen; in einem Sinn: Versorgungsgrad privater Haushalte mit Waren und Dienstleistungen (Meyers Taschenlexikon, 2008)
In den von Brown und Flynn (2004) analysierten Studien wurden in 34,9% der Fälle die Themen Finanzen und Lebensstandard als wichtige Kriterien erfasst. Finanzielle Ressourcen als beeinflussender Faktor für die Lebensqualität hatten dennoch, mit Ausnahme eines Interviews, im Rahmen der Gespräche keinen hohen Stellenwert. Pflege und Betreuung werden als Dienstleistungen betrachtet, wofür es finanzieller Unterstützungsangebote bedarf. Das wurde als „selbstverständlich“ und notwendig gesehen. Es zeigte sich auch in den Gesprächen, dass ausreichende finanzielle Ressourcen oder finanzielle Unterstützung notwendig sind, um trotz körperlicher Einschränkungen zu mindestens teilweise mobil sein zu können.

3.7. Aspekte die die Lebensqualität negativ beeinflussen können

Trotz des positiven Denkansatzes dieser Arbeit sollen die negativen Aspekte, die im Rahmen der Inhaltsanalyse gefunden wurden, nicht negiert werden. Diese Faktoren können wichtige Hinweise für weiterführende Überlegungen bezüglich der pflegerischen Betreuungsqualität darstellen. Zu diesen Aspekten zählten der

plötzlicher Verlust der Selbständigkeit, Angst und Unsicherheit in Bezug auf verschiedene Themen, das Alleine leben, die Mobilitätsbeeinträchtigung und nicht bzw. kaum zu verändernde Faktoren/Rahmenbedingungen. Die genannten Themen werden in dieselben Kategorien geordnet, wie die positiv beeinflussenden Faktoren

3.7.1. Persönliche Lebenseinstellung

Wie in den psychologischen Ansätzen beschrieben, hängt die Bewertung der Lebensqualität von grundsätzlichen Persönlichkeitsmerkmalen ab. Dazu gehören neben andern zum Beispiel Optimismus, Pessimiusmus oder die Stimmung. Laut der Bonner Altersstudie (Schmitz-Scherzer und Thomae, 1983) kommt es auch zu einer Verschlechterung der Stimmungslage, wenn Veränderungen im Leben als schwieriger empfunden werden, als das bei anderen wahrgenommen wird. Das könnte eine mögliche Erklärung für die von den Befragten genannten Themen sein. Ob eine ängstliche Persönlichkeitsstruktur bei den Interviewtenbesteht, kann nicht ausgeschlossen werden. Da die Gesamtbewertung der Lebensqualität der Betroffenen zwischen ‚sehr gut' und ‚befriedigend' lag, sind die als negative gewerteten Aspekte nicht bestimmend für die Beurteilung der Lebensqualität. Das bestätigt die Theorie, dass die Lebensqualität multifaktoriell zu betrachten ist und nicht auf Grund von Einzelaspekten. Faktoren die bei den Klientinnen und Klienten Angst und Unsicherheit hervorgerufen haben können in drei Kategorien unterteilt werden. In psychisch bedingte, physisch bedingte und sozial bedingte Ängste oder Unsicherheiten.

Psychisch bedingte Angst oder Unsicherheit ergab sich bei der Frage, ob ein Leben zu Hause, trotz Pflegebedürftigkeit möglich ist *„Und sie (Anm. Tochter) hat gesagt, ah ah willst du nicht zu Hause bleiben (?) sage ich: ‚Na freilich möchte ich zu Hause bleiben. Aber aber ob das geht, um das.' Hat sie gesagt: ‚Aber ja, wir werden schon irgendwie schauen, helfen, nicht. Probieren wir es einmal, nicht' …"* (Int. C, S. 10, Zeile 7 – 11), oder bei dem Thema Leben im Pflegeheim. Die Angst vor Verlust der Selbständigkeit im Allgemeinen wurde als eine der schlimmsten Vorstellung genannt, *„Mein Gott da, (,) wissen sie das ist so eine Krankheit, dass ich, dass ich nicht selbständig bin, Das ist so eine Krankheit, dass (,) ah … also das das wäre für mich wirklich sehr. I: Das heißt, dass sie ständig im Bett liegen müssten womöglich? A: Ja, ja das wäre für mich ein großes Hindernis und bin sehr (,) wäre für mich sehr traurig."* (Int. A, S. 10, Zeile 8 – 13). Die zukünftige vermehrte Pflegebedürftigkeit macht

Angst. Auch Unsicherheit, wenn die körperliche Abhängigkeit unmittelbar vor Augen geführt wird (beispielsweise wenn man von anderen gehoben (getragen) werden muss) war ein Thema genauso wie die Angst vor Streit mit Angehörigen, *„Weil zu den Kinder geh ich nicht. Das hat, das gibt (,) wir haben ein gutes Verhältnis und wenn man bei den Kindern … ist jeder anders, nicht (?) (,) Ich habe meine Sachen. Wenn ich, weil ich immer alleine bin und die sind, haben jeder eine Familie, das ist. (,) Und wenn da irgendwas wäre, also, dass es da nicht irgendwann einmal zu einem Wortwechsel kommt, das will ich nicht. (,) Und da bleibe ich in meiner Wohnung und geht so."* (Int. D, S. 10, Zeile 7 – 14).

Zu den physisch bedingten Ängsten oder Unsicherheiten zählt die Angst vor Verschlechterung der Lebenssituation (z.B. durch Frakturen auf Grund eines Sturzes), *„…(,) wenn ich schlechter werden sollte also ah. (,) Dann, ich hab immer Angst da könnt ich irgendwas gebrochen haben oder was mh (,) da würde ich, also diese Ängste hab ich schon, nicht also (,) …"* (Int. A, S. 13, Zeile 11 – 14). Die Unsicherheit das Haus zu verlassen (wegen der bestehenden Erkrankung) oder die Angst vor einer Akutsituation die alleine nicht bewältigt werden kann wurden ebenfalls angesprochen. Auch die Angst vor Sekundärerkrankungen durch einen Spitalsaufenthalt wurde genannt, *„Aber als ich das letzte Mal im Spital war da (,) was war da (?) ah ja das das das das war das letzte Mal, habe ich zweimal diesen Brechdurchfall bekommen und so. Wissen sie die Spitäler sind ja voll, die sind ja vor lauter (,) da wirst du ja nicht fertig, was tun, bei den einen, die kriegen einen Ausschlag, die anderen kriegen das, das, das. Also ich meine wenn es nicht (,)…"* (Int. B, S. 2, Zeile 34 -35 – S. 3. Zeile 1 – 5).

Sozial bedingte Ängste oder Unsicherheiten können durch Veränderung der Wohnsituation hervorgerufen werden. Es besteht auch Unsicherheit wenn die Möglichkeit einer kontinuierlichen Betreuung durch Angehörige (z.B. wegen Berufstätigkeit oder eigener Erkrankung) nicht gesichert ist *„…hat natürlich ergo dessen keine Zeit sich um mich zu kümmern. Kommt höchstens alle (,) 14 Tage einmal bei mir vorbei auf eine halbe Stunde (,) und dann geht sie wieder nach Hause. … Also von der (Anm. Tochter) hab ich am Wenigsten. Die einzige Person ist wie gesagt die (Name), die kleine (Name), die 44 Jahre alt ist und (,) ahm …Mutter von drei Kindern und jetzt endlich ihre Kinder (,) für einige Zeit wieder sehen möchte und deswegen runterfliegt und bei mir (,) einen Stillstand auslöst."* (Int. F, S. 22, Zeile 12 – 21). Andererseits bestehen Ängste, die Angehörigen oder Bezugspersonen zu

belasten *„Ich denke mir immer (,) wenn ich nicht wäre ginge es meiner Tochter besser.“* (Int. C, S. 21, Zeile 28 – 29), oder vor dem Verlust der eigenen gewohnten Rolle, *„ja ja ja (,) und (…) sie ist (…) … wie ich alleine mit ihr immer war, gut nach Möglichkeit habe ich ihr alles …(…?) war ich eine gute Mutter. … Sagen sie alle, nicht (,) ja.“* (Int. C, S. 22, Zeile 1 – 3). Die Sorge um Angehörige ist ebenso präsent wie Verlustängste (z.B der Verlust wichtiger Bezugsperson).

3.7.2. Emotionale und soziale Bezugspunkte

Das Alleine leben kann ein Faktor für negative Lebensqualität sein, *„ …aber ich geh mit dem Wetter irgendwie. (,) Das war früher nicht der Fall (,) (…) (,) (…) (,) ich weiss nicht ob sie das (,) aber ich meine es ist vielleicht nicht weil (,) weil ich allein bin und es (,) schauen sie und es ist mir immer vor vor länger die Teppiche hab ich weggeräumt, weil die Stolpersteine für mich waren (,) und einmal bin ich geplumpst wie wie wie (,) nur was (,) …“* (Int A, S. 8, Zeile 16 – 21) Im selben Zusammenhang ist der Wunsch nach zehn Jahren wieder ein Thermalbad zu besuchen, zu sehen: *„…möcht`s gern wieder einmal machen, aber allein geht`s nicht, das ist einmal klar. (,) Wegen der Sehbehinderung, wegen der starken … das ist es ja. …“* (Int. E, S. 16, Zeile 9 – 11). Über die Wichtigkeit von Beziehungen, besonders bei Menschen die zu Hause lebten, wurde in 21 Studien (etwa 50%) der von Brown und Flynn (2004) analysierten Arbeiten berichtet. Wenn keine oder nur zeitlich punktuell Beziehungen, bzw. Bezugspersonen zur Verfügung stehen, ist eine Verschlechterung der Lebensqualität zu erwarten.

3.7.3. Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten

Mangelnde Mobilität hindert Menschen daran Aktivitäten entsprechend ihren Gewohnheiten durchzuführen. Und wird als negativ gewertet, *„(Pause) Schlechter ist das, das ich nicht weg kann. Ich war ja immer (,) immer weg. (,) War ja immer weg, ich war immer, in den Prater gegangen. Ich bin überall zu Fuß hingegangen … da war ich … wenn es mich gefreut hat, bin ich weg gegangen und habe gleich wo gegessen und bin, war immer weg. Und das geht mir schon ab. (Pause)“* (Int. D, S. 5, Zeile 30 – 31 – S. 6, Zeile 1 – 4). Ein guter physischer Gesundheitszustand, somit auch die Mobilität und ein guter psychischer Gesundheitszustand werden, wie im Theorieteil ausgeführt, sowohl mit Wohlbefinden als auch mit Stimmung und allgemeiner Lebensqualität gleichgesetzt. Auch die sozialen Aktivitäten und die

Fähigkeit, soziale Kontakte aufrecht zu erhalten werden durch eine Mobilitätsbeeinträchtigung verhindert. Bowling, Brown und Flynn (2004) haben dazu zahlreiche Studien zitiert. (Bowling, 1995; Bowling & Windsor, 2002; Bowling, Farquhar und Grundy, 1996; Breeze, Grundy, Fletcher und et al., 2001; Weidekamp-Maicher, 2002; Michalos, Zumbo und Hubley, 2000; Palmore & Luikart, 1972; Hayes & Ross, 1986; Palmore & Luikart, 1972; Hayes & Ross, 1986; Wenger, 1984). Zusätzliche Probleme, die bei den Interviews zu Tage getreten sind und mit der mangelnden Mobilität in Zusammenhang stehen, waren von den betroffenen Personen nicht beeinflussbar. (z.B. kein Aufzug im Haus, keine Begleitperson, Krankentransport zu teuer etc.) *„ Also ich kann nicht rauf und ich kann nicht runter. Brauch zu diesem Zweck (Name einer Organisation), die mich mit einem Tragsessel hinauf und hinunter, das kostet 134 Euro insgesamt, hin und zurück, ja, Also ich meine …“* (Int. F, S. 33, Zeile 6 – 10). Auf Grund der Wichtigkeit des Themas befassen sich aktuelle Studien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität immer stärker mit der Mobilität. Es werden aktuell vorallem mögliche präventive Massnahmen untersucht.

3.7.4. Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard

Die Lebensqualität wird durch das Wahrnehmen der Tatsache, dass es für den Einzelnen nicht bzw. kaum zu verändernde Faktoren/Rahmenbedingungen gibt, negativ beeinflusst. Genannt wurden beispielweise (gesundheits) politische Fragen, bauliche Probleme (z.B. der Einbau eines Aufzuges), finanzielle Ressourcen, Krankheitszustände, die Pflege- und Betreuungsqualität (von einem Klienten wurde intensiv und detailliert Kritik an der Betreuungssituation geübt) *„Da wurden hm die mobilen Schwestern auf mich losgeschickt. Das sind also Leute die sich die Diensteinteilung selbst machen (,) und ah diese Damen haben halt wieder das alte Lied: ‚Wie haben wir es denn (?)‘, ‚Wie geht`s uns denn (?)‘ und so weiter. Sage ich: ‚Sie bitte, nehmen sie Abstand von dieser ah (,) kindischen Redeweise. Ich bin kein Kind mit zehn Jahren, ja.‘ Ich bin 76 Jahre alt*, *(,) schaue allerdings jünger aus (,) ah, habe ich gesagt: ‘Ich kann, ich mag das nicht.‘ Und das ist auch der Grund warum ich mit den Österreicherinnen nicht zusammenkomme. Sind alle, auch die (,) Pflegehelferinnen und Schwestern von dem (Name der betreuenden Organisation), haben diese eigenartige Form mit Leuten umzugehen. (,) Ja das ist jetzt Gang und gebe. …“* (Int. F, S. 16, Zeile 24 – 31 – S. 17, Zeile 1 – 7). Teilweise bestand kaum

Hoffnung auf Veränderung der als negativ empfundenen Lebensumstände. *„Ist ja mit dem Aufzug das Selbe, da tun wir schon acht Jahre wegen dem Aufzug und es ist nie was geworden, weil die Eigentümer (,) sagen, (,) da sind sie nicht. Die haben die Wohnung und die, die da sind, gehen zu Fuß."* (Int. D, S. 6. Zeile 21 – 24). Diese Faktoren sind in verschiedenen Modellen die sich mit dem Lebensstandard und der Umgebung von alten Menschen auseinandersetzen, als negativ beeinflussend dargestellt. Auch die Modelle zur gesundheitsbezogene Lebensqualität, die sich mit Verlust der Selbständigkeit beschäftigen, sind hier anzuführen. Einige der genannten negativen Faktoren sind auch für jüngere Menschen von Bedeutung (wie beispielsweise gesundheitspolitische Frage). Die Relevanz der genannten Punkte, im Leben der Befragten, läßt sich wahrscheinlich durch die Verschiebung der Prioritäten erklären, wonach ein Mensch das besonders schätzt, was ihm (vermeintlich) verlorengegangen ist, wie zum Beispiel Wertschätzung und Respekt als vollwertiges Mitglied der Gesellschaft, aber auch die Fähigkeit sich jederzeit frei bewegen zu können.

3.7.5. Eigene Gesundheit; pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuungssituation

Bei plötzlichem Verlust der Selbständigkeit kann es zu großer psychischer Belastung kommen. Eine Frau erzählt, *„Ich war mein Lebtag nicht krank. Nicht, nicht, nicht einmal nicht. (lacht) Bis neunzig Jahre. Und nach neunzig Jahren hat das angefangen" …"auf einmal hab ich nicht mehr gehen können. Keinen Schritt machen können."…"Furchtbar. Ich hab mir alles selber, ich habe ja alles selber gemacht, nicht(,) und dann war es aus. (,)"* (Int. D, S. 2, Zeile 4 – 7, 10 – 11, 27 – 28). Dass der zunehmende Verlust der Selbständigkeit im Alter negative Auswirkungen auf die Lebensqualität hat, wurde in zahlreiche Studien belegt. Wie im Theorieteil dargestellt, gibt es Denkansätze wonach die ausreichende „produktive Resillienz" oder hohe SOC-Werte es alten Menschen ermöglichen, dennoch eine positive Lebensqualität zu erhalten. In dem dargestellten Beispiel, ging es um den plötzlichen Verlust der Selbständigkeit, was zusätzlich erschwerend hinzukommt. Im Zuge der Literaturrecherche wurden keine Ergebnisse gefunden, die sich mit diesem Thema, speziell im Alter, auseinandersetzen.

3.8. Diskussion

Eine positive Lebensphilosophie als notwendige Voraussetzung um die eigene Lebensqualität trotz Pflegebedürfrtigkeit positiv bewerten zu können wird in den theoretischen Konzepten und Forschungsergebnissen immer wieder betont und ist auch Ergebnis der hier vorliegenden Befragung. Damit sind noch weitere psychische Aspekte wie Ziele und Hoffnungen haben oder die Fähigkeit Freude und Zufriedenheit, trotz Einschränkungen empfinden zu können, verbunden. Negative Aspekte wie Verlustängste, das Alleine Leben, Mobilitätseinschränkungen oder die Unzufriedenheit mit nicht beeinflussbaren Rahmenbedingungen sind ebenso lebensqualitätsbeeinflussend. Solange eine Balance zwischen den positiv und negativ bewerteten Faktoren besteht und selbst aktiv an einer Verbesserung gearbeitet werden kann, ist eine positive Lebensqualitätseinschätzung möglich. Trotz hoher Wahrscheinlichkeit im Alter von ähnlichen Lebenskrisen betroffen zu sein, kommt es zu unterschiedlichen Lebensqualitätseinschätzungen. Diese sind von intrapersonalen Faktoren, die sich im Laufe des Lebens verändern und zu Prioritätenverschiebungen führen, abhängig. Um eine positive Einstellung erreichen bzw. auch beibehalten zu können, ist ein ständiger Anpassungsprozess an die Veränderungen der Lebenssituation, die das Alter mit sich bringt notwendig. Rosenmayer (2005) beschreibt die Notwendigkeit zur Metamorphose im Alter, wobei „…eine Identität oder ein Anteil von dieser im Selbst verbleibt.“ (S. 7). Nur die Gestalt würde sich dann verändern. Das gelänge nicht immer, sei aber eine Möglichkeit, an „Metamorphose-Kapazitäten" zu gewinnen. Rosenmayer betont, dass die Hoffnung Metamorphosen begünstige und umgekehrt. (ebd, 2005). Die von Rosenmayer als Metamorphose-Kapazität bezeichnete Fähigkeit, mit dem Alter und den damit einhergehenden Veränderungen umgehen zu können hat sich in mindestens drei Interviews widergespiegelt. Die Betroffenen versuchen „Normalität“ aufrecht zu erhalten und sei es um den Preis weniger Erwartungen zu haben, mit „Weniger“ zufrieden zu sein als in jüngeren Jahren. Entweder werden bisherige Gewohnheiten auf „das Wichtigste“ zentriert, oder es kommt zu einer Prioritätenverschiebung. Die gefühlte Normalität scheint Sicherheit zu vermitteln. Die Bedeutung dieser Charakteristika wurde von Bowling (2004) hervorgehoben Beinahe alle Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartner betonten die Wichtigkeit ihre „fünf Sinne“ bei zu behalten. Dadurch sei es ihnen möglich, sich mit veränderten Lebensumständen auseinander zu setzen sowie Selbstbestimmung und Autonomie

leben zu können. Erst wenn das nicht mehr gegeben ist, scheint der Mehrheit der Befragten ein Ortswechsel in eine Pflege- und Betreuungseinrichtung unumgänglich. Ist Pflege- und/oder Betreuungsbedarf durch professionelle Pflegepersonen notwendig, so muss dies vor allem in das persönliche Selbstverständnis der betroffenen Person integriert werden. Bei gegebener Anpassung bzw. Reifung ist es den Betroffenen jedoch möglich, trotz veränderter Lebensumstände, Stabilität aufrecht zu erhalten. Das Negieren von Tatsachen als Copingstrategie zum Aufrechterhalten von Hoffnung und damit verbunden einem positiven Lebensgefühl, kann zu mindestens im höheren Alter als positive Ressource verstanden werden. Aufgabe der professionellen Pflege- und Betreuungspersonen muss es sein, alten Menschen bei der Aufrechterhaltung ihrer persönlichen „Alltags-Normalität“ zu unterstützen. Es geht für die Betroffenen darum, die Lebenssituation, wie sie sich für sie momentan darstellt, zu meistern. Manche Klientinnen und Klienten haben diesbezüglich klare Zielvorstellungen, manche bemühen sich, die aktuelle Situation zu akzeptieren und in ihren Alltag zu integrieren, andere versuchen die Situation zu negieren. Die Betreuungspersonen sollten jedenfalls begleitend und wenn gewünscht, beratend wirken. Dazu gehört auch die Unterstützung (bei Bedarf) beim Pflegen von Ritualen oder Umsetzen von anderen Aktivitäten (je nach Gewohnheit und körperlicher Funktionsfähigkeit) Das Interesse an (aktuellen) Informationen mittels verschiedener Medien wurde mehrfach von den Befragten betont.

Chronische Krankheiten werden nicht per se als lebensqualitätseinschränkend empfunden, sondern damit verbundenes Krankheitsempfinden oder funktionale Einschränkungen. Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass es für ein positives Lebensqualitätsempfinden notwendig ist, sich gesund zu fühlen, oder eine Verbesserung der Krankheitssymptome auf Grund von Therapien oder anderen Aktivitäten zu spüren. Das deckt sich mit den Ergebnissen zahlreicher Forschungsarbeiten in denen gezeigt werden konnte, dass die Anzahl von Krankheiten, zunehmder Pflegebedarf und Abhängigkeit sowie Schmerzen die Lebensqualität senken. Den Interviews war zu entnehmen, dass die betreuenden Heimhilfen, Pflegehelfer und/oder DGKP`s von den Klientinnen und Klienten in ihren Alltag integriert werden konnten. Die Unterstützung durch Pflege- und Betreuungspersonen war zur „Normalität“ geworden. Mit der Zeit können die professionellen Betreuungspersonen zu wichtigen sozialen Bezugspunkten werden, dennoch ist ein intaktes soziales Netzwerk, das sich im Laufe des Lebens entwickelt

hat, von großer Bedeutung. Die hier vorliegenden Ergebnisse haben gezeigt, dass die unterschiedlichsten Formen von Beziehungen sinnstiftend sein können. Dazu gehören sowohl Familienmitglieder, Nachbarn, professionelle Betreuungspersonen oder auch Haustiere.

Die Möglichkeit, Aktivitäten außerhalb der eigenen Wohnung durchzuführen, hängt sowohl von den gesundheitlichen Ressourcen ab, aber auch von räumlichen Gegebenheiten oder finanziellen Ressourcen. Sind Aktivitäten ausser Haus nicht (mehr) machbar, kann es lebensqualitätsfördernd sein, dass der pflegebedürftige Mensch die Chance sieht, aktiv daran arbeiten zu können, diesen Zustand wiederherzustellen. Mobilität wird in jedem Fall als einer der wichtigsten Faktoren dafür gewertet, um aktiv bleiben zu können und die Lebensqualität aufrecht zu erhalten. Das zeigt sich auch daran, dass sich aktuelle Studien zur gsundheitsbezogenen Lebensqualität in hohem Maße mi tdem Thema Mobilität auseinandersetzen. Als ein weiterer lebensqualitätsbeeinflussender Faktor im Alter wurde laut Forschungsergebnissen ein finanziell abgesicherter Lebensstandard gewertet. Dieses Ergebnis kann hier nicht eindeutig bestätigt werden. Nur ein Interviewter hat diesen Zusammenhang hergestellt. Die Notwendigkeit finanzieller Unterstützung von Seiten der Gemeinde Wien oder der Krankenkasse, für Pflege- und Betreuungsdienste sowie Krankentransporte und ähnliches, wurde allerdings betont

3.9. Grenzen der Arbeit

Der qualitative Forschungsansatz dieser Diplomarbeit, in dem der Mensch als ganzheitliches, komplexes Wesen betrachtet wird, läßt es nicht zu allgemeine Gesetzmäßigkeiten aus den Ergebnissen abzuleiten. Der qualitative Forschungsansatz ergibt sich aus dem Interesse an den individuellen Wahrnehmungen der Betroffenen alten Menschen bezüglich ihrer Lebensqualität und wodurch sie beeinflusst wird. Die durch die Interviews und der anschließenden Inhaltsanalyse gewonnenen Erkenntnisse ermöglichen es die Forschungsfrage nach lebensqualitätsbeeinflussenden Faktoren, die durch pflegerisches Handeln unterstützt werde können, zu beantwortet. Die identifizierten Faktoren lassen mit Einschränkungen eine Formulierung von Leistungsindikatoren zu. Betrachtet man die Hauptaspekte einer positiven Lebensqualität, so wird deutlich, dass Persönlichkeitsmerkmale und die Fähigkeit, altersbedingte Veränderungen zu

akzeptieren, bedeutsamer zu sein scheinen, als von außen beeinflussbare Faktoren. So essentiell eine adäquate Pflege und Betreuung ist sollte nicht vergessen werden, dass dies in der Regel nur einen Teilaspekt des Lebens eines Menschen darstellt. Bei der Betreuung im Alter setzt dieser Aspekt zu einem späten Lebensabschnitt ein. Eine vorbestehende „negative“ Lebenseinstellung ist pflegerisch nicht oder nur gering zu beeinflussen. Antonowsky schreibt zu den Möglichkeiten, die Menschen aus „helfenden Berufen“ diesbezüglich haben: „Die eigene Weltsicht, die sich während Jahrzehnten ausgebildet hat, ist ein zu tief verwurzeltes Phänomen, als dass es in solchen Begegnungen verändert werden kann.“ (Antonowsky, 1997, S. 118). Ob der Rückschluß richtig ist, dass bei praktischer Anwendung der Leistungsindikatoren die Lebensqualität von Klientinnen und Klienten gefördert wird könnte erst nach Evaluation einer praktischen Umsetzungsphase beantwortet werden.

Die Gespräche wurden offen geführt, dennoch mussten während der Interviews eingrenzende Fragen gestellt werden, was möglicherweise die Werthaltung der Interviewerin widergespiegelt hat und die Gespräche unbeabsichtigt in eine bestimmte Richtung lenkte. Da die betreuenden Pflegepersonen bei der Vermittlung der Gesprächspartner behilflich waren ist nicht auszuschließen, dass die Klientinnen und Klienten die Interviewerin nicht als neutral gegenüber der jeweiligen Trägerorganisation wahrgenommen haben, was manche Aussagen bezüglich der Zufriedenheit mit Mitarbeiterinnen der betreuenden Organisationen beeinflusst haben könnte. Da die Lebensqualitätsbeurteilung der Klientinnen und Klienten im Zusammenhang mit der von ihnen wahrgenommenen Betreuungsqualität zu sehen ist, kann das die Antworten verzerrt haben. Es ist auch nicht auszuschließen, dass manche Aussagen auf Grund von „Sozialer Erwünschtheit“ oder persönlicher Wunschvorstellungen in Bezug auf intakte familiäre Verhältnisse getätigt worden sind. Kritisch anzumerken ist die Unerfahrenheit der Autorin in Bezug auf die Interviewsituation und in Hinsicht auf die Qualität der anschließenden Inhaltsanalyse.

4. Pflegerische Förderung und Erhaltung einer positiven Lebensqualität

Um sicherzustellen, dass die Balance zwischen positiven und negativen Aspekten der Lebensqualität aufrecht bleibt bzw. wieder hergegestellt wird, sollten die Aspekte die als lebensqualitätsförderlich identifiziert wurde von Seiten der Pflege und Betreuung gefördert werden. Damit eine qualitativ hochwertige Pflege konstant gewährleistet werden kann sollten evidenz basierte Leistungsindikatoren genutzen werden. Sie dienen nicht nur als Leitlinien und Handlungsgrundlage, sondern können auch als Kontrollinstrument verwendet werden. Ziel dieser Arbeit ist es herauszufinden, in wie weit es möglich ist die auf individuellen Wahrnehmungen beruhende Lebensqualität mittels allgemein anwendbarer Leistungsindikatoren pflegerisch zu unterstützen. Um Hinweise darauf zu finden, wie die Lebensqualität eines alten, pflegebedürftigen Menschen zu bewerten ist und wie weit sie sich im Rahmen der professionellen Betreuungsarbeit verändert, sind geeignete Messinstrumente notwendig. Kritische Stimmen betonen jedoch, dass Lebensqualität auf Grund ihrer Subjektivität nicht als Ergebniskriterium der Pflege verwendet werden kann (Baartmans, 2002). Eine wissenschaftlich anerkannte Antwort darauf gibt es bis heute nicht. Neben den Instrumenten, die die Lebensqualität alter betreuungsbedürftiger Menschen messen sollen, sind auch Messungen der Pflege- und Betreuungsqualität relevant. Bevor darauf näher eingegangen wird, wird die derzeitige Situation im ambulanten Pflege- und Betreuungsbereich in Bezug auf die Lebensqualität der Klientinnen und Klienten an Hand einer Dokumentenanalyse beleuchtet.

4.1. Erkenntnisse zur momentanen Lebensqualitätsförderung der ambulanten Betreuung

Ziel dieses Teils der Arbeit ist es festzustellen, inwieweit ambulante Betreuungseinrichtungen den bishere erfassten Aspekten der positiven Lebensqualität nachkommen. Dazu werden die derzeit bestehenden Qualitätskriterien in der ambulanten Betreuung von alten Menschen in wiener Sozialeinrichtungen, die sich im Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen zusammengeschlossen haben, beleuchtet. Der Dachverband der Wiener Sozialeinrichtungen ist eine Vereinigung von über 70 Anbietern sozialer

Dienstleistungen. Er wurde durch die Stadt Wien gegründet. Zu seinen Mitgliedern zählen neben zahlreichen kleineren Privatorganisationen auch der Fond Soziales Wien, der Wiener Krankenanstaltenverbund, das Wiener Rote Kreuz, der Arbeiter Samariterbund und viele mehr. Daraus ergibt sich unter anderem die führende Rolle des Dachverbandes der Wiener Sozialeinrichtungen bei der Entwicklung von Qualitätskriterien für die Pflege und Betreuungsarbeit in den einzelnen Organisationen.
Grundlage der Inhaltsanalyse ist das ‚Qualitätshandbuch ambulant' (Version 1/2008) des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen (Hengstberger & Kopa, 2008). Fokus der Analyse ist die positive Lebensqualitätsbeeinflussung durch professionelle Pflege- und Betreuung. Im Anschluss daran soll die Möglichkeit, pflegerelevante Leistungsindikatoren, zur Lebensqualitätsförderung zu formulieren, erörtert werden.

4.2. Inhaltsanalyse eines schriftlichen Dokuments

Die Inhaltsanalyse allgemein, erlaubt Rückschlüsse auf Werte, Normen und Situationsdefinitionen sowohl einer Autorin, eines Autors, als auch der sie/ihn umgebenden Gesellschaft (Lamnek, 2005). Mit Hilfe einer Inhaltsanalyse des genannten Dokuments (‚Qualitätshandbuch ambulant' (Version 1/2008) des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen) können daher Rückschlüsse auf die Werthaltung und das dahinterliegende Pflegeverständnis der Sozialeinrichtungen gezogen werden. Auch die potentielle Möglichkeit der einzelnen Mitarbeiterinnenen und Mitarbeiter, auf Grund dieser schriftlichen Vorgaben der Betreuungseinrichtung lebensqualitätsfördernd zu betreuen soll herausgefiltert werden.

4.2.1. Das Qualitätshandbuch des Dachverbandes Wiener Sozialeinrichtungen

Das Wiener Pflege- und Betreuungskonzept, das vom „Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen" 1997 erstmals veröffentlicht wurde, beinhaltet in einer überarbeiteten Version (Version 1/2008) 12 Qualitätskriterien. Diese Qualitätskriterien decken „…vor allem jene Bereiche ab, die im Zusammenhang mit den Aktivitäten des täglichen Lebens, den bestehenden Ressourcen und Bedürfnissen der KlientInnen und mit dem nach dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgelegten eigenverantwortlichen Bereich der Pflege stehen

sowie durch die pflegerische Fachliteratur gut abgesichert sind.“ (Hengstberger & Kopa, 2008). Sie lauten folgendermaßen:

- Sturz,
- Mobilität/Funktioneller Status,
- Schmerzmanagement,
- Kontinenz,
- Ernährung,
- Hydration,
- Atmung/Schwerpunkt Pneumonieprophylaxe,
- Mentaler Status/Schwerpunkt Demenz,
- Hautintegrität,
- Compliance bei der Medikamenteneinnahme,
- Soziale Integration,
- selbständige Lebensführung/Haushaltsführung

Jedes Kriterium beinhaltet in seiner Beschreibung folgende Kapitel: „Theoretische Grundlage“, „Organisationsbezogene Fragen“, „Vereinbarte Maßnahmen/Evaluierung“ (mit den betreuenden Organisationen, diese stellen laut Dachverband die *„Mindesterfordernisse und Vorgangsweisen dar und bilden den vereinbarten Mindeststandard ab…“*), „Weitere Empfehlungen“ sowie eine Literaturliste.

Mit der Dokumentenanalyse sollte beobachtet werden, wie weit der Aspekt der Lebensqualität, in die Überlegungen zu den einzelnen Qualitätskriterien einfließt.

4.2.2. Quantitative und qualitative Dokumentenanalyse

Zur Auswertung wurde zunächst eine Form der quantitativen Inhaltsanalyse, die Frequenzanalyse, gewählt. „In der Frequenzanalyse werden bestimmte formale oder inhaltliche Elemente des Materials ausgezählt und als Indikator für eine substanzielle Variable erhoben.“ (Lamnek, 2005.S. 505)

Gemessen wurde, wie häufig Worte wie: Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, positive Stimmung oder ähnliche synonymhaft verwendete Wörter im Qualitätshandbuch ambulant, des Wiener Dachverbands Sozialdienste vorkommen.

In einem weiteren Schritt wurde der Inhalt qualitativ untersucht. (Mayer, 2002, S. 146f). Der Umfang des analysierten Dokumentes, das Qualitätshandbuch ambulant,

des Wiener Dachverbands Sozialdienste, war in gemessener Seitenanzahl: 40 Seiten. Die Analyseeinheiten waren: jeder Absatz der Kapitel: 1. Theoretische Grundlagen, 3. Vereinbarte Maßnahmen/Evaluierung und 4. Weitere Empfehlungen, von elf Qualitätskriterien. Das Kriterium „Mentaler Status/Schwerpunkt Demenz“ fand keine Berücksichtigung, da sich die Arbeit explizit nicht mit dem Thema Demenz auseinandersetzt. Die Lebensqualität dementer alter Menschen zu fördern ist ein sehr wichtiger Aspekt bei der Pflege und Betreuung dieser Gruppe von Klientinnen und Klienten. Auch die Zahl der von Demenz betroffenen Menschen nimmt immer mehr zu. Da jedoch das Führen von Interviews mit dementen Menschen, im Zusammenhang von wissenschaftlichem Arbeiten, einen extrem sensiblen Umgang erfordert und im Hinblick auf die ethischen Aspekte besondere Maßnahmen notwendig sind, wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit darauf verzichtet.

4.2.3. Durchführung der Dokumentenanalyse

Die Analysedimensionen, nach denen untersucht wurde, waren die lebensqualitätsfördernden Faktoren, die auf Grund der durchgeführten Klienten-Interviews herausgearbeitet worden waren:

1. Persönliche Lebenseinstellung
2. Emotionale und soziale Bezugspunkte
3. Hoffnungen und Ziele
4. Ein bewusstes Leben führen (können)
5. Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten
6. Spiritualität und Glaube
7. Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard
8. Eigene Gesundheit, sowie pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuungssituation

Jede der acht Dimensionen wurde in weitere Analysekategorien, entsprechend der Inhaltsanalyse der Interviews, zerlegt:

zu 1. Stimmungslage; Freude, Zufriedenheit, Wohlbefinden; positiver Selbstwert trotz Unterstützungsbedarf; angenehme Atmosphäre schaffen; Zuversicht, Hoffnung, dass es zu keiner Verschlechterung kommt; selbst aktiv beitragen können

zu 2. Qualität der Beziehung wie: gemeinsame Entscheidungen treffen, regelmäßiger Kontakt, Zuverlässigkeit, Bedürfniserfüllung; geistige Anregung und/oder

Unterstützung bei Aktivitäten durch die Kontaktperson on; Freude am Kontakt; Sicherheitsgefühl durch Nachbarn, betreuende Organisation etc.
zu 3. konkrete Ziele haben; Hoffnung auf Zielerreichung; Hoffnung als „globales“ Gefühl; eigene Ziele durch einen aktiven Beitrag erreichen
zu 4. geistige Ressourcen haben; vorhandene Sinnesleistungen; eigene Entscheidungen treffen (können); den Alltag selbst bestimmen (können); aktiv sein (können), je nach Interesse und/oder körperlicher Einschränkung
zu 5. aktiv sein (Haushalt, Bewegung, Computertätigkeit, Diskussionen, fernsehen, etc.); „Rituale“ einhalten (können), wie gewohnter Spaziergang, Kuraufenthalte, tägliche Telefonate, etc.
zu 6. geistige Fähigkeiten: Möglichkeit der Reflexion; sich an frühere Zeiten erinnern; Stolz/Zufriedenheit auf Erreichtes
zu 7. Pflege und Betreuung als Dienstleistung, wofür finanzielle Ressourcen bzw. Unterstützung notwendig und wichtig sind; gewohnten Lebensstandard aufrechterhalten; Wissen, bzw. Informationen bzgl. finanzieller Unterstützungsangebote
zu 8. Schmerzfreiheit; Mobilitätsverbesserung; „sich gesund fühlen“, trotz Krankheitssymptomen; Informationen erhalten, als „mündiger“ Patient/Klient behandelt werden; Möglichkeiten, auf chron. Krankheitssymptome selbst reagieren zu können

4.3. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Quantitative Analyse
Der scheinbar größte Bezug zum Thema Lebensqualität findet sich beim Qualitätskriterium zur Selbständigen Lebensführung/Haushaltsführung.
Das Wort Lebensqualität kommt im gesamten Text zweimal vor, die Bezeichnungen Zufriedenheit, Lebenszufriedenheit sowie körperliches und seelisches Wohlbefinden sind je einmal zu finden. Somit werden „die Lebensqualität“ oder Wörter ähnlicher Bedeutung fünfmal genannt. Einmal im Zusammenhang mit dem Qualitätskriterium Mobilität/Funktioneller Status, einmal beim Schmerzmanagement und, wie oben erwähnt, am häufigsten (dreimal) beim Kriterium zur Selbständigen Lebensführung/Haushaltsführung.

Qualitative Analyse

Analysedimension Persönliche Lebenseinstellung

Es finden sich zu dieser Dimension in sechs der elf Qualitätskriterien negative Hinweise in Form Risiko, - bzw. Problemdarstellung. Die dargestellten Risikofaktoren (z.B. Angst vor Sturz) können im Umkehrschluss, bei Reduktion des Risikos, als Faktoren zur Lebensqualitätsförderung verstanden werden.

Analysedimension Emotionale und soziale Bezugspunkte

Die Wichtigkeit einer verlässlichen, qualitätsvollen Beziehung lässt sich, teilweise indirekt, in beinahe allen analysierten Texten (acht von elf Qualitätskriterien) ableiten. Auch zu dieser Dimension sind vorwiegend negative Formen der Beschreibung, wie z.B. Komplikationen, Verluste, Depression usw., zu finden.

Analysedimension Hoffnungen und Ziele

Es wird, bezogen auf die körperlichen Funktionen aufgezeigt welche Möglichkeiten eine Klientin oder ein Klient hat, aktiv zur Verbesserung ihrer/seiner Situation beizutragen. Das ist ein direkter Beitrag zur positiven Lebensqualität, auch wenn dies nicht als solches bezeichnet wird.

Analysedimension Ein bewusstes Leben führen (können)

Bei vier Qualitätskriterien wird die mögliche Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten in unterschiedlicher Ausprägung erwähnt. In manchen Abschnitten wird auf die Wichtigkeit hingewiesen, die Wünsche und Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten zu berücksichtigen.

Analysedimension Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten

Gewohnheiten werden nur am Rande, im Sinne positiver Lebensqualität, in Betreuungskonzepte miteinbezogen. Die Relevanz von Gewohnheiten wird jedoch in ein drei Fällen beschrieben (im negativen Sinn z.B. Zigarettenrauchen)

Analysedimension Spiritualität und Glaube

Es finden sich im Text keine Hinweise auf diese Dimension.

Analysedimension Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard

Es gibt zwei Hinweise zu kostenloser Beratung bzw. zu Vermittlung von Dienstleistungen. Andere Textstellen beziehen sich auf negative Auswirkungen bei geringen finanziellen Ressourcen oder hohen Kosten von Medikamenten.

Analysedimension Eigene Gesundheit sowie pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuungssituation

In allen 11 Qualitätskriterien finden sich Textstellen, die sich mit Lebensqualität in Verbindung bringen lassen. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf Information und Beratung sowie auf dem Hinweis, wie auf mögliche fehlende Compliance der Klientinnen oder Klienten zu reagieren ist. Es wird das Recht auf Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten betont.

4.4. Zusammenfassung

Das Thema Lebensqualität wird in den 11 analysierten Qualitätskriterien des Qualitätshandbuchs ambulant, vordergründig nicht oder nur marginal thematisiert. Laut quantitativer Analyse kommt das Wort „Lebensqualität“ im gesamten Text zweimal vor, Wörter ähnlicher Bedeutung dreimal.

Es finden sich jedoch in den analysierten Qualitätskriterien zahlreiche Textpassagen, die mit dem Empfinden für positive Lebensqualität von Klienten zumindest indirekt zusammenhängen. Die Mehrzahl davon ist jeweils in den Kapiteln „Theoretische Grundlagen“ herauszufiltern, wo zahlreiche Studien zu den Themen zitiert werden. Zur Dimension Spiritualität und Glauben finden sich keine Texthinweise.

Das für die betreuenden Organisationen praxisrelevante Kapitel 3, das laut Dachverband einen Mindeststandard darstellen soll, beinhaltet zu den Analysedimensionen „Emotionale und soziale Bezugspunkte“; „ein bewusstes Leben führen (können)“; „Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten“; „eigene Gesundheit, pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuungssituation“ Textstellen, die auf Erhaltung bzw. Förderung einer positiven Lebensqualität Rückschlüsse zulassen.

Zu den Mindestanforderungen zählen Anweisungen wie: die Klienten laufend zum Trinken zu motivieren, Unterstützung beim Führen von Flüssigkeitsprotokollen; Angehörigenschulungen zur Dekubitusprophylaxe sowie die Miteinbeziehung der Angehörigen in die Betreuung; frühzeitige Mobilisierung, die Anwendung von Prophylaxen zwecks Atemunterstützung; Empfehlung zur exakten Mundhygiene

Als wichtig beschrieben werden Kontrolle und Aufklärung der Klientinnen und Klienten, um eine regelmäßige Medikamenteneinnahme sicherzustellen
Um Stürze zu vermeiden, sollen die Klientinnen und Klienten bei der seniorengerechten Adaptierung ihrer Wohnung durch Beratung unterstützt werden. Die Einschätzung der Mobilität der Klientinnen und Klienten mittels Assessmentinstrumenten ist ebenso ein Mindeststandard wie die Beratung zum Schmerzmanagement mit dem Leitsatz: „Recht auf Schmerzfreiheit“. Des Weiteren werden Beratung und Schulung bezüglich notwendiger Inkontinenzprodukte, Ernährungsberatung zu den Risiken und Folgen von Mangelernährung inklusive dem Anbieten von Informationsbroschüren oder Beratung und zur Verfügung stellen von Unterlagen über diverse Aktivitäts-Angebote zur Vermeidung sozialer Isolation einschließlich Unterstützung der Durchführung beschrieben.

In Kapitel 4, als „erweiterte Empfehlung“ an die Betreuungsorganisationen sind tiefergehende Beratungsgespräche angeführt bzw. wird das Durchführen einer Biografiearbeit mit den Klientinnen und Klienten vorgeschlagen.

Wie dargestellt werden konnte, liegt einer der Hauptschwerpunkt der Mindeststandards bei Beratung und Schulung von Klientinnen und Klienten und/oder deren Angehörigen. Das deckt einige Faktoren, die von den Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern als notwendig für das Empfinden von positiver Lebensqualität, im Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit bzw. der Betreuungssituation genannt wurden, ab. Es sind dies, Informationen erhalten, als „mündige/r“ Patientin und Patient/Klientin und Klient behandelt werden und die Möglichkeit haben, auf chronische Krankheitssymptome selbst reagieren zu können.

4.5. Pflegequalität und Instrumente zur Messung der Pflegequalität

Eine allgemein anerkannte Definition von Pflegequalität lautet: „Unter Pflegequalität wird allgemein der Grad an Übereinstimmung zwischen anerkannten Zielen der Berufsgruppe und dem erreichten Erfolg in der Pflege verstanden.“ (Uhl, 2008, S. 11). Für Donabedian (1977) bedeutet Pflegequalität die „Übereinstimmung zwischen tatsächlicher Pflege und zuvor formulierten Kriterien“ (zit. nach Uhl, 2008, S. 11). Er unterscheidet zwischen drei Elementen der Pflegequalität: die technische, die interpersonelle (psycho-soziale Komponente) und die *„amenities“* was so viel wie die

Merkmale (Annehmlichkeiten) die sich aus der pflegerischen Umgebung ergeben, bedeutet (ebd).

Die Literatursuche zum Begriff „Pflegequalität“ führt unausweichlich zum Bereich der modernen Qualitätsforschung im Gesundheitswesen und deren Begründer Avedis Donabedian. Er führte den Begriff der Prozessqualität ein, den er von der Struktur- und Ergebnisqualität abgrenzt. „Die Prozessqualität spiegelt die Qualität aller Handlungen im Rahmen der unmittelbaren und mittelbaren Gesundheitsversorgung wider. Hierzu zählen im Bereich der Pflege z.B. die korrekte Pflegeplanung und Durchführung pflegerischer Maßnahmen entsprechend vorhandener Pflegestandards.“(Geraedts & Selbmann, 2003, S. 708)

Pflegequalität ist ein ebenso komplexes Thema wie die Lebensqualität. Ähnlich schwierig gestaltet sich daher auch deren Messung, obgleich es mittlerweile eine Anzahl von (Pflege)-Qualitätssicherungsinstrumenten gibt. Zu nennen wären hier beispielsweise Pflegestandards (teilweise evidenzbasiert), der gesamte dokumentierte Pflegeprozess, diverse Assessmentinstrumente oder Pflegevisiten. In der Praxis ist eine vermehrte Anerkennung wissenschaftlicher Erkenntnisse und damit der *„Grad an Übereinstimmung“* mit diesen Erkenntnissen und innerhalb der Berufsgruppe, bei pflegerischen Handlungen zu beobachten. Sehr häufig kommen Pflegestandards zum Einsatz, die den „technischen“ Elementen zuzurechnen sind. Diese haben zur Vereinheitlichung von Pflegehandlungen in jedem Fall ihre Berechtigung um gleichbleibende Pflegequalität zu bieten. Handlungsorientierte Arbeiten wie Haushaltstätigkeiten, Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens, Verbandwechsel, die Durchführung von diversen Prophylaxen (Sturzprophylaxe, Decubitusprophylaxe, etc.) und vieles mehr, lassen sich im Vergleich zur Beziehungsarbeit mit den Klientinnen und Klienten wesentlich konkreter beschreiben, standardisieren und überprüfen. Ebenso sind Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Förderung von Lebensqualität im Alter ungleich schwieriger zu vereinheitlichen. Sie sind in Hauptsache den psycho-sozialen Komponenten sowie den zusätzlichen „Annehmlichkeiten“ der Pflege zu zuordnen. Persönlichkeitsmerkmale der Pflege- und Betreuungspersonen wie Beziehungsfähigkeit, Empathie, Selbstreflexion und Analysefähigkeit, sind ebenso notwendig wie Gesprächsführungskompetenzen und Konfliktfähigkeit. Die korrekte Umsetzung von Pflegehandlungen muss dennoch Voraussetzung sein, um die Lebensqualität zu mindestens nicht durch notwendige Pflege- und

Betreuungstätigkeiten zu verschlechtern. Davon ist in Teilbereichen die Kategorie ‚Eigene Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation', wie sie aus den analysierten Gesprächen herausgearbeitet wurde, betroffen. Grimmberger (2012) schreibt in Bezug auf Pflegequalität: „Pflegequalität entscheidet sich letztendlich an „weichen" Faktoren wie Lebensqualität und Sinn- und Zielgebung für Pflegeabhängige und nicht an Kriterien einer gut geführten Dokumentation …" (S. 22). Der Zusammenhang zwischen Lebensqualität bei Pflegebedürftigkeit und Pflegequalität wird dadurch vor allem bei den Kategorien wie ‚Emotionale und soziale Bezugspunkte', ‚Hoffnungen und Ziele', ‚Ein bewusstes Leben führen (können)', ‚Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten', sichtbar. ‚Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard' oder ‚Spiritualität und Glaube', die ebenfalls als mitverantwortlich für eine positive Lebensqualität gewertet wurden, sind pflegerisch nicht oder nur in Teilbereichen beeinflussbar. Auf die geringe Beeinflussbarkeit der persönlichen Lebenseinstellung eines alten Menschen durch Pflegepersonen, wurde bereits weiter oben hingewiesen. Bei Messung der Pflegequalität muss die Sichtweise der Betroffenen ebenso berücksichtigt werden wie bei der Lebensqualität.

4.5.1. Anwendungen des Qualitätsmanagementzyklus

Um die Pflegequalität der ambulanten Pflege und Betreuung um den nunmehr konkreter definerten Bereich der Lebensqualität alter, pflegebedürftiger Menschen zu erweitern, bietet sich bei der Operationalisierung, der Qualitätsmanagement-Zyklus, in Anlehnung an Deming, Selbmann und Ovretveit an. Im folgenden Kapitel soll der Qualitätsmanagementzyklus an Hand des Themas lebensqualitätsfördernde Pflege dargestellt werden.

Vorweg wird der Begriff Qualität näher beleuchtet:

Qualität ist die inhärente Eigenschaft eines Produktes und/oder einer Dienstleistung.

Gute Qualität ist keine absolute Größe, sondern das Ergebnis eines sozialen Abstimmungsprozesses.

Qualität wird auf Basis von verschiedenen Erfordernissen und Erwartungen definiert:

- ✓ Rechtliche Erfordernisse
- ✓ Wissenschaftliche Erkenntnisse
- ✓ Institutionelle Erfordernisse

- ✓ Individuelle Wahrnehmung und Erwartungen an die Leistung bzw. die Leistungserbringer

(Schrems, 2008)

Der leistungsbezogene Qualitätsbegriff

Qualität ist die Summe der Eigenschaften der Dienstleistungen einer Organisation. Die Messung der Qualität kann nach objektiven Kriterien erfolgen, sobald solche festgelegt sind (Ingruber, 1994, S. 264).

Der Qualitätsmanagement-Zyklus, (Ovretveit, 1992, zit. nach Geraedts & Selbmann, 2003, S. 711) wird wie folgt beschrieben: Zunächst wird ausgehend von allgemeinen pflegerischen Werten und Zielen, ein Versorgungsaspekt für eine Qualitätsbewertung ausgewählt. Kriterien die zur Auswahl typischerweise herangezogen werden sind: hohes Risiko für die Patienten, große Häufigkeit und große Variation der Qualität unter den Leistungserbringern. Daran anschließend werden Qualitätsindikatoren formuliert, die sich für die Prozessqualität aus vorhandenen Richtlinien ableiten lassen. „Liegen keine Richt- oder Leitlinien vor, müssen diese zunächst – wenn möglich evidenzbasiert – erstellt werden.“ (Geraedts & Selbmann, 2003, S. 711). In weiteren Schritten geht es darum, die Versorgungsstruktur zu beobachten, die Handlungsbeobachtungen auszuwerten und Qualitätsverbesserungenzyklus zu starten.

Der ausgewählte Versorgungsaspekt bezieht sich im vorliegenden Fall auf die Beeinflussung der Lebensqualität alter, pflegebedürftiger Menschen, die zu Hause durch ambulanten Dienstleister betreut werden. Alle im Qualitätsmanagement-Zyklus genannten Kriterien (hohes Risiko, große Häufigkeit und große Variation der Qualität), werden beim Thema „Förderung der Lebensqualität“ erfüllt. Die Qualitätsindikatoren sind die lebensqualitätsfördernden Kategorien, die im Rahmen dieser Arbeit ausgearbeitet wurden. Zur einheitlichen Umsetzung und Beobachtung der Versorgungsstruktur in Hinblick auf die Lebensqualität, dienen noch zu formulierenden Leistungsindikatoren. Um mögliche Verbesserungen der Lebensqualität beurteilen zu können, müssen dafür geeignete Meßinstrumente identifiziert werden. Grundlage dafür sind die im Theorieteil vorgestellten Instrumente zur Messung der Lebensqualität und die Assessmentinstrumente, die vom Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen empfohlen bzw. gefordert werden.

4.5.2. Instrumente die die Lebensqualität an Hand der lebensqualitätsfördernden Kategorien abbilden

Um Veränderungen der Lebensqualität bei Anwendung möglicher Leistungsindikatoren zur Förderung der Lebensqualität messen zu können, sind geeignete Messinstrumente notwendig. Es werden daher sowohl die Instrumente die im Theorieteil vorgestellt wurden, als auch die Instrumente die der Dachverband Wiener Sozialdienste in seinem ‚Qualitätshandbuch ambulant' empfiehlt, den analysierten Kategorien einer positiven Lebensqualität zugeordnet. Die bisher dargestellten Instrumente zur Messung von Lebensqualität sind zu einem wichtigen Teil auf funktionale Fähigkeiten, soziale Gegebenheiten, gesundheitsbezogene Einschränkungen oder psychische/emotionale Ressourcen fokussiert. Dazu zählen das Geriatrisches Assessment*,* das **Short Form 36 Health Survey,** der **European Quality of Life Questionaire oder** Messung von objektiven Faktoren. Weitere Instrumente wie die Philadelphia Geriatric Centre Morale Scale, die **Affect Balance Scale, die** Geriatric Depression Scale, der Fragebogen zur Lebensorientierung, WHO Instrumente zur Erfassung der Lebensqualität und die **Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life,** erfassen in unterschiedlich Form Komponenten der persönlichen Lebenseinstellung. Bei differenzierter Betrachtung der Messinstrumente lassen sich diese den einzelnen Hauptkategorien konkreter zuordnen.

Das Geriatrische Assessment hat das Ziel mittels Funktionsprüfungen im Bezug auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, der Mobilität und der Kognition, medizinischen, psychosozialen und funktionalen Probleme und Defizite sowie die bestehenden Kapazitäten zu erkennen. Das Instrument deckt damit Beurteilungen der Kategorien ‚Eigene Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation', Ein bewusstes Leben führen (können)' und ‚Emotionale und soziale Bezugspunkte' ab.

Das **Short Form 36 Health Survey misst** vier Komponenten von Lebensqualität. Das psychische Befinden, die körperliche Verfassung, die sozialen Beziehungen und die funktionale Alltagskompetenz sollen beurteilt werden. Das Instrument kann somit Komponenten der Kategorien ‚Ein bewußtes Leben führen (können)', ‚Emotionale und soziale Bezugspunkte', ‚Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten', ‚Eigene

Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation‘ erfassen.

Der European Quality of Life Questionaire erfasst mittels konkreter Fragen nach der Beweglichkeit und Mobilität eines Menschen, seiner Fähigkeit für sich selbst zu sorgen, nach allgemeinen Tätigkeiten wie beispielsweise Arbeit, Familie- oder Freizeitaktivitäten, nach Schmerzen oder körperliche Beschwerden sowie nach Angst oder Niedergeschlagenheit, einen Lebensqualitätsindexscore. Vervollständigt wird die Errechnung des Scores durch die Bewertung des Gesundheitszustandes. Die Kategorien , Eigene Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation‘, Hoffnungen und Ziele, Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten’ können somit erfasst werden

Messungen von objektiven Faktoren können Aspekte der Kategorien ‚Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard‘ und ‚Eigene Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation‘ erheben.

Assessmentinstrumenten die derzeit nach dem Wiener Pflege- und Betreuungskonzept des „Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen“ zur Qualitätskontrolle in der ambulanten Betreuung verwendet werden sind ebenfalls den jeweiligen Hauptkategorien zuordenbar.

Als Instrumente zur Einschätzung der selbständigen Lebensführung werden die Instrumente des täglichen Lebens (IADL)–Skala oder die Messung der Sozialen Situation nach Nikolaus angeführt. (Qualitätshandbuch ambulant, 2008, S. 84) Die IADL Skala beurteilt acht Bereiche des täglichen Lebens, dazu zählen: das Telefon benutzen, einkaufen, kochen, Haushalt führen, Wäsche waschen, Transportmittel benutzen, Medikamente einnehmen, sowie Geldgeschäfte erledigen (ebd). Damit erfasst die IADL-Skala Komponenten der Kategorien ‚Hoffnungen und Ziele‘, ‚Ein bewusstes Leben führen (können)‘ und ‚Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten‘. Bei dem Erhebungsbogen zur Sozialen Situation nach Nikolaus werden personen- und umweltbezogene Faktoren erhoben. Die Fragen beziehen sich auf soziale Kontakte und Unterstützung, Aktivitäten, wirtschaftliche Verhältnisse und die Wohnsituation (ebd, S. 84f). Somit werden damit Komponenten der Kategorien ‚Emotionale und soziale Bezugspunkte‘, ‚Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten‘ und Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard‘ erfasst.

Zur Einschätzung einer möglichen sozialen Isolation wird ebenfalls der Erhebungsbogen zur Sozialen Situation nach Nikolaus angeführt. Weiters werden das Outcome and Assessment Information Set (OASIS) und die Lubben social network Scale genannt (Qualitätshandbuch ambulant, 2008, S. 78). Das Assessementinstrument OASIS wird als Ersteinschätzungsinstrument für alle älteren Klientinnen und Klienten empfohlen, je nach Ergebnis sollen mittels der Lubben social network Scale dann individuelle Massnahmen für die Klientinnen und Klienten erarbeitet werden. Hierbei geht es um eine mögliche soziale Unterstützung, durch Evaluation von sozialen Netzwerken sowie weiterer Lebensumstände und der Fähigkeit anderen zu helfen (ebd.). Dieses Instrument ist somit der Kategorie ‚Emotionale und soziale Bezugspunkte' zu zuordnen aber auch den Kategorien ‚Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten' und Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard'

Zur Beurteilung eines möglichen Sturzrisikos wird laut dem Qualitätshandbuch ambulant, bei jedem Erstbesuch durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der betreuenden Organisation, das Sturzrisiko der Klientinnen und Klienten eingeschätzt. Dazu wird das Falls risk assessment Tool verwendte (Qualitätshandbuch ambulant, 2008, S. 21) angewendet. Aspekte der Kategorien ‚Hoffnungen und Ziele', ‚Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten' sowie auch die Kategorie ‚Eigene Gesundheit sowie pflegerische, medizinische und therapeutische Betreuungssituation' können damit erreicht werden. Zur Erfassung des Mobilitätsgrades und des funktionellen Status sind laut dem Qualitätshandbuch Assessmentinstrumente zur systematischen Erfassung der Aktivitäten des täglichen Lebens und der Instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens zu verwenden (ebd. S, 24). Wie beim Geriatrischen Assessment beschrieben hängen damit die Kategorien ‚Eigene Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation', Ein bewusstes Leben führen (können)' und ‚Emotionale und soziale Bezugspunkte' zusammen.

Eine umfassende interdisziplinäre Schmerzeinschätzung und die Führung eines Schmerztagebuches werden bei betroffenen Klientinnen und Klienten empfohlen (Qualitätshandbuch ambulant, 2008, S. 27). Dies ist der Kategorie ‚Eigene Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation' zu zuordnen.

Die standardisierte Vorgehensweise zur Einschätzung einer Inkontinenz mittels Miktionsprotokoll, Vorlagentest und Restharnmessung (Qualitätshandbuch ambulant, 2008, S. 32) sind auf Funktionalität bezogene Instrumente und können dem Bereich ‚Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation' zugeordnet werden.
Zur Risikoeinschätzung einer möglichen Mangelernährung werden zehn anerkannte Erhebunsinstrumente vorgeschlagen, wovon eines laut dem Qualitätshandbuch zur Anwendung kommen soll. Zwei der genannten Instrumente sind: das Mini Nutritional Assessment Short Form (MNA-SF), das zur Vorerhebung empfohlen wird und das Mini Nutritional Assessment (MNA), das zusätzliche Faktoren wie Medikamenteneinnahme, Ess- und Trinkgewohnheiten, Wohnsituation und anthropometrische Parameter erfasst (Qualitätshandbuch ambulant, 2008, S.39). Auf Grund der speziellen Zusatzinformationen die erhoben werden, kann das MNA nicht nur der Kategorie ‚Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation' zugeordnet werden sondern auch den Kategorien ‚Interessen, Aktivitäten, Gewohnheiten sowie auch den Emotionale und sozialen Bezugspunkten'. In dieser Kategorie ist besonders auf den sozialen, gesellschaftlichen Faktor des Essens hinzuweisen. „Das Essen ist eine gesellschaftliche Aktivität, und die Familie/FreundInnen spielen hier eine wichtige Rolle." (Qualitätshandbuch ambulant, S. 41).
Somit beinhalten acht Assesmentinstrumenten die in der ambulanten Pflegepraxis zur Anwendung kommen und hier kategorisiert wurden Themenbereiche die hauptsächlich Aspekte der Kategorien ‚Gesundheit sowie pflegerisch, medizinisch und therapeutische Betreuungssituation' (fünf Mal), ‚Emotionale und soziale Bezugspunkte' (vier Mal) und ‚Interessen, Aktivitäten und Gewohnheiten' (fünf Mal) erfassen. Komponenten der Kategorien ‚Hoffnungen und Ziele', ‚Ein bewusstes Leben führen (können)' sowie ‚Finanzielle Ressourcen und Lebensstandard' werden je zwei Mal durch ein Instrument erfasst. Die Kategorien ‚Persönliche Lebenseinstellung' und ‚Glaube und Spiritualität' werden mit den Assessmentinstrumenten nicht erfasst.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die in der Praxis verwendeten Einschätzungsinstrumente in Summe einen Großteil der Kategorien, die die Lebensqualität positive beeinflussen, erfassen können. Die persönliche

Lebenseinstellung und der Bereich ‚Glaube und Spiritualität' sind zwar wesentliche Faktor bei der Beurteilung der eigenen Lebensqualität, sind aber durch pflegerische Interventionen nicht oder nur in sehr geringem Maße beeinflussbar. Beide Kategorien werden auch in keinem der derzeitig zur Anwendung kommenden Assessmentinstrumenten erfasst. Es konnte jedoch im Theorieteil gezeigt werden, dass es mindestens sechs Instrumente gibt die die persönliche Lebenseinstellung oder Themenbereiche die damit zusammenhängen, messen oder mittels qualitativer Methoden erfassen können.

5. Pflegerelevante Leistungsindikatoren zur Förderung der Lebensqualität

Der für die Operationalisierung des Qualitätsmanagementzyklus noch fehlende Schritt, ist die Formulierung von Leistungsindikatoren zur pflegerischen Lebensqualitätsförderung.
Lebensqualität ist in hohem Masse von interpersonellen Faktoren und weiteren, die Betreuung betreffenden Angeboten der Pflege abhängig. Es ist daher sinnvoll Leistungsindikatoren zur Förderung der Lebensqualität zu formulieren. Wie weit das möglich ist wird im folgenden Kapitel analysiert. Die vom „Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen" erstellten evidence basierten Qualitätskriterien zur pflegerischen Betreuung enthalten Mindestanforderungen die als wichtige Grundprinzipien einer qualitätsvollen Betreuung zu betrachten sind. Sie sind hauptsächlich auf direkte Pflegeinterventionen bezogen, geben aber auch Anregungen für eine individualisierte Pflege unter Miteinbeziehung der familiären Situation. Als Beispiel ist hier die Biografiearbeit zu nennen, die als wichtiges Element im Rahmen des Qualitätskriteriums „Soziale Integration" empfohlen wird.

Die nachfolgend skizzierten pflegerischen Gestaltungsoptionen enthalten keine grundlegend neuen Erkenntnisse für die Pflege und Betreuung alter Menschen. Bedeutsam scheint vielmehr, im Sinne von Lebensqualitätsförderung, eine veränderte Gewichtung bestehender oder noch zu formulierender Leistungsindikatoren. Die Umsetzung der bereits beschriebenen Mindeststandards muss vorausgesetzt werden können.
Auf Grund des komplexen Zusammenspiels der einzelnen Faktoren ist es von zentraler Bedeutung die Gesamtsituation eines Betreuungsbedürftigen zu erfassen.

Idealerweise könnte das in einem interdisziplinären Team stattfinden. Die Pflegekraft agiert im Sinne einer Case Managerin. Dazu sind besondere Fähigkeiten erforderlich. Imhof, Naef und Mahrer-Imhof (2011) beschreiben dazu den Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN)[4], die durch ihre vertiefte, breite Wissensgrundlage und ihre klinischen Fähigkeiten am besten geeignet wären, eigenständig, in komplexen Situationen den Pflegebedarf zu erheben, unterschiedlichste pflegerische Interventionen zu erbringen und die Klientinnen und Klienten und ihre Familien adäquat im Alltag zu begleiten.

Die Beziehung zwischen Betreuungspersonen und Klientin/Klient sollte aus heutiger pflegewissenschaftlicher Sicht partnerschaftlich gestaltet und auf gegenseitigem Respekt begründet sein. Nur so ist es möglich die Ressourcen aller Beteiligten zu entfalten und vertrauensvoll gemeinsame Ziele zu erarbeiten. (Spichinger, Kesselring, Spirig, De Geest, Bircher, Bürgin, & et al., 2006). Das Miteinbeziehen der Familie oder wichtiger Bezugspersonen hat ebenfalls grundlegende Relevanz für eine positive Betreuungssituation und dient dazu, die soziale Integration aufrecht zu erhalten oder wieder her zu stellen.

Um ein Leben in den „eigenen vier Wänden“ zu ermöglichen, ist der Erhalt bzw. die Förderung der funktionellen Gesundheit notwendig. Wesentlich ist die Unterstützung und Stärkung von Selbstpflegefähigkeiten. Die meisten Menschen haben im Laufe ihres Lebens Strategien entwickelt, aufkommenden Krankheiten vorzubeugen oder Krankheitsfolgen zu minimieren. Altersbedingte Beschwerden erfordern teilweise neue Herangehensweisen. Eine erfolgreiche Umsetzung dieser Maßnahmen führt unmittelbar zu einem Gefühl verstärkter Selbstkontrolle und unterstützt damit ein selbstbestimmtes Leben trotz Betreuungsbedarf. (Imhof, Naef & Mahrer-Imhof, 2011).

5.1. Operationalisierung der möglichen Interventionen

Das Erheben einer tiefgehenden Anamnese, am besten gemeinsam mit wichtigen Bezugspersonen der Klientinnen und Klienten stellt neben einem Geriatrischen Basis-Assessment, wie es im Theorieteil vorgestellt wurde den ersten wichtigen Schritt dar. Unter Umständen ist das Erstellen eines Ökogramms, zum sichtbar

[4] „Mit Advanced Nursing Practice (ANP) wird die Praxis von universitär ausgebildeten und praxiserfahrenen Pflegenden umschrieben, die über ein spezialisiertes Fachwissen verfügen, sowohl auf Master, wie auch auf Doktoratsebene….“ (Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft, 2013)

machen von Beziehungsqualitäten sinnvoll. Ein Ökogramm wird erstellt, um einen Überblick über familiäre Konstellationen zu gewinnen und bestehende Unterstützung sichtbar zu machen (Imhof, Naef, Mahrer.Imhof, & Petry, 2011). Spezielle Interessen und/oder für die Klientinnen und Klienten wichtige Rituale sind mittels Biographie zu erheben und im Betreuungsalltag zu respektieren. Die Pflegeplanung muss an den Wünschen und Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten ausgerichtet sein und sollte mit ihnen gemeinsam erstellt werden. Sowohl Über- als auch Unterversorgung sollten vermieden werden (Uhl, 2008). Insuffiziente Hilfe, das kann entweder zu wenig oder auch zu viel an Betreuung bedeuten, wurde als mögliche Ursache für negative Reaktionen von Seiten der Hilfsbedürftigen identifiziert. (Newsom & Schulz, 1998).

In Bezug auf die Förderung der Lebensqualität gibt es verschieden Handlungsoptionen die je nach Zustand und/oder Wunsch der Klientinnen und Klienten zu planen und umzusetzen sind. Dazu gehören geistige und/oder körperliche Anregungen; vorhandene Fähigkeiten hervorheben und das Nutzen dieser Ressourcen fördern; das Umsetzen von gewohnten Freizeitaktivitäten, bei Bedarf organisatorische Hilfestellung; Beratung in finanziellen Angelegenheiten anbieten oder vermitteln (z.B. spezielle Vergünstigungen etc.). Laut Spichinger et al. (2006) beruht professionelle Pflege sowohl auf Evidenz, als auch auf Erfahrung und den Präferenzen der Betreuten. Die Sorge in der Pflege spielt eine wichtige Rolle um Vertrauen aufzubauen und um es den Klientinnenen und Klienten zu ermöglichen Hilfe anzunehmen. Ein effektives Interesse am Pflegebedürftigen zum Beispiel durch Anbieten von Gesprächen sowohl über aktuelle Sorgen, Ängste oder Freuden, wie auch über „frühere Zeiten“ ist ein wichtiger Aspekt der positiven Beziehungsarbeit.

6. Ausblick

Grundsätzlich scheint es möglich, pflegerelevante Leistungsindikatoren zu definieren, die geeignet sind die Lebensqualität im Alter zu fördern. Die (Pflege)anamnese, eine gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten erstellte Pflegeplanung, nachweislich geführte Gespräche, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung können als Leistungsindikatoren zur Lebensqualitätsförderung formuliert werden. In wieweit das Einhalten dieser Indikatoren die Lebensqualität effektiv unterstützt, liegt indes in der Persönlichkeit und einem breit gefächertem Wissensstand der handelnden

Betreuungspersonen sowie an ausreichend zeitlichen Ressourcen und vor allem an der individuellen Sichtweise der Klientinnen und Klienten. Der in der Einleitung beschriebene Zuwachs an immer älter werdenden Menschen sowie der steigende Anteil dieser Bevölkerungsgruppe, der trotz Betreuungsbedarfes in der gewohnten Umgebung leben möchte, wird es notwendig machen, die ambulanten Pflege- und Betreuungskonzepte zu überdenken. Das Thema Lebensqualität ist in allen Lebensbereichen selbstverständlich geworden. Es kann angenommen werden, dass die „zukünftigen Alten“ ihre Wünsche und Rechte wesentlich vehementer einfordern werden, als dies jetzt geschieht. Um das Ziel einer lebensqualitätsfördernden Pflege- und Betreuung zu erreichen sind mehrere Faktoren mitverantwortlich. Ein wichtiger Aspekt dabei ist der gesundheits- und berufspolitische Wille notwendige Ressourcen zur Verfügung zu stellen, um das Interesse für den Pflegeberuf bei gut ausgebildeten jungen Menschen zu wecken und ihnen auch Entwicklungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Verbesserte Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie vermehrte finanzielle Ressourcen in der ambulanten Betreuung alter Menschen sind für die dargestellten Leistungen wichtige Voraussetzungen. Der Umstand, dass Lebensqualitätsförderung explizit als Teil der Pflege- und Betreuungsarbeit anerkannt und in Form von klaren Zielsetzungen, Leistungsindikatoren und Handlungsanleitungen hervorgehoben wird, wäre jedenfalls ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung einer zukunftsorientierten Pflege- und Betreuung.

IV) Literaturliste

Andersson, M., Hallberg, I.R., Edberg, K. (2006), The final period of life in elderly people in Sweden: Factors associated with QOL. International Journal of Palliative Nursing, Vol. 12 (6), S. 286 – 293.

Antonowsky, A. (1997), Salutogenese Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Franke, A. (Hrsg.) Deutsche erweiterte Herausgabe. Dgvt-Verlag, Tübingen.

Baartmans, P.C.M. (2002). Lebensqualität als Ergebniskriterium der Pflege bei chronischen Erkrankungen. Eine systematische Literaturstudie. PR-Internet, 06, S. 47—52.

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, Ha. & Mayer, He. (2008), Lexikon der Pflegeforschung. Begriffe aus Forschung und Theorie. München: Urban & Fischer, Wien: Facultas.

Becker, S., Kruse, A., Schröder, J., Seidl, U. (2005), Das Heidelberger Instrument zur Erfassung von Lebensqualität bei Demenz (H.I.L.D.E.) Dimensionen von Lebensqualität und deren Operationalisierung. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Bd. 38, (2) S. 108 – 121.

Benesch, H., Saalfeld, H., Saalfeld, K. (2003), dvt-Atlas Psychologie Band 2. (6. überarbeitete Auflage), München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

Bowling, A. (2004), A Taxonomy and overview of quality of life (Part 1). In: Brown, J., Bowling, A., Flynn, T.: Models of quality of life: a taxonomy and systematic review of the literature. FORUM Project, University of Sheffield, S. 12 – 77.

Bowling, A., Windsor, J. (1995), Death after widow(er)hood: an analysisof mortality rates up to 13 years after bereavement. Journal of Death and Dying, 31, S. 35 – 49.

Böhmer, F. (2005), Aufgaben der Prävention in der Gerontologie. In Amann, A., Majce, G. (Hrsg.), Soziologie in interdisziplinären Netzwerken. Wien: Köln: Weimar: Böhlau Verlag; S. 255-264.

Brähler, E., Gunzelmann, T., Decker, O., Löwe, B. (2009), Psychische Beschwerden und Resilienz im mittleren und höheren Lebensalter. In: Adler, G., Gutzmann, H., Haupt, M., Kortus, R., Wolter, D.K. (Hrsg.) (2009), Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter; Depression – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie Band 7, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 359 – 363.

Brown, J., Bowling, A., Flynn, T. (2004), Models of quality of life: a taxonomy and systematic review of the literature. FORUM Project, University of Sheffield.

Brown, J., Flynn, T. (2004), The components of quality of life nominated by older people A systematic review of the literature (Part 2). In: Brown, J., Bowling, A., Flynn,

T. (2004), Models of quality of life: a taxonomy and systematic review of the literature. FORUM Project, University of Sheffield, S. 78 – 100.

Bucher, A. (2009), Psychologie des Glücks Ein Handbuch. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), (2008) Hochaltrigenbericht in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. Wien

Bundessozialamt (2013), Zugriff am 08. März .2013 unter www.bundessozialamt.gv.at/basb/Pflege/Pflegegeld

Bullinger, M., Brütt, A.L. (2009), Lebensqualität und Förderung der Lebensqualität. In: Linden, M., Weig, W. (Hrsg.): Salutotherapie in Prävention und Rehabilitation. Köln: Deutscher Ärzte Verlag GmbH, S. 17 – 31.

Bullinger, M., Morfeld, M. (2008), Der SF-36 Health Survey. In: Schöffski, O., Graf v. d. Schulenburg, J.-M. (Hrsg.) (2008), Gesundheitsökonomische Evaluationen. (3. überarbeitete Auflage), Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Bullinger, M., Morfeld, M., Hoppe-Tarnowski, D. (2003), SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. In: Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hg), (2003), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Band 2, Görringen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie, S. 276 – 279.

Cappell, E. (2005), Neue Strukturen in der pflegerischen Versorgung: Auswirkungen auf Lebenslage und Lebensqualität pflegebedürftiger Menschen. In: Schroeter, K. R., Rosenthal, T. (Hg.) (2005), Soziologie der Pflege. Grundlagen, Wissensbestände und Perspektiven. Weinheim und München: Juventa Verlag S. 193 – 210.

Das Psychologielexikon (2012) psychology 48.com, Zugiff am 13. Dezember 2012 unter: www.psychology48.com/deu/d/pgcms.htm

DIN EN ISO 55350 – 11 (1995), Begriffe zu Qualitätsmanagement und Statistik. Teil 11: Begriffe des Qualitätsmanagements. DIN Deutsches Institut für Normung e. V. Beuth Verlag: Berlin.

Duden Das Bedeutungswörterbuch (2002) Band 10; 3., erweiterte Auflage, Mannheim. Leipzig. Wien. Zürich: Dudenverlag.

Duden online (2012), unter Zugriff am 15. Dezember 2012 unter: http://duden.de/rechtschreibung/sozial

Duden online (2012), unter Zugriff am 17. Jänner 2013 unter: http://duden.de/rechtschreibung/Konzept

Fagerström, C., Borglin, G. (2010), Mobility, functional ability and health related quality of life among people of 60 years or older. Aging Clinical and Experimental Research, Vol.22 (5-6), S. 387 – 394.

Fond Soziales Wien (2012). Zugriff am 07. Dezember 2012, unter http://www.fsw.at/downloads/broschüren/fsw/GB10.pdf

Frühwald, T., Gosch, M. (2008), Geriatrisches Assessment Auswahl von Screening- und Assessmentverfahren. In: Böhmer, F., Füsgen, I. (Hg.) (2008), Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten, Wien Köln Weimar: Böhlau Verlag.

Fuchs-Heinritz, W., Klimke, D., Lautmann, R., Rammstedt, O., Stäheli, U., Weischer, Ch., Wienold, H. (2011), Lexikon zur Soziologie. (5. überarbeitete Auflage), Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien.

Geraedts, M., Selbmann, H.K. (2003), Konzepte des Qualitätsmanagements. In: Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.) (2003), Handbuch Pflegewissenschaft. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Grimmberger, G. (2012), Pflegequalität Kommerz, Ideologie oder Wissenschaft? Wertung und Definitionsversuch im Kontext aktueller Entwicklungen. Diplomica Verlag GmbH, Hamburg.

Heideken Wagert von, P., Rönnmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, J.M.C., Nygren, B., Lundmann, B., Norberg, A., Gustafson; Y. (2005), Moral in the oldest old: the Umea 85+ Study. Oxford Journals Age and Ageing Vol. 34 (3), S. 249 – 255.

Heimerl, K., Berlach-Pobitzer, I. (2000), Autonomie erhalten. Eine qualitative PatientInnenbefragung in der Hauskrankenpflege. In: Seidl, E., Stankova, M., Walter, I. (Hrsg.), Autonomie im Alter. Studien zur Verbesserung der Lebensqualität durch professionelle Pflege. Pflegewissenschaft Heute Band 6; Wien – München – Bern: Verlag Wilhelm Maudrich, S.102 – 165.

Hellstroem, Y., Hallberg, I.R. (2001), Perspectives of elderly people receiving home help on health, care and quality of life. Health and Social Care in the Community 9(2), S. 61 – 71.

Hellstroem, Y., Hallberg, I.R. (2004), Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relation to quality of life. Scandinavian Journal of Caring Science, 18 (4), S. 387 – 395.

Hellström, Y., Persson, G., Hallberg, I. R. (2003), Quality of life and symptoms among older people living at home. Journal of Advanced Nursing, Vol. 48 (6), S. 584 – 593.

Hellstroem, Y., Andersson, M., Hallberg, I. R. (2004), Quality of life older people in Sweden receiving help from informal and/or formal helpers at home or in spezial accommodation. Health and Social Care in the Community, 12(6), 504 – 516.

Hengstberger, M., Kopa, H. (2008), Qualitätshandbuch ambulant. Version 1/2008, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen.

Hodek, J.-M., Ruhe, A.-K., Greiner, W. (2010), Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Multimorbidität. Gesundheitswesen, 72, S. 455-465

Holzhauser, M., (2008), Konstruktion eines Fragebogenszur Lebensqualität multimorbider älterer Menschen ohne Einschränkung der kognitiven Funktion. Dissertation; Freie Universität Berlin. Zugriff am 25. März 2013 unter http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000003545.

Hügli, A., Lübcke, P. (Hg.) (2003), Philosophielexikon Personen und Begriffe der abendländischen Philosophie von der Antike bis zur Gegenwart. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Imhof, L., Naef, R., Mahrer-Imhof, R., Petry, H. (2011), SpitexPlus: Assessment und fortgeschrittene Pflegeinterventionen für zuhause lebende alte Menschen und ihre Familien. Pflege 2011; 24 (1) S. 43-56.

Ingruber, H. (1994), Krankenhausbetriebslehre. Wien: Dieter Göschl Verlag.

Jakobsson, U., Hallberg, I.R., Westergren, A. (2005), Exploring determinants for quality of life among older people in pain and need of help for daily living. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness in Association with Journal of Clinical Nursing, 16, 3a, S. 95 – 104.

Janig, H., Penz, H., Pipam, W., Likar, R. (2005), Lebensqualität und Schmerz im Alter – Ergebnisse einer repräsentativen Befragung im Bundesland Kärnten. In: Likar, R., Bernatzky, G., Pipam, W., Janig, H., Sadjak, A. (Hrsg.) (2005), Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Wien: Springer-Verlag, S. 48 – 88.

Kaiser, P. (2009), Coping und Resilienz bei krisenhaft wahrgenommenen Situationen – Alterspsychiatrische Implikationen interkultureller Forschung. In: Adler, G., Gutzmann, H., Haupt, M., Kortus, R., Wolter, D.K. (Hrsg.), Seelische Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Depression – Demenz – Versorgung. Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Gerontopsychiatrie und –psychotherapie (DGGPP), Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, S. 364 – 367.

Kim, S.H. (2009), Older people`s expectations regarding ageing, health-promoting behaviour and health status. Journal of Advanced Nursing 65 (1), S. 84 – 91.

Kompetenz Centrum Geriatrie (2013), Zugriff am 23. März 2013 unter http://www.kcgeriatre.at/instrumente/barthel-index.pdf.

Krajasits, C. (2008), Ökologie im Alter – Der Zugang zur (sozialen) Infrastruktur der Wohnumgebung unter besonderer Berücksichtigung regionaler Unterschiede und Besonderheiten. In: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.), Hochaltrigenbericht in Österreich. Eine Bestandsaufnahme. S. 93 – 106.

Kruse, A. (2003), Lebensqualität im Alter. Befunde und Interventionsansätze. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 36, Heft 6, S. 419-420.

Kuhlmey, A., Brennecke, R., Naegler, D. (2005), Das Graduiertenkolleg „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften der Charite – Universitätsmedizin Berlin. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 2005, Bd. 38, 1, S. 45 – 47.

Küchler, T., Berend, M., Beulertz, J., Baumann, F. (2012), Lebensqualität – Konzepte und Methoden in der Onkologie. In: Baumann, F., Bloch, W., Jäger, E. (Hrsg.) (2012), Sport und körperliche Aktivitäten in der Onkologie. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 111-118.

Kühn, K., Porst, R. (1999), Befragung alter und sehr alter Menschen: Besonderheiten, Schwierigkeiten und methodische Konsequenzen. Ein Literaturbericht. ZUMA – Arbeitsbericht 99/03.

Lamnek, S. (2005), Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch (4. vollständig überarbeitete Auflage), Beltz Verlag, Weinheim, Basel.

Lehr, U. (2007), Psychologie des Alterns. (11. korrigierte Auflage), Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

Lehr, U. (2005), “Erfolgreich Altern”? - psychologische Aspekte. In: Amann, A., Majce, G. (Hrsg.) (2005), Soziologie in interdisziplinären Netzwerken. Wien : Köln : Weimar: Böhlau Verlag, S. 193 – 202.

Leischker, A.H., Kolb, G.F. (2007), Diagnostik und Therapieziele beim alten Patienten. Der Internist Vol. 48 (11), S. 1195 – 1205.

Lucchetti, G., Granero Lucchetti, A.L., Badan-Neto. A.M., Peres, P.T., Peres, M.F.P., Moreira-Almeida, A., Gomes, C., Koenig, H.G. (2011), Religiousness affects Mental Health, Pain and Quality of Life in older people in an Outpatient Rehabilitation Setting. Journal of Rehabilitation Medicine, 43 (4), S. 316 – 322.

Martin, M., Kliegel, M. (2005), Psychologische Grundlagen der Gerontologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Martin, P., Ettrich, K., Lehr, U., Roether, D., Martin, M., Fischer, Cyrulies, A. (Hrsg.), (2000), Aspekte der Entwicklung im mittleren und höherem Lebensalter. Ergebnisse der interdisziplinären Längsschnittstudie des Erwachsenenalters (ILSE). Darmstadt.

Mayer, H. (2002), Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

Mayring, Ph. (2007), Qualitative Inhaltsanalyse Grundlagen und Techniken (9. Auflage), Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Meyers Taschenlexikon (2008), 9. Auflage, Leipzig, Mannheim: Meyers Lexikonverlag.

Mollenkopf, H., Schakib-Ekbatan, K., Oswald, F., Langer, N. (2005), Technische Unterstützung zur Erhaltung von Lebensqualität im Wohnbereich bei Demenz.

Ergebnisse einer Literaturrecherche. Forschungsberichte aus dem DZFA (Deutsches Zentrum für Altersforschung an der Universität Heidelberg, Abteilung für Soziale und Ökologische Gerontologie), Nr. 19; http://www.dzfa.uni-heidelberg.de

Naaldenberg, J., Tobi, H., Esker van den, F., Vaandrager, L. (2011), Psychometric properties oft he OLQ-13 scale to measure Sense of Coherence in a community – dwelling older population. Zugriff am 23. März 2013 unter http://www.hqlo.com/content/9/1/37

Newsom, J. T., Schulz, R. (1996), Social Support as a Mediator in Relation Between Functional Status and Quality of Life in Older Adults. Psychology & Aging, 11(1), S. 34-44.

Nikolaus, T. (2001), Das geriatrische Assessment. Aktueller Erkenntnisstand hinsichtlich der Eignungskriterien (Diskrimination, Prädiktion, Evaluation, Praktikabilität). Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, Band 34 (1), S. 36 – 42.

Palme, I., Völkl, S. (2010), Lebensqualität im Alter. Befragung von Personen ab 60 Jahren. Studienbericht. Institut für empirische Sozialforschung, Wien; im Auftrag für das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz; Archivnummer 23004 007

Peeters, A., Bouwman, BGD., Knipscheer, CPM. (2001), National review on quality of life in old age. The Netherlands. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, Institute for Applied Gerontology.

Radoschewski, M. (2000), Gesundheitsbezogene Lebensqualität – Konzepte und Maße, Entwicklungen und Stand im Überblick. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz. Vol. 43 (3), S. 165-189.

Rappold, E., Nagl-Cupal, M., Dolhaniuk, I., Seidl, E. (2008), Hochaltrigkeit in Österreich Eine Bestandsaufnahme. Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz. Wien, S. 373 – 386.

Rempel, G.R., Neufeld, A., Eastlick Kushner, K. (2007), Interactive use of ge nograms and ecomaps in family caregiving research. Journal of Family Nursing, 13 (4), S. 403-419.

Robert Koch – Institut (Hrsg.) (2003), Multimorbidität in Deutschland. Stand – Entwicklung – Folgen. Berlin: Robert Koch – Institut.

Rosenmayr, L. (2005), Über die Zukunft der Langlebigkeit (Daten und Prognosen) In: Likar, R., Bernatzky, G., Pipam, W., Janig, H., Sadjak, A. (Hrsg.), Lebensqualität im Alter Therapie und Prophylaxe von Altersleiden. Springer: Wien, New York.

Sailer Schramm, M., Neumann, U., Preusse-Bleuler, B. (2012), Der Einsatz des Geno-Ökogramms in der Bedarfsabklärung eines mobilen Palliativ-Care Pflege Teams (mPCPT). In: Nationaler Palliativ Care Kongress 2012, Abstractheft, S. 15.

Sandblom, G., Carlsson, P., Sennfalt, K., Varenhorst, E. (2004), A population-based study of pain and quality of life during the year bevor death in men with prostata cancer. British Journal of Cancer, 90 (6) S. 1163 – 1168.

Saner, H. (2003), Karl Jaspers Was ist der Mensch? Philosophisches Denken für alle. München: Piper Verlag.

Sarvimäki, A., Stenbock – Hult, B. (2000), Quality of life in old age describing as a sense of well-being, meaning and value. Journal of Advanced Nursing, Vol. 32 (4), S. 1025 – 1033.

Schäfer, M. (2008), Wacker, E. (Hrsg.), Lebensqualität aus Nutzersicht: Wie Menschen mit geistiger Behinderung ihre Lebenssituation beurteilen. Gesundheitsförderung – Rehabilitation – Teilhabe. VS RESEARCH, Technische Universität Dortmund.

Schrems, B. (2008), Qualitätsmanagement. Skriptum zur Vorlesung Qualitätsmanagement im Rahmen des Individuellen Diplomstudienganges Pflegewissenschaft an der Universität Wien.

Schulz, W., Strodl, R., Lang, G. (2005), Alter und Lebensqualität – eine methodologische Diskussion zum Stellenwert der “Variable” Alter. In: Amann, A., Majce, G. (Hrsg.), Soziologie in interdisziplinären Netzwerken. Wien : Köln : Weima: Böhlau Verlag, S. 211 – 223.

Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (Hg), (2003), Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Band 2, Görringen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie

Spichinger, E., Kesselring, A., Spirig, R., De Geest, S., Bircher, J., Bürgin, D., et al. (2006), Professionelle Pflege – Entwicklung und Inhalte einer Definition. Pflege. 19, S. 45 – 51.

Staudinger, U. (2000), Viele Gründe sprechen dagegen, und trotzdem geht es vielen Menschen gut: Das Paradox des subjektiven Wohlbefindens. Psychologische Rundschau, 51 (4) S. 185 – 197.

Statistik Austria (2012), Zugrifff am 07. Dezember 2012, unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/index.html

Stephan, Y., Caudroit, J., Chalabaev, A. (2011), Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults. Aging & Mental Health, Vol. 15 (4), S. 428 - 436

Tamari, K. (2011), Self-reported Home Exercise and Younger Age Predict Improved Health-related Quality of Life among Community-Dwelling Elderly Participants in a Three-month Group Exercise Class. Journal of Physiological Anthropology, 30 (2), S. 77 – 85

Tesch-Römer, C. (2002), Lebensqualität, Risiken und Potenziale des hohen Alters. Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland: Risiken, Lebensqualität und Versorgung Hochaltriger – unter besonderer Berücksichtigung demenzieller Erkrankungen. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, S. 71 – 79.

Uhl, A. (2008), Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf Delphi Konsensusprozess zur Entwicklung eines Qualitätsprofils der ambulanten pflegerischen Versorgung. In: Breidenbach, R., Mann, B., Schumacher, S., Zeeb, H. (Hrsg.) (2008), Koblenzer Beiträge zu Gesundheitsmanagement und Public Health. Band 2 LIT VERLAG Dr. W. Hopf: Berlin

Universität Basel, Institut für Pflegewissenschaft Zugriff am 24. März 2013 unter http://nursing.unibas.ch/klinische praxis,

Tesch-Römer, C., Kanowski, S., Engstler, H. (2002), Das hohe Alter: Individuelle und gesellschaftliche Verantwortung. In: Vierter Altenbericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. S.51 – 58.

Walker, A. (2005), A European perspective on quality of life in old age. European Journal of Aging, Vol.2 Nr. 1 /März 05. S.1 – 66.

Welz-Barth, A., Hader, C. (2007), Geriatrisches Assessment. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 2007; 132, S. 827 – 836.

Wingenfeld, K. (2003), Pflegebedürftigkeit, Pflegebedarf und pflegerische Leistungen. In Rennen-Allhoff, B., Schaeffer, D. (Hrsg.), Handbuch Pflegewissenschaft. (S. 339 – 362). Weinheim und München: Juventa Verlag.

World Health Organization (1986), Ottawa-Charter zur Gesundheitsförderung, Zugriff am 11. Dezember 2012 unter http://www. fgoe/hidden/downloads/ottawa_Charta.pdf

WHOQOL-Group (1993), Measuring Quality of Life. The World Health Organisation Quality of Life Instruments. The WHOQOL–100 and the WHOQOL-BREF. S. 1. Zugriff am 22. März 2013 unter http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.

Wiener Stadtverwaltung (2012) Zugriff am 15. Jänner 2013 unter http://www.wien.gv.at/gesundheit/pflege-betreuung/geriatriekonzept.html

Wilson, A. (2012), Improving Life Satisfaction for the Elderly Living Independently in the Community: Care Recipients` Perspective of Volunteers. Social Work in Health Care, 51, S. 125 – 139.

World Database of Happiness, (2013) Zugriff am 7. Februar 2013 unter http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl

V) Anhang: Information

Information

Klimes Renate
Auhofstrasse 171/1/9
1130 Wien
Tel.: 0699 11703069

Wien, ... ….

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester und zur Zeit Studentin der Pflegewissenschaft an der Universität Wien. Zur Erlangung des akademischen Grades (Magistra der Philosophie) ist es notwendig, am Ende meines Studiums eine Diplomarbeit mit pflegerelevantem Inhalt zu verfassen. Der Titel meiner Diplomarbeit lautet:
Lebensqualität trotz Pflegebedürftigkeit. Pflegerelevante Leistungsindikatoren zur Förderung und Erhaltung von positiver Lebensqualität im Alter.

Ziel meiner Arbeit ist die Schaffung von wissenschaftlichen Grundlagen einer lebensqualitätssteigernden ambulanten Betreuung alter Menschen, um das pflegerische Handeln darauf abstimmen zu können.

Ich möchte mehr über die Lebensqualität pflegebedürftiger alter Menschen erfahren. Im Speziellen geht es mir dabei um Menschen, die von professionellen BetreuerInnen (Heimhilfen, PflegehelferInnen und/oder Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen) einer Organisation, zu Hause gepflegt werden. Wichtig ist mir dabei ihre persönliche Sichtweise.

Dazu möchte ich 5 – 6 Interviews mit Betroffenen führen. Die Interviews werden von mir mittels eines Diktiergeräts aufgezeichnet und später in anonymisierter Form verschriftlicht, um sie anschließend inhaltlich analysieren zu können. In einem weiteren Schritt werde ich die Pflegerichtlinien und Standards einzlner Betreuungsorganisationen analysieren um die dadurch gewonnenen Erkenntnisse, den Ergebnissen der geführten Interviews gegenüber zu stellen.

Für ihre Bereitschaft, sich als Interviewpartnerin / Interviewpartner zur Verfügung zu stellen, möchte ich mich herzlich bedanken und bitte sie nun, sich die beigefügte Einverständniserklärung durchzulesen und, sofern sie keine weiteren Fragen an mich haben, diese zu unterschreiben.

Danke

VI) Anhang: Einverständniserklärung

Einverständniserklärung

Ich, Frau/Herr……
erkläre mich freiwillig dazu bereit, ein Interview mit Frau Renate Klimes zu führen. Inhalt und Zweck des Interviews wurden vorher mit mir besprochen. Ich wurde darüber informiert, dass ich dieses Interview jederzeit, ohne Angabe von Gründen abbrechen kann.

Ich bin damit einverstanden, dass dieses Interview auf einem Tonträger aufgezeichnet und später in anonymisierter Form verschriftlicht wird.

Ich bin mit der Veröffentlichung der verschriftlichten Form des Interviews, zu wissenschaftlichen Zwecken einverstanden.

Alle persönlichen Daten werden vertraulich behandelt. Nach Beendigung der Diplomarbeit wird das auf Tonträger aufgezeichnete Interviewvon Frau Renate Klimes gelöscht.

Fr. Renate Klimes Fr./Hr. …….

Wien, am ……

VII) Anhang: Lebenslauf

Lebenslauf

Renate Klimes
geb. 15. September 1960
Auhofstrasse 171/1/9
1130- Wien
Tel. 069911703069
E-Mail renate.klimes@gmx.at

Schulbildung

1966-1970 Volksschule Wie
1970-1975 Wirtschaftkundl. Realgymnasium Wien
1975-1977 Vorschule für humanitäre Berufe

Berufsausbildung

1977-1980 Krankenpflegeschule Kaiserin Elisabeth Spital

DIPLOM 03.09.1980

2002 – Abschluss der Studiumsberechtigungsprüfung für Psychologie
2002 – 2013 Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft

Kenntnisse

Englisch in Wort und Schrift
EDV und Textverarbeitung

Beruflicher Werdegang als

Diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester

1980 – 2002 Intensivstation der 1.Med.Abteilung des Kaiserin Elisabeth Spitals

1994 – 1997 ständige Stationsschwesternvertretung

05. 1997 Ernennung zur Stationsschwester

2001 – 2002 Vertretung der Oberschwester an der 1.Med. Abteilung

seit 09. 2002 Apalliker Care Unit am Geriatrie Zentrum am Wienerwald

Berufliche Aktivitäten sowie Aus,-Fort- und Weiterbildungen

07.02.1983 – 06.02.1984
Sonderausbildungskurs zur Heranbildung von Schwestern und Pflegern an Intensivpflege –und Dialysestationen

19.02.1996 – 06.12.1996
Fortbildungskurs für „Praxisanleiter“

16.02.1998 – 26.06.1998
Weiterbildung für Diplomierte Gesundheits –und Krankenschwestern / - Pfleger zu leitenden Pflegepersonen der 1. Führungsebene

Mai 1997
Basale Stimulation® in der Pflege / Basiskurs
Dezember 1997
Basale Stimulation® in der Pflege / Aufbaukurs 1
2001
Kinästhetik in der Pflege/Grundkurs, seitdem laufend Aufbaukurse bzw. Workshops
2011
Affolterkonzept - Grundkurs
2012
Affolterkonzept - Aufbaukurs

10.05.1999 – 13.06.1999
Teilnahme am HOPE EXCHANGE
PROGRAMM FOR HOSPITALPROFESSIONALS in Deutschland,
anschließend 4-tägiges Evaluationstreffen in FinnlandThema: „Seamless care“- bei Osteoporose und cardialer Ischämie

Weitere berufsbezogene Aktivitäten:

- ✓ Mitbegründung der ARGE – Basale Stimulation in Österreich
- ✓ Mitaufbau der Internet- Pflegeplattform: www.pflegenetz.at
- ✓ Mitautorin des Buches: Jedelsky, E. (Hrsg.) 2006, 3. Überarbeitete Auflage 2012: Heimhilfe: Praxisleitfaden für die mobile Betreuung zuhause. Springer Verlag Wien New York.
- ✓ Projektleitung eines forschungsgeleiteten Projekts an der Apalliker Care Unit des Geriatriezentrums am Wienerwald zum Thema zur Wirkung alternativer Pflegekonzepte

VIII) Anhang: Eidesstattliche Erklärung

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Renate KLIMES, versichere

- Dass ich diese Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe,

- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland einer Beurteilerin oder einem Beurteiler zur Begutachtung in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

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

_____ _____

Datum Unterschrift